

**REENVÍO DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA - EXP: 11001400300220200007800 - DTE: ANDRÉS EDUARDO ATEHORTÚA Vs. SEGUROS BOLÍVAR S.A.**

juan pablo araujo <jparaujo5@hotmail.com>

Mié 7/04/2021 11:47 AM

**Para:** Juzgado 02 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl02bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

**CC:** jose alejandro martinez arias <alejo\_jnr@hotmail.com>; Juan Pablo Araujo <jaraujo@araujoabogados.co>; Laura Herrera <lpineda@araujoabogados.co>; cfranco@araujoabogados.co <cfranco@araujoabogados.co>; Nicolas Madero <nmadero@araujoabogados.co>

📎 1 archivos adjuntos (8 MB)

CONTESTACIÓN ANDRÉS ATEHORTÚA + ANEXOS.pdf;

Señores

**JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

E. S. D.

Demandante: Andrés Eduardo Atehortúa.

Demandada: Seguros Bolívar S.A.

Radicado: 11001400300220200007800

Asunto: Reenvío de la contestación de la demanda

De conformidad con el auto de fecha 6 de abril de 2021, en el cual se dispuso tener por notificada por conducta concluyente a Seguros Bolívar, me permito reenviar nuevamente el escrito de contestación de la demanda, junto con las pruebas que aportamos en su momento.

Comparto dicho escrito a la parte demandante, a quien copio en el presente correo electrónico, en cumplimiento de lo establecido por el Decreto 806 de 2020.

Muy respetuosamente,



**Araujo Abogados**

**Juan Pablo Araujo**

*Socio*

Carrera 12 #90 -20 ofc. 501, Bogotá  
T (+571) 8050629 M (+57) 314 595 0272  
[www.araujoabogados.co](http://www.araujoabogados.co)

**De:** juan pablo araujo

**Enviado:** viernes, 4 de septiembre de 2020 3:10 p. m.

**Para:** cmpl02bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <cmpl02bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; alejo\_jnr@hotmail.com <alejo\_jnr@hotmail.com>

**Cc:** Juan Pablo Araujo <jaraujo@araujoabogados.co>; Camilo Franco <cfranco@araujoabogados.co>; Juan Rueda <jrueda@araujoabogados.co>; Nicolas Madero <nmadero@araujoabogados.co>

**Asunto:** PRESENTACIÓN CONTESTACIÓN DE DEMANDA - EXP: 11001400300220200007800 - DTE: ANDRÉS EDUARDO ATEHORTÚA Vs. SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Señores

**JUZGADO 2 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

E. S. D.

Demandante: Andrés Eduardo Atehortúa.

Demandada: Seguros Bolívar S.A.

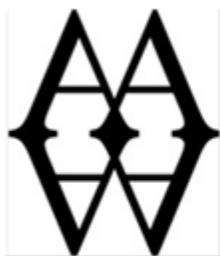
Radicado: 11001400300220200007800

Asunto: Contestación de demanda

En mi condición de apoderado de SEGUROS BOLÍVAR S.A., me permito presentar en oportunidad la contestación de la demanda formulada por el señor Andrés Eduardo Atehortúa, y así mismo, dentro del término legal indicado para ello.

Comparto dicho escrito a la parte demandante, a quien copio en el presente correo electrónico, en cumplimiento de lo establecido por el Decreto 806 de 2020.

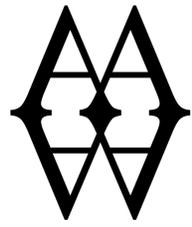
Muy respetuosamente,



*Araujo Abogados*

**Juan Pablo Araujo**  
*Socio*

Carrera 12 #90 -20 ofc. 501, Bogotá  
T (+571) 8050629 M (+57) 314 595 0272  
[www.araujoabogados.co](http://www.araujoabogados.co)



**Araujo**Abogados

Señores

**JUZGADO SEGUNDO (2) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

E. S. D.

*Referencia: Proceso Declarativo Verbal.*

*Demandante: Andrés Eduardo Atehortúa.*

*Demandado: Seguros Bolívar S.A.*

*Radicado: 11001400300220200007800.*

*Asunto: Poder Especial.*

**MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO** mayor y vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén, actuando en calidad de representante legal de **SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, dada mi calidad de tercer suplente del Presidente de la mencionada sociedad, lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, de manera atenta manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **JUAN PABLO ARAÚJO ARIZA** como apoderado principal, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía 15.173.355 de Valledupar, abogado inscrito, portador de la tarjeta profesional No. 143.133 del C.S.J., y con correo electrónico [jparaujo5@hotmail.com](mailto:jparaujo5@hotmail.com). para que en nombre de la sociedad que represento actúe, intervenga y lleve hasta su culminación el proceso de la referencia.

Mi apoderado queda igualmente facultado en los términos de los artículos 75 y 77 del Código General del Proceso y en especial queda habilitado para conciliar, notificarse, presentar excepciones procesales, contestar demanda, recibir, transigir, desistir y realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,

**SEGUROS BOLÍVAR S.A.**

  
**MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO**

C.C. 39.681.414 de Usaquén.

Representante Legal.

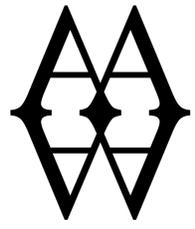
Acepto,



**JUAN PABLO ARAÚJO ARIZA**

C.C. 15.173.355 de Valledupar.

T.P. No. 143.133 del C.S.J.



*Araujo Abogados*

## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 3967299158345707**

Generado el 04 de septiembre de 2020 a las 14:36:09

### **ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

#### **EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

#### **CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. también podrá girar bajo la denominación "SEGUROS BOLÍVAR S.A."**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 3592 del 05 de diciembre de 1939 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 757 del 12 de abril de 2004 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 1043 del 15 de mayo de 2007 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). La sociedad tendrá su domicilio principal en Bogotá

Resolución S.F.C. No 2169 del 12 de diciembre de 2007 La Superintendencia Financiera de Colombia aprueba la escisión de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A. y Capitalizadora Bolívar S.A., se crearán tres nuevas sociedades beneficiarias a saber: INVERSIONES BOLÍVAR S.A., (beneficiaria de Seguros Bolívar S.A.), INVERCOMERCIALES S.A., (beneficiaria de Seguros Comerciales Bolívar S.A.), y INVERCAPI S.A. (beneficiaria de Capitalizadora Bolívar S.A.) protocolizada mediante Escritura Pública 3261 del 19 de diciembre de 2007 Notaria Séptima de Bogotá D.C., aclarada con Escritura Pública 3274 del 20 de diciembre de 2007 Notaria Séptima de Bogotá D.C.

Resolución S.F.C. No 1260 del 24 de septiembre de 2019 ,no objetar la adquisición con fines de absorción (fusión) del 100% de las acciones de Liberty Seguros de Vida S.A. por parte la Compañía de Seguros Bolívar S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución, protocolizada mediante Escritura Pública 1855 del 31 de octubre de 2019 Notaria 65 de Bogotá D.C.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 458 del 25 de junio de 1940

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** Presidentes y suplentes. La sociedad tendrá un Presidente que será reemplazado en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, por uno de cuatro (4) suplentes quienes ejercerán la representación Legal de la Sociedad. No obstante lo anterior, la Junta Directiva podrá designar Representantes Legales para adelantar funciones judiciales. Es decir para actuar ante las Autoridades Jurisdiccionales. Serán elegidos por la Junta Directiva para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente, lo que se entenderá surtido, si la Junta Directiva no manifiesta lo contrario. Así mismo podrán ser revocados en cualquier tiempo, sí la Junta directiva así lo determina. Representación legal. La representación legal de la Sociedad, su dirección y administración estará a cargo del Presidente de la Compañía o de sus suplentes cuando hagan sus veces, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo anterior y dentro de las normas de los estatutos y de las que adopte la Asamblea General y la Junta Directiva. No podrán desempeñarse como administradores o directivos quienes tengan la calidad de socios o administradores de Sociedades intermediarias de seguros o quienes sean administradores de otra entidad aseguradora que explote los mismos ramos de negocios, así como cualquier otra persona frente a quien se presente inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Ley. Funciones del Presidente de la Sociedad,



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Certificado Generado con el Pin No: 3967299158345707

Generado el 04 de septiembre de 2020 a las 14:36:09

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

corresponde al Presidente de la Sociedad: a) Representar a la Sociedad como persona jurídica; b) Ejecutar y hacer ejecutar todas las operaciones comprendidas dentro del objeto social, sujetándose a los estatutos, a las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas de la Junta Directiva y a las normas aplicables a la Sociedad; c) Constituir mandatarios y apoderados que obran a sus órdenes y representen a la Sociedad. Adicionalmente, podrán delimitar las funciones de los Representantes Legales de las Sucursales en virtud de lo dispuesto por el Artículo 114 del Código de Comercio, así como las de los Representantes Legales para adelantar funciones judiciales: d) Celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social de acuerdo con sus atribuciones legales estatutarias y las que le confieran la Asamblea General y la Junta Directiva; e) Presentar a la Junta Directiva y con más de quince (15) días hábiles por lo menos de anticipación a la próxima reunión ordinaria de la Asamblea General de Accionistas, el balance, las cuentas, el inventario y la liquidación de los negocios, con un proyecto de distribución de utilidades y un informe sobre la marcha de la Compañía; f) Nombrar o remover todos los empleados y funcionarios de la Compañía cuyo nombramiento no corresponda a la Junta Directiva o a la Asamblea General de Accionistas; g) Convocar a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias y mantenerla al corriente de los negocios sociales, h) Nombrar árbitros y componedores; i) Presentar a la Junta Directiva la proposición de nombramientos o remoción de gerentes de sucursales; j) Suscribir las actas junto con el Secretario General, en el caso de reuniones no presenciales de Asamblea y Junta Directiva, las cuales deberán elaborarse y asentarse en el libro respectivo, dentro de los treinta días siguientes a aquel en que ocurrió el acuerdo; k) Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social; l) Velar porque se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a la Revisoría Fiscal; m) Guardar y proteger la reserva industrial y comercial de la Sociedad; n) Abstenerse de utilizar indebidamente información privilegiada; o) Dar un trato equitativo a todos los Accionistas y respetar el ejercicio del derecho de inspección de todos ellos; p) Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales o estatutarias; q) Abstenerse de participar por si o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la Sociedad o en actos respecto de los cuales exista conflictos de interés, salvo autorización expresa de la Asamblea General de Accionistas y velar porque no se presenten conflictos de interés en decisiones que tengan que tomar los Accionistas, Directores, Administradores y en general los funcionarios de la Sociedad. En todo caso la autorización de la Asamblea General de Accionistas sólo podrá otorgarse cuando el acto no perjudique los intereses de la Sociedad; r) Ejercer las demás funciones que le asignen o deleguen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva. (Escritura Pública 0606 del 14 de abril de 2015 Notaria 65 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Javier José Suárez Esparragoza Fecha de inicio del cargo: 13/04/2015	CC - 80418827	Presidente
David Leonardo Otero Bahamon Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020	CC - 91514879	Primer Suplente del Presidente
Sandra Isabel Sánchez Suarez Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015	CC - 51710260	Segundo Suplente del Presidente
María De Las Mercedes Ibáñez Castillo Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994	CC - 39681414	Tercer Suplente del Presidente
Claudia Marcela Sánchez Rubio Fecha de inicio del cargo: 20/02/2020	CC - 65745726	Cuarto Suplente del Presidente
Juan Fernando Parra Roldán Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 79690071	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Elsa Magdalena Pardo Rey Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 21068659	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3967299158345707

Generado el 04 de septiembre de 2020 a las 14:36:09

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Hernando Fabiano Ramírez Rojas Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 79911703	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Sergio Vladimir Ospina Colmenares Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 79517528	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Elsa Neriza Barajas Villamizar Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 51710155	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Gloria Yazmine Breton Mejía Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 51689883	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Daniel Alberto Tocarruncho Mantilla Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 7173298	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 accidentes personales, colectivo de vida, vida grupo, educativo, pensiones, salud, vida individual.

Resolución S.B. No 1006 del 30 de mayo de 1994 seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 1174 del 17 de junio de 1994 seguro de pensiones ley 100

Resolución S.B. No 2511 del 18 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

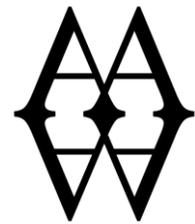
Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 el ramo de pensiones de jubilación se comercializará bajo el nombre de pensiones voluntarias (Cancelado por Resolución S.B. Nro. 128 del 16/02/2004).

Resolución S.F.C. No 1417 del 24 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para operar los ramos de Colectivo de vida y Educativo

**MÓNICA ANDRADE VALENCIA  
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."





*AraujoAbogados*

Señores

**JUZGADO SEGUNDO (2º) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

E. S. D.

**Demandante:** ANDRÉS EDUARDO ATEHORTÚA VALENCIA y OTROS  
**Demandado:** COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.  
**Proceso:** Verbal  
**Demandado:** 2020-00078

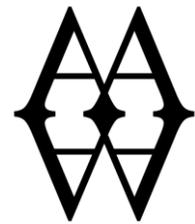
### CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

**JUAN PABLO ARAUJO ARIZA**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 15173355 expedida en Valledupar, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 143.133 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. (en adelante “SEGUROS BOLÍVAR”)**, de acuerdo con el poder que obra en el expediente, dentro del término legal procedo a **contestar la demanda** presentada por el señor ANDRÉS EDUARDO ATEHORTÚA VALENCIA y OTROS contra SEGUROS BOLÍVAR, en los siguientes términos:

#### **I.FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA**

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones formuladas en el escrito de la demanda.

Solicito adicionalmente que se condene en costas a la parte demandante.



*Araujo Abogados*

## II. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A continuación, me pronuncio sobre los hechos expuestos en la demanda, en el orden allí consignado:

**Al mercado como Primero.** **No me consta** por cuanto lo planteado en este numeral nada tiene que ver con SEGUROS BOLÍVAR. Al respecto, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

**Al mercado como Segundo.** **No me consta**, por cuanto lo planteado en este hecho no tiene relación con mi representada, pues es claro, que en su condición de aseguradora no realiza operaciones activas de crédito ni celebra contratos de mutuo.

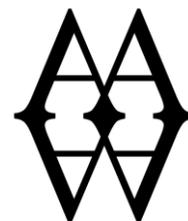
**Al mercado como Tercero.** **No es cierto** como se plantea, y desde ya se aclara que el señor JADER ATEHORTÚA BURITICÁ fungía como asegurado en dos pólizas: una vida grupo deudor, que se expidió por SEGUROS BOLIVAR para proteger al Banco Davivienda, en el evento en el que el señor falleciera; y otra Davida Integral, que no es una póliza vida grupo deudores, como se observa en la caratula que se aporta con la presente contestación.

La póliza que se reclama en este proceso es la DAVIDA INTEGRAL, identificada con el certificado No. 3520202706701. Dicha póliza no cubre ningún crédito ni ninguna obligación adquirida por el Señor ATEHORTUA con el Banco Davivienda, pero el contrato de seguro si se comercializó a través de los canales comerciales del Banco Davivienda.

**Al mercado como Cuarto.** **Es cierto.**

**Al mercado como Quinto.** Este hecho aparece de forma incompleta en el traslado de la demanda por lo que no es posible contestarlo.

**Al mercado como Sexto.** **No me consta** lo planteado en este numeral por cuanto nada tiene que ver con SEGUROS BOLÍVAR. Al respecto, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.



**Araujo***Abogados*

**Al mercado como Séptimo. No es cierto** y se aclara: el 23 de mayo de 2018 DEICY VALENCIA diligenció un formato único para reclamaciones de seguros de vida y sus anexos y lo presentó ante el Banco Davivienda, y este, en su condición de beneficiario de la póliza vida grupo deudores, presenta reclamación ante mi representada el 28 de mayo de 2018, solicitando expresamente el pago de la póliza citada (vida grupo deudores), que cubría el Crediexpress fijo No. 05900475500143122. Como prueba de lo dicho, se aportan los documentos presentados por el Banco Davivienda.

El Banco Davivienda no reclamó el pago de la indemnización de la Póliza Davida Integral No. 3520202706701.

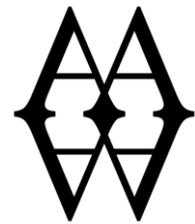
**Al mercado como Octavo. No es cierto** como se plantea, porque el 4 de julio de 2018, mi representada objetó la reclamación que presentó el Banco Davivienda para obtener el pago de la póliza vida grupo deudores, que respaldaba o cubría el Crediexpress fijo No. 05900475500143122. La objeción no se presentó frente a la póliza Davida Integral No. 3520202706701.

**Al mercado como Octavo nuevamente.** Este hecho se enumera nuevamente como octavo, pero realmente lo que contiene son afirmaciones subjetivas del apoderado de los demandantes, que tienen que ser demostradas en el proceso, y frente a las cuales no estoy obligado a pronunciarme.

**Al mercado como Noveno. Es cierto** que en la objeción que mi representada presentó frente a la reclamación de la póliza Davida Integral no indica ni explica si existe o no nexo causal entre las enfermedades no declaradas y la causa de la muerte, y desde ya se aclara que el Artículo 1058 del Código de Comercio no exige que dicho análisis se realice.

De hecho, el artículo 1058 del Código de Comercio establece que el contrato de seguro adolece de nulidad relativa cuando el tomador o asegurado es reticente y no informa de manera sincera y completa el estado del riesgo; la causa del siniestro nada tiene que ver con la validez del contrato.

**Al mercado como Décimo.** Este hecho aparece de forma incompleta en el traslado de la demanda por lo que no es posible contestarlo.



**Araujo**Abogados

**Al mercado como Undécimo. No es cierto**, SEGUROS BOLÍVAR no tiene ninguna responsabilidad pendiente derivada de la Póliza No. 3520202706701, por cuanto el contrato de seguro allí contenido adoleció de nulidad relativa por la reticencia en que incurrió el señor ATEHORTÚA BURITICÁ.

### III.EXCEPCIONES DE MÉRITO

#### 1. Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud

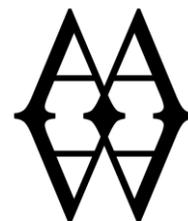
En el caso bajo estudio, el señor JADER ATEHORTÚA BURITICÁ incurrió en una reticencia cuando **no** informó de forma sincera y completa sobre sus condiciones de salud al momento de contratar el seguro en referencia (Póliza Davida Integral No. 3520202706701), razón por la cual dicho acuerdo adolece de nulidad relativa y la solicitud indemnizatoria bajo estudio no puede prosperar, como se explica en los siguientes apartados.

El Código de Comercio regula expresamente la obligación de declarar el estado del riesgo de forma honesta y exacta al momento de tomar el seguro, en los siguientes términos:

*“ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.*

*Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurado equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de*



**Araujo**Abogados

*la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

*Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”*

Aunado a lo anterior, el Código de Comercio en su artículo 1158 indica que la no práctica de exámenes médicos no excluye al asegurado de su deber de declarar sinceramente el estado del riesgo. Este artículo dispone lo siguiente:

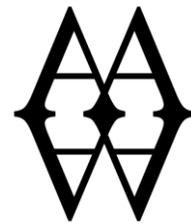
**“ARTÍCULO 1158. PRESCINDENCIA DE EXAMEN MEDICO Y DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, **el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.**”** (Se resalta)

Teniendo en cuenta estas consideraciones normativas<sup>1</sup>, es necesario revisar el aspecto fáctico detrás de la demanda que ocupa la atención del Despacho en esta oportunidad: en este caso, el señor JADER ATEHORTÚA BURITICÁ dejó de informar a esta aseguradora su completo estado de salud para el momento en que contrató a póliza en comento (7 de septiembre de 2017). En efecto, en la declaración de asegurabilidad que diligenció el asegurado en septiembre de 2017 negó que sufriera de los padecimientos que para esos momentos ya lo afectaban (a saber, Hipertensión Arterial, Dislipidemia severa, Hipotiroidismo, Hiperuricemia, entre otros). Textualmente, el señor ATEHORTÚA declaró lo siguiente:

*“1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o de las arterias, VIH-Sida, **tensión arterial alta**, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.*

---

<sup>1</sup> Al respecto, el doctor Hernán Fabio López Blanco ha explicado en torno al fenómeno de la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud: “1.1 *Deber de evitar reticencias: Dentro del desarrollo del contrato de seguro tiene destacada importancia el adecuado cumplimiento de este deber [el de evitar reticencias] porque, siendo el seguro un contrato de ubérrima buena fe resulta una exigencia perentoria, dentro de la conducta del tomador, la declaración sincera de todas las circunstancias que determinen el estado del riesgo (...). Reticencia u ocultamiento de hechos, inexactitud o presentación no concordante con la realidad de aquellos, tienen idénticos efectos: anular el contrato de seguro.*”



**Araujo**Abogados

2. *No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecucional.*
3. *En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.*
4. *No tenemos limitación física o mental alguna. (...)*

Sin embargo, está demostrado por medio de varias entradas de la historia clínica del señor ATEHORTÚA BURITICÁ que para el 2017 las patologías de Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, Dislipidemia severa, Hiperuricemia, entre otros, ya tenían **varias años de evolución** y el asegurado había sido diagnosticado y tratado para esos efectos, por lo que las mismas era plenamente conocida por él:

#### DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA      IDENTIFICACIÓN: CC 10180592      SEXO: Masculino      RAZA: Otros

#### INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

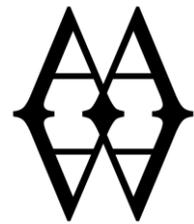
ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(10/10/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea (E790); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipertension esencial (primaria) (I10X); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipotiroidismo, no especificado (E088); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.

Ahora, es importante aclarar desde ya que resultaba de enorme importancia que el señor ATEHORTÚA BURITICÁ comunicara adecuadamente el estado de riesgo para ese momento, por cuanto, de eso dependía el rango de cobertura que se otorgaba y la prima que se cobraba en cada caso. Precisamente por esta razón es que la ley mercantil, en el artículo 1058 del Código de Comercio, dispone que en caso de reticencia (como la que ocurrió en este escenario) **el contrato de seguro adolecerá de nulidad relativa**, la cual deberá ser declarada por este Despacho.

De haber conocido el estado real del riesgo, esto es, de haber sabido que el señor JADER ATEHORTÚA BURITICÁ sufría Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, Dislipidemia severa, Hiperuricemia, entre otros, SEGUROS BOLÍVAR se hubiere abstenido de aumentar el valor del contrato de seguro o hubiere estipulado condiciones más onerosas. Por lo tanto, de conformidad con lo establecido en el citado artículo 1058



**Araujo**Abogados

del Código de Comercio, el contrato de seguro está viciado de nulidad relativa por reticencia o inexactitud de la asegurada al momento de declarar el estado del riesgo.

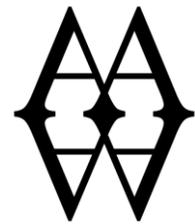
Es importante precisar que el asegurado tenía la carga contractual y precontractual de declarar de manera exacta y sincera el estado del riesgo. Esta obligación se incumple cuando se es reticente o inexacto, y la consecuencia jurídica es que se genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

Finalmente, se concluye que la finalidad del legislador cuando incorporó el artículo 1058 del Código de Comercio era proteger el principio de *uberrima buena fe* que rige el contrato de seguro, el cual, como se analizará más adelante, se viola cuando el tomador o asegurado no declara sinceramente el estado del riesgo.

El profesor J. Efrén Ossa G., uno de los redactores del Código de Comercio, ampliamente reconocido y citado en la Sentencia C – 232 de 1997 de la Corte Constitucional, explica el alcance de la obligación establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio de la siguiente manera:

*“La inexactitud o la reticencia en la medida en que, conforme a los criterios expuestos, sean relevantes “producen la nulidad relativa del seguro”. Generan vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error en su declaración de voluntad frente al tomador. No importa que aquél no reúna las características que lo tipifican a la luz de los arts. 1510, 1511 y 1512 del Código Civil. Se trata, como hemos visto, de un régimen especial, más exigente que el del derecho común, concebido para proteger los intereses de la entidad aseguradora y, con ellos los de la misma comunidad asegurada, en un contrato que tiene como soporte la buena fe en su más depurada expresión y que, por lo mismo, se define unánimemente como contrato uberrimae fidei.*

*Se trata de un error que seguramente no puede asimilarse al error obstáculo (C.C. art. 1510), porque no “recae sobre la especie de acto o contrato que se ejecuta o celebra”, ni “sobre la identidad de la cosa específica de que se trata”, quizás tampoco al error sustancial (id., art. 1511), en cuanto no atañe a “la sustancia o calidad esencial del objeto sobre que versa el acto o contrato”, ni siquiera, tal vez, al error accidental acerca de otras calidades determinantes de la voluntad contractual (id., inc.2o.), porque la del asegurador, en el contrato de seguro, se inclina o suele inclinarse, en sentido favorable o adverso, al conjuro de un complejo de factores de orden moral u objetivo que conforman el riesgo y le permiten formarse juicio sobre su capacidad de asumirlo. Por eso es por lo que todas las legislaciones regulan*



**Araujo**Abogados

*específicamente la declaración del estado del riesgo a cargo del tomador y establecen, con uno u otro criterio, más o menos severo, las sanciones a que da origen su infidelidad, enderezadas a tutelar el equilibrio contractual. Así lo hacía nuestro Código de Comercio de 1887 (arts. 680 y 681) y así lo hace el actual, no obstante los preceptos seculares de nuestro Código Civil. Y no obstante, igualmente, el art. 900 del estatuto comercial vigente que, respecto de los actos mercantiles en general consagra su anulabilidad cuando hayan sido consentidos por error, fuerza o dolo conforme al Código Civil.*

*Ni siquiera la norma del derecho común (C.C. art. 1515) que consagra el dolo como vicio del consentimiento sería suficiente para proteger al asegurador. Porque aquél sólo vicia el consentimiento si, además de ser obra de una de las partes, “aparece claramente que sin él no hubiera contratado”. Es el dolo principal. Es decir, está desprotegido frente al dolo incidental que es, a juicio de ALESSANDRI y SOMARRIVA, “el que no determina a una persona a celebrar el acto jurídico, pero sí a concluirlo en distintas condiciones que en las que lo habría concluido, generalmente menos onerosas, si las maniobras artificiosas no hubieran existido”.<sup>2</sup>*

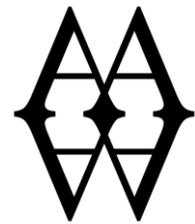
Frente al supuesto nexo causal que cuestionan los demandantes entre la enfermedad no declarada y la causa de la muerte, se debe advertir que en el caso del Señor ATEHORTUA sí existe, tal y como lo indica el concepto médico que se aporta como prueba con esta contestación. De todas maneras, independientemente de lo anterior, es importante resaltar que el Artículo 1058 del Código de Comercio no exige que la reticencia o la información no declarada tenga una relación de causalidad con la ocurrencia del siniestro. Así lo ha sostenido la Corte Constitucional en Sentencia C-232 de 1997, cuando indicó: “Como se deduce del acta número 73, para que la nulidad relativa pueda declararse “(...) no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro<sup>3</sup>”.

En la misma decisión la Corte Constitucional reitera:

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió:

<sup>2</sup> J. Efrén Ossa G., Teoría General del Seguro - El Contrato, Temis, Bogotá, 1991, págs. 333 y 334.

<sup>3</sup> Corte Constitucional. Sentencia C – 232 de 1997. M.P. Jorge Arango Mejía.



**Araujo**Abogados

“Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato.” (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).<sup>4</sup> (Subrayado por fuera del texto)

Es importante resaltar que a través de la sentencia citada la Corte Constitucional declaró exequible, en su integridad, el Artículo 1058 del Código de Comercio.

En síntesis, el artículo 1058 del Código de Comercio tiene por finalidad proteger la buena fe que rige en todos los contratos, pero de manera especial, el contrato de seguro. Por tanto, si el asegurado al momento de la celebración del contrato omite o no declara sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo se genera la nulidad relativa de dicho contrato de seguro, independientemente del efecto que la reticencia o la inexactitud genere en la ocurrencia del siniestro.

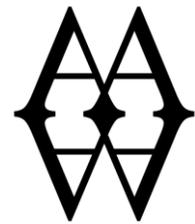
Esto, irrevocablemente, conduce a que no sea procedente ni la reclamación formulada ni las pretensiones consignadas en el escrito de demanda en contra SEGUROS BOLÍVAR. Se hace imperativo, en consecuencia, que se libere a mi representada de toda responsabilidad.

## **2. Violación del principio de buena fe que rige el contrato de seguro**

La buena fe según el doctrinante Felipe Vallejo *“es un principio general incorporado al derecho privado y considerado de orden público. Se halla implícito en todos los negocios jurídicos, cualquier que sea su naturaleza. En materia contractual, consiste en actuar ambas partes (acreedor y deudor) en forma honesta y diligente –en todo momento-. La honestidad simple no es suficiente para ser considerado de buena fe.”*<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Ibidem. Corte Constitucional. Sentencia C – 232 de 1997.

<sup>5</sup> VALLEJO Felipe. El concepto de la buena fe en los contratos. Estudio de derecho civil, Obligaciones y contratos. Libro homenaje a Fernando Hinestrosa. Universidad Externado de Colombia. Primera Edición. Octubre de 2003.



**Araujo**Abogados

El artículo 83 de la Constitución Política establece que “*las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas*”. Esa presunción por estar consagrada en la Carta Política aplica para todas las leyes y todos los contratos que se expidan o se celebren en el país.

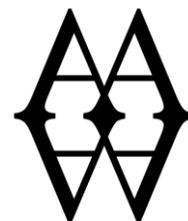
El principio de buena fe no sólo está consagrado en la Constitución; otras normas, como el Código Civil y el de Comercio, también lo han establecido y desarrollado. Por ejemplo, el artículo 871 del Código de Comercio indica que “*los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe (...)*”.

En el contrato de seguro la aplicación del principio de buena fe es fundamental e incluso adquiere una mayor importancia que en otros negocios jurídicos precisamente por la naturaleza y las características de la actividad aseguradora. Esa connotación especial y preponderante es explicada por la Corte Constitucional de la siguiente manera:

*“En consecuencia, como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe.*”

*Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa, ni más ni menos, sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece el hecho de que “el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión”, agregando que “la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos.*”

*En tal sentido se dice que el seguro es uberrimae fidei contractus. Esta nota peculiar se manifiesta no sólo en la ejecución del contrato (...), sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Ya hemos dicho que la entidad aseguradora debe escrupulosamente cumplir con el principio de la buena fe, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro (tomador) en el momento en que éste todavía no lo es. Se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las*



**Araujo**Abogados

*circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos, cuyas circunstancias el asegurador va a asumir.(...) (Joaquín Garrigues, ob. cit. págs. 256 y 257)".<sup>6</sup>*

La ubérrima buena fe en el contrato de seguro se protege por medio de normas como el artículo 1058 del Código de Comercio, y cuando se es reticente y no se declara sinceramente el estado real del riesgo, como lo fue el señor JADER ATEHORTÚA BURITICÁ, se presenta una violación del mismo.

La nulidad relativa, como consecuencia jurídica por no declarar sinceramente el estado del riesgo, surge precisamente porque genera una violación al principio de buena fe.

### **3. Excepción genérica**

Por este medio, solicito al Despacho que declare la procedencia de cualquier otra excepción que quede demostrada durante el transcurso del proceso y con base en las pruebas que dentro de él se practiquen.

## **IV.PRUEBAS**

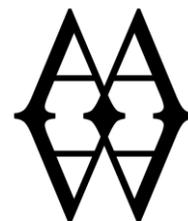
Para la defensa de los intereses de mi mandante y para el éxito de las excepciones propuestas, comedidamente solicito se decreten las siguientes pruebas:

### **Documentales**

1. Condiciones generales de la Póliza Davida Integral No. 3520202706701 expedidas por SEGUROS BOLÍVAR, objeto de esta demanda.
2. Certificado individual de seguro No. 3520202706701, expedido por SEGUROS BOLÍVAR, objeto de esta demanda.

---

<sup>6</sup> Ibidem. Corte Constitucional. Sentencia C -232 de 1997.



**Araujo***Abogados*

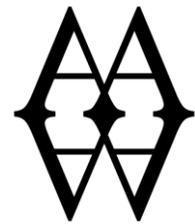
3. Reclamación presentada a SEGUROS BOLIVAR de fecha 6 de agosto de 2018 correspondiente a la póliza Davida Integral No. 3520202706701 y sus correspondiente anexos.
4. Reclamación presentada a SEGUROS BOLIVAR de fecha 23 de mayo de 2018 correspondiente a la póliza Grupo Deudor y sus correspondientes anexos.
5. Comunicación de recibo de documentos de fecha 30 de agosto de 2018, remitida por SEGUROS BOLÍVAR a los demandantes.
6. Objeción a la reclamación de fecha 11 de octubre de 2018 remitida por SEGUROS BOLÍVAR a los demandantes.
7. Extractos de la historia clínica del señor ATEHORTÚA BURITICÁ (q.e.p.d.), expedida por la entidad SANITAS INTERNACIONAL S.A. en la que se evidencian los antecedentes médicos que fueron anteriores al seguro y que configuraron la reticencia del contrato de seguro bajo estudio.
8. Reporte de autopsia realizada para el señor ATEHORTÚA BURITICÁ por parte de la CLÍNICA COLSANITAS, en la que se evidencian los antecedentes médicos que fueron anteriores al seguro y que configuraron la reticencia del contrato de seguro bajo estudio.

#### **Interrogatorio de parte**

1. Pido respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir la declaración de los demandantes a efectos de que absuelva el interrogatorio que, vía oral o escrita, me permitiré formularle, en relación con los hechos, pretensiones y excepciones materia del proceso.

#### **Declaración de parte**

1. Solicito respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir la declaración de la señora MARÍA DE LAS MERCEDES IBAÑEZ, representante legal de SEGUROS



*Araujo*Abogados

BOLÍVAR, o quien haga sus veces a efecto de que absuelva el interrogatorio que, vía oral o escrita, me permitiré formularle, en relación con los hechos, pretensiones y excepciones materia del proceso.

### **Testimonios**

1. Solicito respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir el testimonio del doctor CAMILO ANDRÉS MÉNDEZ, médico experto en Medicina del Seguro de Personas, para que declare sobre la reticencia e inexactitud que se configuró a partir de la declaración de asegurabilidad del señor JADER ATEHORTÚA BURITICÁ , explicando los argumentos médicos que dan cuenta de por qué los síntomas y patologías Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, Dislipidemia severa, Hiperuricemia, entre otros) que padecía el señor ATEHORTÚA BURITICÁ eran relevantes desde el punto de vista médico para la suscripción y aumento de valor asegurado del seguro.

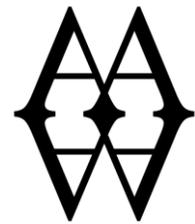
El doctor Méndez recibirá notificaciones judiciales en la Avenida el Dorado # 68 B – 31, de la ciudad de Bogotá D.C.

### **Exhibición documental**

1. De acuerdo con lo previsto por el artículo 265 del Código General del Proceso, solicito respetuosamente que se ordene a la parte actora a exhibir la historia clínica completa del señor JADER ATEHORTÚA BURITICÁ. Lo anterior, con el propósito de demostrar que la madre de los demandantes **no** declaró sinceramente el estado del riesgo al momento de contratar la póliza bajo estudio, razón por la cual la misma adolece de nulidad relativa.

Con esta prueba se pretende demostrar que la asegurada padecía varias enfermedades que no fueron declaradas al momento de la celebración del contrato de seguro.

Dicho documento está en poder de los demandantes, y en todo caso de no estarlo, es él quien puede pedir la copia de dicho documento a su Entidad prestadora de Salud y las IPS que hacen parte de su red y que atendieron a la paciente en vida.



*Araujo*Abogados

## V.FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento los argumentos expuestos en la presente contestación en los artículos 1036 y siguientes del Código de Comercio, en los artículos 1602 y siguientes del Código Civil, así como en las normas aplicables del Código General del Proceso, y en todas las demás complementarias y concordantes.

## VI.NOTIFICACIONES

1. La parte demandante recibirá notificaciones en la dirección indicada en la demanda.
2. Mi representada, **COMPAÑÍA DE SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR**, recibirá, Avenida el Dorado # 68 B – 31, de la ciudad de Bogotá D.C.
3. Por mi parte recibiré notificaciones en la Carrera 12 No. 90 – 20, Oficina 501, de la ciudad de Bogotá D.C., y en la secretaría de su despacho.

Así las cosas, solicito comedidamente al Despacho se adelante respecto de esta contestación el trámite de Ley.

Del señor Juez, respetuosamente,

**JUAN PABLO ARAUJO ARIZA**  
**CC. 15.173.355 de Valledupar**  
**TP. 143.133 del C. S de la J.**



## **PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO EN UNIDADES DE VALOR REAL - UVR**

### **CONDICIONES GENERALES**

La Compañía de Seguros Bolívar S. A., que en el presente contrato se llamará "LA COMPAÑÍA", en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por "EL TOMADOR" y las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada al recibo de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

Forman parte de este contrato las cláusulas adicionales, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente seguro.

En lo no previsto por esta póliza los derechos y obligaciones emanadas de este contrato se rigen por lo previsto en el Código de Comercio.

### **CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO BÁSICO.**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA CUBRE, DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, EL RIESGO DE MUERTE DE LOS ASEGURADOS.

### **CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES.**

DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, LA COMPAÑÍA NO QUEDA OBLIGADA AL PAGO DE NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- a) SUICIDIO. SI CUALQUIER ASEGURADO SE QUITARE LA VIDA ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE O EN CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA.

b) VIH POSITIVO-SIDA.

MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

TRANSCURRIDO ESTE PLAZO, TANTO EL EVENTO DE SUICIDIO COMO EL DE MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON VIH POSITIVO O SIDA DEL ASEGURADO ESTÁN AMPARADOS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EL DIAGNÓSTICO DEL VIH POSITIVO O SIDA, SI ES EL CASO, HAYA SIDO POSTERIOR A LA FECHA DE INGRESO A LA POLIZA.

### **CONDICIÓN TERCERA. EL TOMADOR.**

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

### **CONDICIÓN CUARTA. GRUPO ASEGURABLE.**

Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que por sus condiciones, aunque no tengan Personería Jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.

### **CONDICIÓN QUINTA. VIGENCIA.**

Los amparos individualmente considerados sólo entrarán en vigor en la fecha prevista en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la prima del primer período, y el documento no haya sido rechazado por La Compañía por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

La Compañía se reserva la facultad de fijar períodos de inclusión de nuevos Asegurados.

### **CONDICIÓN SEXTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.**

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere ésta póliza si cumple con los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de 12 años para mujeres y mayor de 14 años para hombres.
- b) No ser mayor de 70 años.
- c) Todos los demás requisitos que La Compañía exija.

### **CONDICIÓN SÉPTIMA. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.**

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 1138 y 1056 del Código de Comercio, La Compañía limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicada en la solicitud de esta póliza, en el momento de expedir él o los seguros.

### **CONDICIÓN OCTAVA. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.**

El valor del Seguro de cada persona asegurable se calculará de acuerdo con el sistema que se indica a continuación:

El valor asegurado en todo momento se calcula multiplicando el monto asegurado expresado en "UVR" según la cotización del día del ingreso a esta póliza, por el valor del "UVR" correspondiente en la fecha de cálculo.

### **CONDICIÓN NOVENA. CÁLCULO DE LA PRIMA.**

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual expresado en "UVR" en el momento de ingresar a esta póliza por el valor del "UVR" según la cotización del día que se realice el cálculo de la prima, aplicando la tarifa registrada en la Superintendencia Financiera, sin perjuicio de la posibilidad que asiste a La Compañía de determinar la prima por el sistema de Tasa Promedio en grupos asegurados superiores a doscientas (200) personas. Para edades inferiores a veinte (20) años, se aplicará la tasa que corresponde a la edad veinte (20). Para ingresos posteriores a la expedición o renovación de la póliza se cobrará la prima a prorrata con base en los factores anteriores.

### **CONDICIÓN DÉCIMA. PAGO DE PRIMAS.**

El Tomador es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al Tomador un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral o trimestral, y de quince (15) días cuando las primas sean pagaderas mensualmente. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro, La Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando la presente Póliza de Vida Grupo tenga el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, le

corresponde al asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador efectúe el pago de la prima a La Compañía.

Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y La Compañía quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

### **CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.**

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales aplicando para ello el factor de 0.5375, 0.2787 y 0.0954 respectivamente.

### **CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. REVOCACIÓN DEL CONTRATO.**

Si el Tomador da aviso por escrito a La Compañía para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por La Compañía o en la fecha especificada por el Tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde, y el Tomador será responsable de pagar a La Compañía todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata por el período que comienza con el de gracia y termina en la fecha de tal revocación. El asegurado podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

### **CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE (ART. 1058 C. CO.)**

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual.

**PARÁGRAFO:** La Compañía tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el tomador o el asegurado haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. IRREDUCTIBILIDAD.**

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

#### **CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.**

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando el asegurado, por escrito, solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del tomador o el asegurado.
- e) En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en la que el asegurado cumpla 70 años de edad.
- f) Cuando La Compañía cancele la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente.
- g) Cuando en el momento de la renovación, el grupo esté desintegrado por ser el número de miembros menor al permitido.

**CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. RENOVACIÓN.**

La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento, no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado sin perjuicio de lo estipulado en la Condición Décima de la presente Póliza.

**CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. CONVERTIBILIDAD.**

Los Asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados por el amparo de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo liquidada de acuerdo con la cotización del "UVR" en esa fecha, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite La Compañía con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del Grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el asegurado y a su ocupación en la fecha de la solicitud.

En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la Póliza de Grupo y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

**CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.**

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de La Compañía, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por La Compañía, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b). del presente numeral.

### **CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. EDADES DESCONOCIDAS.**

Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas se calculará aplicando la tasa correspondiente a la edad de cuarenta (40) años y en el certificado de seguro o recibo correspondiente se advertirá al asegurado que su prima se liquidó con tasa de cuarenta (40) años por desconocerse su edad real.

### **CONDICIÓN VIGÉSIMA. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.**

La Compañía expedirá para cada asegurado un certificado individual en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado; modificación de amparos, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior, el cual quedará sin efecto.

### **CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.**

El beneficiario puede serlo a título gratuito o a título oneroso. Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento y cuando sea a título oneroso se requerirá el consentimiento del beneficiario, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a La Compañía.

En el evento en que el beneficiario sea a título gratuito y ocurra el fallecimiento del asegurado sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el asegurado o se ignore cual de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad. Si el beneficiario es a título oneroso y el asegurado muere simultáneamente con el beneficiario, serán beneficiarios del seguro únicamente los herederos del beneficiario.

### **CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. RECLAMACIÓN.**

El beneficiario o asegurado, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. El asegurado o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

El Tomador o beneficiario, a petición de La Compañía, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de ésta obligación, La Compañía podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. AVISO DE SINIESTRO.**

En caso de muerte de cualquiera de los asegurados, el tomador o el beneficiario deberá dar aviso a La Compañía dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. PAGO DE SINIESTRO.**

La Compañía pagará al asegurado o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. DERECHO DE INSPECCIÓN.**

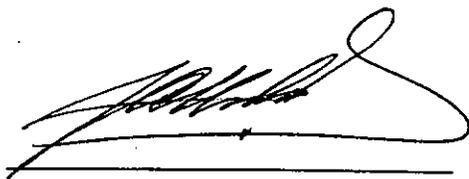
La Compañía se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de ésta póliza.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA.- NOTIFICACIONES.**

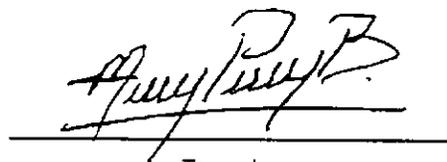
Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores deberá consignarse por escrito; y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA.- DOMICILIO.**

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá, D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de La Compañía.



Representante Legal  
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador  
Representante Legal  
Banco Davivienda S.A.

## **ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN**

Por convenio entre La Compañía y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo o Póliza de Vida de Grupo en unidades de Poder Adquisitivo Constante (UVR) arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

### **CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:**

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE EL HECHO EXTERIOR, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA UNA LESIÓN CORPORAL QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES Y QUE SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA. NO SE CONSIDERAN ACCIDENTES AQUELLOS HECHOS ENUMERADOS EN LA CONDICIÓN SEGUNDA DE ESTE ANEXO, QUE HACE REFERENCIA A LAS EXCLUSIONES.

### **CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES:**

Este anexo no cubre la muerte, lesión o pérdida que sea consecuencia de:

- a) HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- b) MUERTE LESIÓN O PERDIDA CAUSADA POR ARMA DE FUEGO, ARMA CONTUNDENTE O CORTOPUNZANTE.
- c) SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- d) LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- e) PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.
- f) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

- g) ACCIDENTES EN QUE EL PASAJERO SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR (KARTS).
- h) CUALQUIER SUCESO QUE GENERE HERNIAS.
- i) INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMA E INFECCIONES BACTERIALES EXCEPTO LA QUE SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR EL ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.
- j) TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA, O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
- k) GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
- l) FISIÓN NUCLEAR Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- m) ENCONTRARSE EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
- n) INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
- o) ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA, O INFECCIONES BACTERIALES DISTINTAS DE LAS CONTRAIDAS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
- p) LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA, ETC.
- q) LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.

NOTA: ESTAS EXCLUSIONES NO SE APLICAN PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA QUE SOLO TIENE COMO EXCLUSIONES EL SUICIDIO Y EL VIH POSITIVO O SIDA, DE LOS CUALES SE HABLA EN LA CONDICIÓN GENERAL SEGUNDA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

### **CONDICIÓN TERCERA. TABLA DE INDEMNIZACIONES.**

La Compañía pagará la indemnización estipulada en este anexo, al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, de que alguno de los asegurados sufrió a causa de un accidente amparado bajo este anexo, cualquiera de las siguientes pérdidas:

Muerte accidental .....	La suma principal
Por pérdida de ambas manos o ambos pies .....	La suma principal
Por pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos .....	La suma principal
Por pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo .....	La suma principal
Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo.....	50% de la suma principal

### **CONDICIÓN CUARTA. PÉRDIDA.**

Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente con respecto de:

- a) Manos: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- b) Pies: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

### **CONDICIÓN QUINTA. DEDUCCIONES.**

- a) Cuando como consecuencia de un accidente ocurra al mismo tiempo la muerte del asegurado y alguna de las pérdidas contempladas en la tabla de indemnizaciones, La Compañía sólo indemnizará el valor asegurado por muerte accidental.
- b) Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembración y después, como consecuencia del mismo accidente, falleciere el asegurado, subsistirá el amparo de muerte accidental en la diferencia.
- c) Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembración y después, como consecuencia del mismo accidente, el asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente, lo pagado por el presente amparo se deducirá de lo que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente si lo hubiere.

**CONDICIÓN SEXTA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.**

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 70 años de edad.

**CONDICIÓN SÉPTIMA. SUMA PRINCIPAL.**

Conforme se emplea aquí significará el valor asegurado individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo. La suma que La Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo, será igual o inferior al valor pactado-aceptado por La Compañía, en el Seguro de Vida de Grupo o Seguro de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR). Bajo ninguna circunstancia La Compañía pagará a cada asegurado una indemnización superior a dicho valor asegurado. El asegurado que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente anexo, quedará automáticamente excluido de él.

**CONDICIÓN OCTAVA. RECLAMACIONES.**

Para que La Compañía pague la indemnización por el presente anexo el asegurado o beneficiario deberá acreditar fehacientemente la ocurrencia del siniestro. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

**CONDICIÓN NOVENA. INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE.**

El Tomador, asegurado o beneficiario se comprometen a dar aviso a La Compañía de todo accidente de cualquiera de los asegurados que pudiere dar lugar a la reclamación bajo el presente anexo, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida el aviso se dará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que se haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

**CONDICIÓN DÉCIMA. - EXÁMENES MÉDICOS.**

La Compañía podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

**CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. REVOCACIÓN.**

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el asegurado lo manifieste por escrito.

El hecho de que La Compañía haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anular tal revocación.

Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

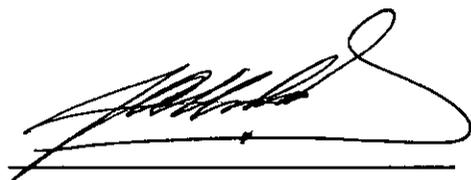
**CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. CONVERTIBILIDAD.**

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

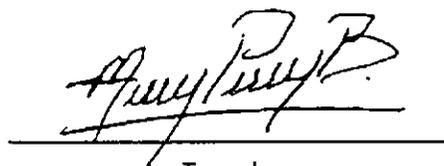
EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

Dado a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ en Bogotá D.C.

NOTA: En la condición novena del anexo de indemnizaciones por muerte accidental y beneficios por desmembración los días a los que se refiere son hábiles.



Representante Legal  
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador  
Representante Legal  
Banco Davivienda S.A.

## **ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Por convenio entre La Compañía y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo o Póliza de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR) arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

### **CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTÍNUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRA QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTÍNUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD.

### **CONDICIÓN SEGUNDA. PÉRDIDA.**

Conforme se emplea aquí significa con respecto de:

- a) Manos: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- b) Pies: La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

### **CONDICIÓN TERCERA. SUMA ASEGURADA.**

La suma que La Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo será igual o inferior al valor pagadero aceptado por La Compañía en el Seguro de Vida Grupo del Asegurado Incapacitado.

Cuando el presente anexo haga parte de una Póliza de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR), la suma que la Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo,

sera igual o inferior valor pagadero aceptado por La Compañía, en el Seguro de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR) del Asegurado Incapacitado.

#### **CONDICIÓN CUARTA. DEDUCCIONES.**

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable al Amparo de Vida y , por lo tanto, una vez pagada, la indemnización por dicha incapacidad, La Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al Amparo de Vida del asegurado incapacitado.
- b) Si la póliza en la cual se inicie este anexo contiene además el Anexo de indemnización por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración y en virtud de él y como consecuencia del mismo accidente La Compañía ha efectuado algún pago , dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

#### **CONDICIÓN QUINTA. RECLAMACIONES.**

Para que La Compañía pague la indemnización correspondiente a una incapacidad Total y Permanente, el asegurado deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este Anexo. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

#### **CONDICIÓN SEXTA. CONVERTIBILIDAD.**

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

#### **CONDICIÓN SÉPTIMA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.**

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 70 años de edad.

#### **CONDICIÓN OCTAVA. EXÁMENES MÉDICOS.**

La Compañía podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

#### **CONDICIÓN NOVENA. REVOCACIÓN.**

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el asegurado expresamente lo manifieste por escrito.

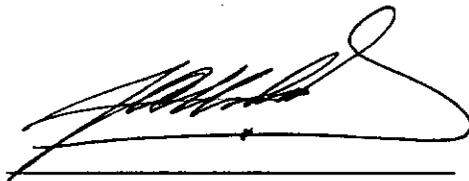
El hecho de que La Compañía haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación y cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

**CONDICIÓN DÉCIMA. CONVERTIBILIDAD.**

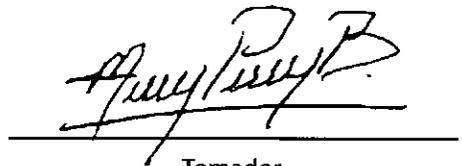
El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

Dado a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_  
en Bogotá D.C.



Representante Legal  
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador  
Representante Legal  
Banco Davivienda S.A.

SEGUROS BOLÍVAR UNIDAD EXPEDICIÓN Y VIDA

SEGUROS BOLÍVAR

RECIBIDO PARA ESTUDIO

Póliza y Certificado - Davivienda Integral

Tomador: BANCO DAVIVIENDA S.A

Producto: 721

No. Póliza  
3520202706701

Nombres y Apellidos del asegurado principal JADER ATEHORTUA BURITICA		Tipo ID CC	No. Documento de identidad 10180692	Sexo Masculino	Ocupación Empleado
Departamento / Ciudad BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL			Dirección CL 1 6 C 16 ES		Teléfono residencia 7450900
Teléfono oficina 7450900	Nombres y Apellidos del Cónyuge (segundo asegurado)		Tipo ID	Documento de Identidad	Sexo
De común acuerdo entre las partes queda establecida la vigencia del presente contrato así:		Informadora 3T7			
VIGENCIA DESDE 2017/09/07		A LAS 4:00 PM			

Opción 73	Valor Asegurado \$120,000,000.00
--------------	-------------------------------------

**Certificamos:**

- Que el tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A., aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A., se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de quince (15) días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el (los) seguro(s) del (los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

Amparos	Asegurado	Edad	Prima (s) Período
Vida, muerte accidental y beneficios por desmembración, incapacidad total y permanente	Asegurado Principal	44	\$513,800.00
	Cónyuge (segundo asegurado)	0	
			Prima Período Total \$ \$513,800.00

Nombre del Beneficiario	Parentesco	Calidad	%
DERLY VALENCIA GIRALDO	Cónyuge	LIBRE	50
ANDRES ATEHORTUA BURITICA	Otro	LIBRE	50
		LIBRE	0
		LIBRE	0

Nombre del Beneficiario	Parentesco	Calidad	%
		LIBRE	0

Periodicidad del pago SEMESTRAL	Valor Prima Anualizada \$1,027,600.00	Tipo de cuenta Cuenta de Ahorros Fijo Diario	No. Cuenta o tarjeta de crédito 0570475570050843
------------------------------------	--	---	---

**Autorización de descuento**

Como asegurado de la póliza de grupo por el valor del seguro anotado en la presente Solicitud - Certificado: Autorizo al Tomador para que según la periodicidad de pago señalada en esta solicitud haga el cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito citada, de acuerdo con mi edad, según la tabla de primas. Para tal fin, me obligo a mantener disponibles, en dicha cuenta, los fondos suficientes para cubrir el importe de la prima. Autorizo para que en caso de cambiar el número de mi tarjeta de crédito o su fecha de vencimiento, el Banco suministre los nuevos datos mencionados para efectuar el descuento correspondiente: entendiéndolo que esto de ningún modo me exime de informar a la Compañía de dichos cambios.

**Declaración de asegurabilidad**

En mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyugue, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma casual o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar y divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

**Importante:**

- No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículo 1058 y 1158 del Código del Comercio)
- No firme sin antes recibir el clausulado.

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la Red 322 de Seguros Bolívar al 01-8000-123-322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Asegurado principal  
C.C. No. 10'180692.

Cónyugue  
C.C. No.

Nota: Si el cónyugue no se encuentra presente, el asegurado principal puede firmar por poder en su representación.



Huella índice derecho del asegurado principal

Representante legal  
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Tomador  
Representante legal  
Banco Davivienda S.A.

Importante: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud - Certificado no tendrá validez alguna hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyugue, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad

Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado (vida + muerte accidental) máximo de \$140.000.000.

Avenida el Dorado No. 68 B 31, Piso 10  
Conmutador: 3 41 00 77 Fax: 2 83 07 99  
www.segurosbolivar.com A.A 4421  
Nit 860.002. 503 - 2, Bogotá D.C., Colombia

**EMPRESA CERTIFICADA  
ISO 9001-2000**





2010 AUG -6 A FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES  
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado

Jader Atehortua Bonitica

Edad Dirección actual

45

Ocupación habitual

Contratista claro

Amparo por el que desea reclamar

Vida  Rentas  Incapacidad total y permanente  Enfermedades Graves  Accidentes Personales  Gastos Médicos

RECIBIDO POR

RECIBIDO PARA  
ESTUDIO

Cédula

110.180.692

Ciudad

Soacha

Teléfono

En caso de fallecimiento, edad al morir

45 años

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa

Accidente  Enfermedad  Homicidio  Suicidio Hospital Mano Cañon y anguas 19 02 2018

Dé un informe detallado de los hechos: Antecedentes de hipertension arterial sistémica, quien presenta un cuadro clínico de dolor torácico opresivo con posterior síncope.

3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad?

27 - FEBRERO - 2013 27 - febrero - 2013

4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad

27 - febrero - 2013 5 Años

6. Otros antecedentes del asegurado

Hernia Umbilical, Dolor torácico, Dolor calor eritema a nivel de rodilla y tobillo IZQ. y otros

Tiempo de evolución: 5 Años

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad?  SI  NO

Si su respuesta es afirmativa, indique cual En vida el fue tratado con medicamentos descrito en las historias clínicas

8. Indique el nombre de su E.P.S.

EPS Santas

Es afiliado  Beneficiario

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente

Centro Medico Kennedy, Bogota DC - EPS Santas

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual

Centro Medico Kennedy, Bogota DC

¿Desde hace cuánto tiempo?

1 año y medio

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre

Jorge Mano Mesa Romero

Dirección

Saludcoop central de urgencias CAU AU 68

Nombre

Sergio Briceño Rojas

Dirección

Centro Medico Kennedy, Bogota DC

Especialidad

Medico General

Ciudad

Bogota

Teléfono

Especialidad

Medicina General

Ciudad

Bogota DC

Teléfono

321 320 4189

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario

Saludcoop central de urgencias CAU AU 68

Dirección

Convenio Saludcoop central de urgencias CAU AU 68

2. Nombre del Centro Hospitalario

Santas Internacional

Dirección

Centro Medico Kennedy, Bogota DC

Fecha de Ingreso

27 02 2018

Ciudad

Bogota

Fecha de Salida

27 07 2018

Teléfono

Fecha de Ingreso

30 06 2017

Ciudad

Bogota DC

Fecha de Salida

30 06 2017

Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes?  SI  No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Cirugía Por Hernia umbilical.

Tratamientos Médicos (Detallar)

Alupurinol, colchicina

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

No  Si En vida trabajaba en claro como contratista.

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

**BENEFICIARIOS**

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma

16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia

Nombre

Teléfono

Dirección

Ciudad

Correo electrónico

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

IGUALMENTE CONSIENTO QUE SEGUROS BOLÍVAR S.A. SOLICITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS INFORMACIÓN SOBRE LOS SEGUROS SIMILARES QUE TENGA CONTRATADOS.

CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

luisfernando.artegabalencia@gmail.com

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_



Huella

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

C.C. No.

Reicy Valencia

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No. 24720117

REPÚBLICA DE COLOMBIA

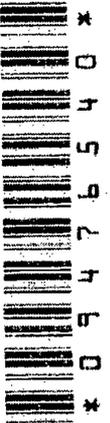


ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

09476540



**Datos de la oficina de registro**

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	A 5 0
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ							

**Datos del inscrito**

Apellidos y nombres completos  
ATEHORTUA BURITICA JADER

Documento de identificación (Clase y número)  
C.C. 10180692 de LA DORADA

Sexo (en letras)  
Masculino

**Datos de la defunción**

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Fecha de la defunción  
Año: 2018 Mes: FEB Día: 19 Hora: 20:30

Número de certificado de defunción  
81565248 - 2

Presunción de muerte

Juzgado que profiere la sentencia  
X.X.X.X.X.X.X.X

Fecha de la sentencia  
Año: X X X X Mes: X X X Día: XXX

Documento presentado  
Autorización Judicial  Certificado Médico

Nombre y cargo del funcionario  
DIANA LIZCANO - MEDICO

**Datos del denunciante**

Apellidos y nombres completos  
CASTRO CABRERA FREDDY ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)  
C.C. 1032460451 de BOGOTÁ D.C.

Firma

**Primer testigo**

Apellidos y nombres completos  
NOTARIA SEXTA DE BOGOTÁ D.C.

Documento de identificación (Clase y número)  
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL  
(DEC. 1534 DE 1989 RES. 003 DE 2008)

Firma

**Segundo testigo**

Apellidos y nombres completos  
BOGOTÁ D.C. 14 JUN. 2018

Documento de identificación (Clase y número)  
TOMO FOLIO  
ESTA COPIA TIENE VALOR PERMANENTE

Firma

Fecha de inscripción  
Año: 2018 Mes: FEB Día: 24

Nombre y cargo del funcionario que autoriza  
MARIANA JIMENA HERNANDEZ (E)  
NOTARIA (E)



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.180.692**  
ATEHORTUA BURITICA

APELLIDOS

**JADER**

NOMBRES

*Jader Atehortua Buritica*



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1972**

**OBANDO**  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.57**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**03-JUN-1992 LA DORADA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Amel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00155462-M-0010180092-20090429 0011164899A 1 1240041946

SEGUROS  
**BOLÍVAR**



APORTANDO ESTA INFORMACIÓN,  
USTED Y NOSOTROS CUMPLIMOS CON EL PAÍS.

FORMULARIO DE USO EXCLUSIVO PARA EL CONOCIMIENTO DE BENEFICIARIOS

Beneficiario  Apoderado  Tutor  Curador

Fecha de diligenciamiento

30 07 2018

1. Persona Natural

Tipo de documento C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	No. de documento 24.720.117	Fecha de nacimiento 18 07 1976	Lugar de nacimiento Samana
Primer nombre Deicy	Segundo nombre	Primer apellido Valencia	Segundo apellido Giraldo
Nacionalidad Colombiana	Estado civil Viuda	Sexo F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	Dirección de residencia Kr. 18 N. 9A-89 T. 10 A. 304
Teléfono residencia	Celular 320 426 2115	Correo electrónico andres-1999.eduardo@hotmail.com	Ciudad de residencia Soacha
Ocupación / Oficio Hogar	Dependiente <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>	(Descripción actividad económica)
Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input checked="" type="radio"/>			

2. Persona Jurídica

Nombre o razón social	NIT	Correo electrónico de la empresa
Dirección oficina principal	Ciudad oficina Ppal.	Teléfono oficina Ppal.
Tipo de empresa Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>	Código CIU	Descripción CIU
Tipo de documento Representante Legal C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	No. de documento	Fecha de nacimiento DD MM
Dirección	Ciudad	Teléfono

3. Información sobre Reclamaciones de Seguros (Personas Naturales y Jurídicas)

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años? SI  NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco.

Año	Ramo	Compañía	Valor	Indemnización	Reclamación
/	/	/	/	/	/

Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona SI  NO  Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente entre ellos: Familiar  Comercial  Laboral  Otra: ¿Cuál?

4. Autorización para pago por transferencia

Primera vez  Modificación  Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad a la que represento), se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

Tipo de cuenta Ahorros <input checked="" type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>	Número de cuenta 272235672	Nombre Entidad Financiera Banco de Bogotá
--	-------------------------------	--

Adjunto certificado de Cámara de Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

**6. Declaraciones y Autorizaciones del Beneficiario**

Yo, Deicy Valencia Giraldo, identificado(a) con C.C. No. 24720117 de Samana, ante COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., Y SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A., ubicadas en la Avenida el Dorado No. 68B-31 Piso 10, Bogotá D.C. con dirección electrónica:

www.segurosbolivar.com y línea de atención: 018000 123 322; denominadas en adelante "LAS COMPAÑIAS", manifiesto que:

- (1). **DECLARACIÓN DE VERACIDAD:** La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la ley.
- (2). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008):** Autorizo a LAS COMPAÑIAS para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, con el fin de que éstas puedan conocer hechos que podrían dar lugar a omisiones y/o inexactitudes en la información por mí suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado.
- (3). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a LAS COMPAÑIAS para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 3.1 Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 3.2 Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3.3 Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados, y para la medición del nivel de satisfacción respecto de LAS COMPAÑIAS. 3.4 Informar acerca de los productos y servicios ofrecidos por LAS COMPAÑIAS. Todo ello a través del envío de mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), correo electrónico, teléfono celular, teléfono fijo, fax, correo físico y redes sociales o medios similares.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI  NO   
 Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

(4). **GRUPO BOLIVAR:** Conozco que LAS COMPAÑIAS hacen parte del Grupo Bolivar, que tiene como matriz a Grupo Bolivar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañias". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolivar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI  NO   
 (5). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la Información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑIAS. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 30 de Julio del año 2018.

Si se actúa en representación de otra persona: Actúo en representación de \_\_\_\_\_ con documento de identidad No. \_\_\_\_\_

Deicy Valencia Giraldo  
 Firma Beneficiario, Representante Legal, Apoderado\*, Tutor\* ó Curador\*



Si firma el presente formato como Apoderado, Tutor o Curador, por favor relacione a continuación la información de la(s) persona(s) beneficiario(s) a la(s) que representa:

Tipo de documento	Número de documento	Nombres y Apellidos

**USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA**

Nombre del responsable del recibo y revisión del formulario	<u>DIANA MARTINEZ</u>	No. de identificación	<u>521803544</u>
Cargo	<u>ANALISTA</u>	Fecha de revisión	<u>09/08/2018</u>
Ciudad o localidad de recibo del formulario	<u>8210</u>	No. Reclamo	
Ramo o producto	No. póliza afectada		

DIANA  
 Firma responsable del recibo y revisión del formulario

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **24.720.117**  
**VALENCIA GIRALDO**

APELLIDOS  
**DEICY**

NOMBRES

*Deicy Valencia*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1976**

**SAMANA**  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

**F**

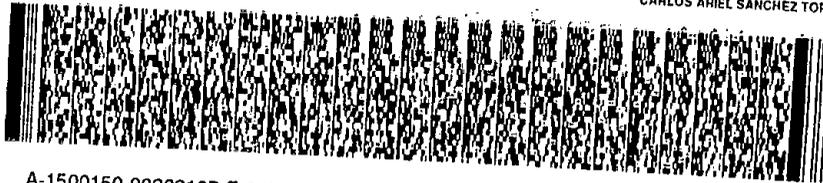
SEXO

**31-OCT-1994 SAMANA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500150-00303127-F-0024720117-20110524

0027045608A 1

1511337653

# SEGUROS BOLÍVAR



## AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

SELECCIONE: PRIMERA VEZ  MODIFICACIÓN

Relación con la compañía: área, producto o servicio.  
**INVESTIGACIONES VIDA**  
 Fecha de recibido  
 09 08 2018  
 Fecha de diligenciamiento  
 09 08 2018

SEÑORES:

CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.  
 SEGUROS BOLÍVAR S.A.  
 SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.  
 INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR

La cuenta bancaria debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica.

### Datos Personales

#### PERSONAS NATURALES

Documento de identidad	No. de documento	Fecha de expedición	Lugar de expedición
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>	24 720 117	31 10 1994	Samana
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Deicy		Valencia	Giraldo

### Datos Empresa (Persona jurídica)

Nombre razón o denominación social	NIT		
Datos del Representante Legal			
Documento de identidad	No. de documento	Fecha de expedición	Lugar de expedición
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>		DD MM AAAA	
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad que represento), se haga en la cuenta aquí registrada.

Tipo de cuenta	Cuenta número	Entidad financiera
Ahorros <input checked="" type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>	27 223 5672	Banco de Bogotá

Adjunto certificado de Cámara y Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

### Declaración de origen de fondos y Autorización consulta y reporte a Centrales de Información

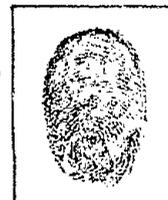
Los datos que contiene este documento son requeridos para: realizar el pago o transferencia de recursos a su cuenta bancaria; el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación contractual existente y para informarlo acerca de los productos y servicios que ofrece Seguros Bolívar y sus compañías vinculadas. La huella que se le solicita tiene como finalidad verificar su identidad y es conservada con adecuadas medidas de seguridad. Para mayor información puede consultar nuestras Políticas de Privacidad que se encuentran publicadas en la página web [www.segurosbolivar.co](http://www.segurosbolivar.co).

Con base en la información suministrada autorizo el tratamiento de mis datos personales.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.

*Deicy Valencia Giraldo 24720117*

FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO SI ES PERSONA JURÍDICA C.C. Ó NIT



Huella Índice derecho

FORMA B-337 (Rev. Nov14)

SEGUROS  
**BOLÍVAR**



APORTANDO ESTA INFORMACIÓN,  
USTED Y NOSOTROS CUMPLIMOS CON EL PAÍS.

FORMULARIO DE USO EXCLUSIVO PARA EL CONOCIMIENTO DE BENEFICIARIOS

Beneficiario  Apoderado  Tutor  Curador

Fecha de diligenciamiento  
61/08/2018

1. Persona Natural

Tipo de documento		No. de documento		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		1012 464018		23 08 1999		Samana	
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Andres		Eduardo		Atehortua		Valencia	
Nacionalidad		Estado civil		Sexo		Dirección de residencia	
Colombiano		Soltero		F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>		Kr. 18 N. 9A-89 T. 10 A 304	
Teléfono residencia		Celular		Correo electrónico			
		321 320 4189		andres-1999.Eduardo@hotmail.com			
Ocupación / Oficio		Dependiente		Independiente (Descripción actividad económica)			
EMPLEADO		Asalariado <input checked="" type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/>					

2. Persona Jurídica

Nombre o razón social		NIT		Correo electrónico de la empresa	
Dirección oficina principal		Ciudad oficina Ppal.		Teléfono oficina Ppal.	
Tipo de empresa		Código CIU		Descripción CIU	
Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>					
Tipo de documento Representante Legal		No. de documento		Fecha de nacimiento	
C.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> P.P. <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>				DD MM AA	
Dirección		Ciudad		Teléfono	

3. Información sobre Reclamaciones de Seguros (Personas Naturales y Jurídicas)

¿Usted ha presentado reclamaciones o ha recibido indemnizaciones sobre seguros respecto de otra Compañía Aseguradora en los últimos dos (2) años? SI  NO

Si su respuesta a la anterior pregunta fue afirmativa, por favor diligencie la información que se presenta a continuación, de lo contrario deje el campo en blanco.

Año	Ramo	Compañía	Valor	Indemnización	Reclamación

Por favor indique si el Tomador, Asegurado y Beneficiario son la misma persona SI  NO  Si su respuesta a la anterior pregunta es NO, por favor indique a continuación cual es la relación existente entre ellos: Familiar  Comercial  Laboral  Otra: ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4. Autorización para pago por transferencia

Primera vez  Modificación  Nota: La cuenta debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad a la que represento), se haga en la cuenta bancaria aquí registrada.

Tipo de cuenta		Número de cuenta		Nombre Entidad Financiera	
Ahorros <input checked="" type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>		304 - 919506 - 99		Bancolombia	

Adjunto certificado de Cámara de Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

**6. Declaraciones y Autorizaciones del Beneficiario**

Yo, Andres Atehortua V., identificado(a) con C.C. No. 1012464018 de Bogotá, ante COMPAÑIA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., Y SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A., ubicadas en la Avenida el Dorado No. 68B-31 Piso 10, Bogotá D.C. con dirección electrónica:

www.segurosbolivar.com y línea de atención: 018000 123 322; denominadas en adelante "LAS COMPAÑÍAS, manifiesto que:

- (1). **DECLARACIÓN DE VERACIDAD:** La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la ley.
- (2). **AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008):** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que consulten mi comportamiento comercial, crediticio, financiero, y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, con el fin de que éstas puedan conocer hechos que podrían dar lugar a omisiones y/o inexactitudes en la información por mí suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado.
- (3). **AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012):** Autorizo a LAS COMPAÑÍAS para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, incluidos los recolectados bajo mi consentimiento a través de cualquier persona, institución o autoridad, y aquellos que suministre a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a mi disposición para el trámite de consultas y reclamos, para las siguientes finalidades: 3.1 Tramitar la reclamación del pago del valor asegurado, enviar información relevante para el trámite del reclamo y realizar el pago por transferencia. 3.2 Conocer hechos o actuaciones que podrían dar lugar a omisiones o inexactitudes en la información suministrada para el trámite de la reclamación del pago del valor asegurado. 3.3 Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados, y para la medición del nivel de satisfacción respecto de LAS COMPAÑÍAS. 3.4 Informar acerca de los productos y servicios ofrecidos por LAS COMPAÑÍAS. Todo ello a través del envío de mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), correo electrónico, teléfono celular, teléfono fijo, fax, correo físico y redes sociales o medios similares.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI  NO

Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio:

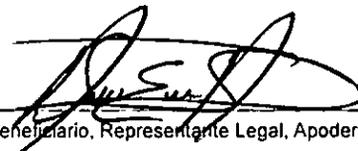
(4). **GRUPO BOLÍVAR:** Conozco que LAS COMPAÑÍAS hacen parte del Grupo Bolívar, que tiene como matriz a Grupo Bolívar S.A. y cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios y productos de las empresas del Grupo Bolívar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

Estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI  NO

(5). **DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN:** Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas desde celular, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPAÑÍAS. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 30 de Julio del año 2018.

Si se actúa en representación de otra persona: Actúo en representación de \_\_\_\_\_ con documento de identidad No. \_\_\_\_\_

  
Firma Beneficiario, Representante Legal, Apoderado\*, Tutor\* ó Curador\*



\* Si firma el presente formato como Apoderado, Tutor o Curador, por favor relacione a continuación la información de la(s) persona(s) beneficiario(s) a la(s) que representa:

Tipo de documento	Número de documento	Nombres y Apellidos

**USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA**

Nombre del responsable del recibo y revisión del formulario

DIANA MARTINEZ

No. de identificación

521803544

Cargo

ANALISTA

Ciudad o localidad de recibo del formulario

8210

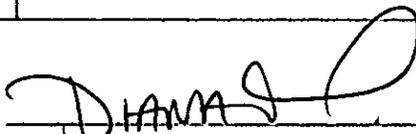
Fecha de revisión

09/08/2018

Ramo o producto

No. póliza afectada

No. Reclamo

  
Firma responsable del recibo y revisión del formulario

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.012.464.018**

**ATEHORTUA VALENCIA**

APELLIDOS

**ANDRES EDUARDO**

NOMBRES



*Andrés E. Valencia*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1999**

**SAMANA**  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.74**

**O+**

**M**

ESTATURA

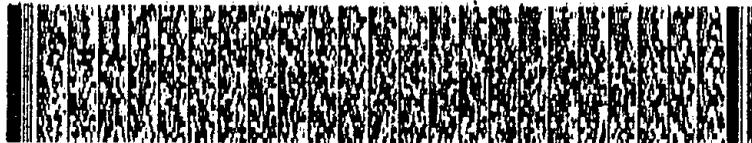
G.S. RH

SEXO

**04-SEP-2017 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Juan Carlos Galindo Vacía*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACÍA



P-1500150 00940844-M-1012464018-20170926 0067503355A 1 48145089

# SEGUROS BOLÍVAR



## AUTORIZACIÓN PARA PAGO POR TRANSFERENCIA

SELECCIONE: PRIMERA VEZ  MODIFICACIÓN

Relación con la compañía: área, producto o servicio.

**INDENIZACIONES VIDA**

Fecha de recibido  
D 01 | 08 | 2018

Fecha de diligenciamiento  
D 01 | 08 | 2018

**SEÑORES:**

CAPITALIZADORA BOLÍVAR S.A.  
SEGUROS BOLÍVAR S.A.  
SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.  
INVESTIGACIONES Y COBRANZAS EL LIBERTADOR

La cuenta bancaria debe ser individual y pertenecer al beneficiario del pago, sea persona natural o jurídica.

**Datos Personales**

**PERSONAS NATURALES**

Documento de identidad C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>	No. de documento <b>1012464018</b>	Fecha de expedición DD   MM   AAAA Primer apellido <b>Atehortua</b>	Lugar de expedición <b>Bogotá D.C.</b> Segundo apellido <b>Valencia</b>
Primer nombre <b>Andres</b>	Segundo nombre <b>Eduardo</b>		

**Datos Empresa (Persona jurídica)**

Nombre razón o denominación social	NIT		
Datos del Representante Legal			
Documento de identidad C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>	No. de documento	Fecha de expedición DD   MM   AAAA	Lugar de expedición
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Autorizo irrevocablemente a que todo pago que se presente a mi favor (o de la sociedad que represento), se haga en la cuenta aquí registrada.

Tipo de cuenta Ahorros <input checked="" type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta número <b>130491950699</b>	Entidad financiera <b>Bancolombia</b>
--	--------------------------------------	--

Adjunto certificado de Cámara y Comercio y Certificación Bancaria (persona jurídica)

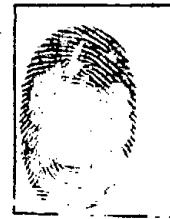
**Declaración de origen de fondos y Autorización consulta y reporte a Centrales de Información**

Los datos que contiene este documento son requeridos para: realizar el pago o transferencia de recursos a su cuenta bancaria; el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación contractual existente y para informarlo acerca de los productos y servicios que ofrece Seguros Bolívar y sus compañías vinculadas. La huella que se le solicita tiene como finalidad verificar su identidad y es conservada con adecuadas medidas de seguridad. Para mayor información puede consultar nuestras Políticas de Privacidad que se encuentran publicadas en la página web [www.segurosbolivar.co](http://www.segurosbolivar.co).  
Con base en la información suministrada autorizo el tratamiento de mis datos personales.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior firmo el presente documento.

**1012464018**

FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO SI ES PERSONA JURÍDICA C.C. Ó NIT



Huella Índice derecho

FORMA B-337 (Red. Nov/14)

59 00475500 143122

DAVIVIENDA  
CARTERA SUCURSAL BOGOTÁ  
23 MAY. 2018  
FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES  
CORRESPONDENCIA DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS  
RECIBIDA  
Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

SEGUROS  
BOLÍVAR



Compañía de Seguros Bolívar S.A.

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado: JAVIER ATEHORTUA BOUTKA  
Cédula: 10.180.692  
Edad: 45 años  
Dirección actual: CARRETA 18 - 9A - 89. TOLO AP304  
Ciudad: SOACHA  
Teléfono: 3204262115  
Ocupación habitual: EMPLEADO  
En caso de fallecimiento, edad al morir: 45 AÑOS DE EDAD  
Amparo por el que desea reclamar: Vida  Rentas  Incapacidad total y permanente  Enfermedades Graves  Accidentes Personales  Gastos Médicos

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa:  Accidente  Enfermedad  Homicidio  Suicidio  
Lugar: SOACHA (CONDOMINIO MARCA)  
Fecha: 19/02/2018  
Dé un informe detallado de los hechos: TENIENDO EN CUENTA LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA SE TRATA DE UN HOMBRE ADULTO MEXICO CON ANTECEDENTES ARTERIAL SISTÉMICA, QUIEN PRESENTA UN COMATO CLÍNICO DE DOLOR TORÁCICO OPRESIVO CON POSTERIOR SINCOPE, TRANSLADO POR SUS FAMILIARES AL HOSPITAL NANCY GARCIA YANCOAS A DONDE INGRESA SIN SIGNOS VITALES  
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad?  
30-06-2017 30 DE JUNIO DEL 2017  
4. Fecha de diagnóstico por un médico 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad  
30 JUNIO 2017 4 MESES  
6. Otros antecedentes del asegurado  
FIEBRE, INFLAMACIÓN DE LAS PIERNAS, CABA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINAR  
Tiempo de evolución: 30 JUNIO 2017  
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad?  Sí  No  
Si su respuesta es afirmativa, indique cual: COLCHICINA, AMLODIPINO, ALOPURINOL.

8. Indique el nombre de su E.P.S.: SANITAS  
Es afiliado  Beneficiario

9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual Desde hace cuánto tiempo?

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:

Nombre: SERGIO BRICEÑO REJAS	Especialidad: MEDICINA GENERAL
Dirección: CENTRO MEDICO KENNERDY	Ciudad: BOGOTÁ
Nombre:	Especialidad:
Dirección:	Ciudad:
	Teléfono:

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario: SANITAS INTERNACIONAL	Fecha de Ingreso: 30-06-2017	Fecha de Salida: 30-06-2017
Dirección: CENTRO MEDICO KENNERDY	Ciudad: BOGOTÁ	Teléfono:
2. Nombre del Centro Hospitalario: NANCY GARCIA YANCOAS	Fecha de Ingreso: 10-02-2018	Fecha de Salida: 21-02-2018
Dirección: SOACHA (CONDOMINIO MARCA)	Ciudad: SOACHA	Teléfono:

Compañía de Seguros Bolívar S.A.  
Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10  
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421  
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com

Forma B-117 (Red. Feb. 118)

13. ¿Tratamientos Pendientes?  Sí  No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar):  
PROCEDIMIENTO HERNIOTRAFIA UMBILICAL RE PRODUCIDA. SOB.  
Tratamientos Médicos (Detallar):

Rehabilitación (Detallar):

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?  
 Sí  No

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1	Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
2	Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
3	Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
4	Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5	Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma

16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia:

Nombre: Deicy Valencia Giraldo Teléfono: 3204262115  
Dirección: KR 189A 89 AP 304 T10 Ciudad: Soacha  
Correo electrónico: fernando.artaga.valencia@gmail.com

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

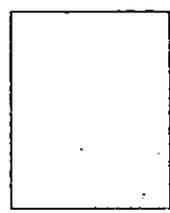
EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

IGUALMENTE CONSIENTO QUE SEGUROS BOLÍVAR S.A. SOLICITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS INFORMACIÓN SOBRE LOS SEGUROS SIMILARES QUE TENGA CONTRATADOS.

CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

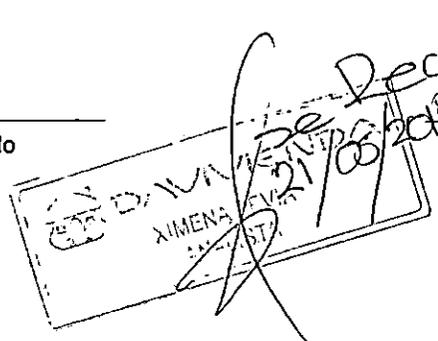
Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico  
fernando.artaga.valencia@gmail.com

Lugar y Fecha: Bogotá 21 Mayo.



Huella

Firma del Asegurado  
C.C. No.



Firma del Beneficiario reclamante  
C.C. No. 24720117

ORIGINAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

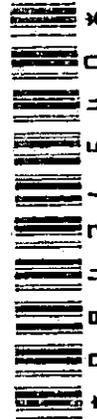


ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

09476540



Datos de la oficina de registro						
Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	04 Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA						

Datos del inscrito	
Apellidos y nombres completos	
ATEHORTUA BURITICA JADER	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
C.C. 10180692 de LA DORADA	Masculino

Datos de la defunción		
Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía		
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA		
Fecha de la defunción	Hora	Número de certificado de defunción
Año 2018 Mes FEB Día 19 20:30		81565248 - 2
Presunción de muerte		
Juzgado que profiere la sentencia		Fecha de la sentencia
X.X.X.X.X.X.X.X		Año X X X X Mes X X X Día X X X
Documento presentado	Nombre y cargo del funcionario	
Autorización Judicial <input type="checkbox"/>	Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/>	DIANA LIZCANO - MEDICO

Datos del denunciante	
Apellidos y nombres completos	
CASTRO CABRERA FREDDY ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1032460451 de BOGOTA D.C	

Primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
NOTARIA SEXTA DE BOGOTA D.C.	
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL	
(DEC. 1534 DE 1989 RES. 003 DE 2008)	
BOGOTA D.C. 08 MAR. 2018	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
TOMO FOLIO	
ESTA COPIA TIENE VALOR PERMANENTE	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
Fecha de inscripción	
Año 2018 Mes FEB Día 28	Nombre y cargo del funcionario que autoriza
NOTARIO SEXTA EN CARGADO DE BOGOTA	MARIA ANITA HERNANDEZ (E)

REGISTRO ORIGINAL PARA LA OFICINA



ESPACIO PARA NOTAS



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1972

OBANDO  
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57      O+      M  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

03-JUN-1992 LA DORADA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Arbel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARBEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00155462-M-0010180692-20090429      0011164699A 1      1240041946

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.180.692

ATEHORTUA BURITICA

APELLIDOS

JADER

NOMBRES

*Jader Atehortua Buritica*  
FIRMA





Yo Jader Atehortúa Buitrago, mayor de edad, domiciliado en Soacha, nacido el día 10 del mes 12 del año 1972, con 44 años cumplidos, identificado con CC No. 10180692 de La Dorada, Dirección de residencia K18 9A-89 Teléfono: 450900, en mi calidad de Asegurado principal declaro que:

1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No sufro actualmente de dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-SIDA; tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones; enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares; lupus, artritis reumatoidea o enfermedades del colágeno similares; vrices del esófago; trombosis o derrame cerebral; tromboflebitis, enfermedades de la sangre; enfermedades del páncreas; trasplantes; obesidad.
3. No he sido sometido ni se me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades anunciadas anteriormente o a dolencias directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud.
5. No tengo limitación física ni mental alguna.
6. Tanto mis actividades y ocupaciones como mi trabajo han sido y son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. No he sido indiciado, sindicado ni condenado por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio). De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A., para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas por Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio).

Nombre de mi E.P.S. SANTOS Nombre de mi medicina prepagada \_\_\_\_\_

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 5 días del mes de 09 del año 2017

EL SIGUIENTE ESPACIO SOLO APLICA PARA CRÉDITOS ASEGURADOS SOBRE EL VALOR DESEMBOLSADO (Libranza -excepto Hipotecarias- y créditos de vehículo administrados en sistema FINCAR y FINLEA de Confinanciera)

BENEFICIARIOS DEL SEGURO			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	CALIDAD	PARTICIPACIÓN
BANCO DAVIVIENDA S.A.		ONEROSO	Plazo de salud y/o invalidez, sin excluir el valor asegurado vigente
<u>Delcy Valencia Grisoldo</u>	<u>Esposo</u>	<u>Libre</u>	<u>34</u>
<u>Andrés E Atehortúa Valencia</u>	<u>Hijo</u>	<u>Libre</u>	<u>33</u>
<u>Marcelan Jairo Atehortúa Valencia</u>	<u>Hijo</u>	<u>Libre</u>	<u>33</u>

**IMPORTANTE**

Esta Declaración debe ser diligenciada en su totalidad por el solicitante.

**NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO Y ABSTÉNGASE DE FIRMAR SI SUS CONDICIONES NO CORRESPONDEN EXACTAMENTE A LO ENUNCIADO.**

Una vez cumplidos los 70 años de edad, cesará la cobertura de Incapacidad Total y permanente.

Durante el primer año de vigencia de la póliza, no hay cobertura para muerte o Incapacidad Total y Permanente por Suicidio, intento de suicidio, VIH o SIDA.



huella índice derecho

*[Handwritten Signature]*

Firma del Asegurado principal  
C.C. 10180692

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO POR LA OFICINA

¿El solicitante tiene actualmente préstamos con el Banco?

Cuántia:

Indique el valor total de los nuevos créditos aprobados:

Línea de crédito:

S

RINCON TRIANA MARIA ANGELICA

37.270.284

Vo.Bo. Asesor o informador

Nombre Asesor o informador

Oficina trámite



CMCPAEZ  
SL012

BANCO DAVIVIENDA  
CARTERA \*\* FM-2000  
CONSULTA DE LA INFORMACIÓN DE UN PRÉSTAMO

2018/05/28  
17:10:30



PRESTAMO 05900475500143122  
NO TIENE DCTO. AUTOMATICO

NRO.DE IDENTIF.	10180692	AGCIA.	04755	PUERTA GRANDE
PRODUCTO	00596	SUCURSAL	BOGOTA D.C	
PLAN DE AMORTIZACION	02597	ATEHORTUA BURITICA JADER		
CALIFICACION CARTERA	NORMAL	CX FIJ NORMAL <71 EXC DESEM2		
DIAS DE MORA	00070	CX FIJO DTF NORMAL		
TASA INICIAL	24,6000%	PLAZO	00096 MESES	
TASA INT CTE	S 23,6500%	APERT.	2017/09/07	DESEMB. 2017/09/07
TASA INT MORA	S 30,6000%	MORA DESDE	2018/03/19	
PAGO.MINI.VCTO	725.478,09	FECHA PRÓX. VENCIMIENTO	2018/06/19	
VR PAG.MINI.HOY	563.074,93	ULTIMO PROCESO	2018/05/28	
		ABONO EXTRA.	NO TIENE	
		TOTAL INT. MORA	1.374,49	

VR. ORIGINAL	6.648.088,00	
SALDO A HOY	7.036.750,44	
SALDO EN MORA	561.700,44	
SALDO AL VCTO	6.917.374,46	2018/05/19

F3=Salir



CONSULTA TITULARES DEL PRESTAMO

05900475500143122

1=Consulta Titulares 2=Seguros x cliente

X Identificacion	Nombre	Edad	Seguro Desemp.
01 0000010180692	ATEHORTUA BURITICA JADER	045	SI

Final

OPCIÓN 07 |  
 NUMERO DE PRESTAMO 0590047 |

F3=Salir



# DAVIVIENDA

Bogotá, 28 días del mes de Mayo del año 2018.

Doctor(a)

**MARCELA RAMÍREZ RUBIANO**

Jefe Dpto. Nacional de Indemnizaciones seguros de vida

SEGUROS BOLIVAR

La Ciudad

Asunto: Solicitud de Indemnización por concepto de fallecimiento.

Me permito remitir, los soportes del reclamo radicado por concepto de indemnización del cliente:

**ATEHORTUA BURITICA JADER**

**10.180.692**

Tipo: Crediexpress Fijo Producto: 05900475500143122 Valor: \$6.676.733

Cordialmente,

**SANDRA PATRICIA LOPEZ**

Departamento de Operaciones de Cartera

*Anexos: Forma B-117, Registro de Defunción y/o Historia Clínica, Asegurabilidad (SI APLICA), Copia de la Cédula, Imágenes de Productos, Certificación de saldos.*

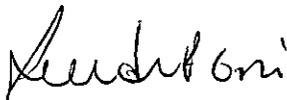
**BANCO DAVIVIENDA S.A****CERTIFICA QUE:**

El Crediexpress Fijo número 05900475500143122 del cual es titular el cliente ATEHORTUA BURITICA JADER con identificación No. 10.180.692, presenta el siguiente saldo a la fecha del fallecimiento :

<b>NUMERO DE PRODUCTO VIGENTE:</b>	05900475500143122
<b>FECHA DE DESEMBOLSO INICIAL:</b>	07 septiembre 2017
<b>NORMALIZADO :</b>	NO
<b>VALOR ORIGINAL :</b>	\$ 6,648,088.00
<b>NOMBRE DEL DEUDOR :</b>	ATEHORTUA BURITICA JADER
<b>NUMERO DE IDENTIFICACION :</b>	10.180.692
<b>FECHA DE SINIESTRO :</b>	19 febrero 2018
<b>SALDO PESOS :</b>	\$ 6.676.732,91
<b>SALDO UVR :</b>	NO APLICA
<b>HONORARIOS CERTIFICADOS :</b>	NO
<b>ASEGURABILIDAD :</b>	100,00%

La presente certificación se expide a los 28 días del mes de Mayo del año 2018.

Cordialmente,



Departamento de Operaciones de Cartera

Cristina P.

20185643

7258922



DNI-SV- 7387320  
Bogotá, 30 de agosto de 2018

Señora  
DEICY VALENCIA  
Carrera 18 # 9 A- 89 Torre 10 Apt 304  
TELEFONO: 3294262115  
Soacha, Cundinamarca

**Referencia:**            **Asegurado : JADER ATEHORTUA BURITICA**  
                                 **Reclamo : 35200000217**  
                                 **Póliza : GR- 3520202706701**

Apreciado señor:

En atención a la documentación presentada para que sea estudiada solicitud por la cobertura de Vida, nos permitimos informar que nos encontramos realizando la verificación de la documentación aportada, una vez se realice la correspondiente verificación se informará la definición a su solicitud.

Atentamente,

**DEPARTAMENTO DE INDEMNIZACIONES**  
**SEGUROS DE VIDA**



NIT. 800.101.399-9

# ORDEN DE TRANSPORTE



\* 19972516 \*

Valor Declarado	Dice Contener	Peso	Valor del Servicio \$	Ciudad Origen <i>Bogota</i>	Ciudad Destino <i>Medellin</i>
<b>REMITENTE</b> NOMBRE ENTIDAD <del>SEGUROS BOLMAR</del> DEPENDENCIA <del>3250-1-INDENIZACIONES VI</del> NOMBRE DEL REMITENTE DIRECCIÓN <del>AV DOBADO #68 B 31 PA</del> TELEFONO		<b>DESTINATARIO</b> ENTIDAD DE DESTINO DEPENDENCIA NOMBRE DEL DESTINATARIO <i>Ricardo Valencia</i> DIRECCIÓN <i>CR 18 #9A-89</i> TELÉFONO <i>3294262115</i>		<b>RECIBIDO</b> NOMBRE - C.C.: FIRMA - SELLO: <i>Tore 10 APT 304</i> FECHA HORA	

SOLICITUD ADMITIDA POR:	FECHA	HORA	URGENTE: <input type="checkbox"/>	HOY: <input type="checkbox"/>	MAÑANA: <input type="checkbox"/>
-------------------------	-------	------	-----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------

Este acuerdo se rige por la Ley Postal 1369/2009 y decretos reglamentarios Lic. No. 001775/7 de septiembre de 2010

COPIA : REMITENTE



NIT. 800.101.399-9

IMPRESOR POR LEGIS NIT. 800.101.399-9 TEL. 4 253 251 - 2494/02/20

29486



Bogotá, 11 de Octubre de 2018

Señor  
Derly valencia Giraldo  
Andres Atehotua Buritica  
CL 1# 6C- 16 ES  
Teléfono: 7450900  
BOGOTA

**Referencia: Asegurado : JADER ATEHORTUA BURITICA**  
**Reclamo : 35200000217**  
**Póliza : GR- 2801005000001**

Cordial Saludo:

En atención al reclamo que nos han presentado, por el fallecimiento del asegurado citado en referencia , al respecto lamentamos informarles que no procede el pago indemnizatorio por las siguientes razones:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el Tomador/Asegurado está en la obligación de manifestar sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro. El adecuado cumplimiento de esta obligación por parte del tomador permite que la Aseguradora conozca la situación real del riesgo que asume y así calcule el valor de la prima, buscando que se genere el equilibrio propio de la relación contractual.

Así, la solicitud de Seguro en que se declara el estado de salud, determina la validez del consentimiento de la Aseguradora, pues es con base en la buena fe del Asegurado que se otorgan los amparos destinados a proteger una vida que se ha descrito con ciertas características de quien solicitó la protección.

La inexactitud en la declaración de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos vician el consentimiento de la Aseguradora, pues esta asume en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se ha descrito. Esta conducta supone la nulidad relativa del contrato tal como lo establece el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio que dice:

*"ART.1058.- El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el Asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro..."*

Luego de estas consideraciones procedemos a analizar el caso que nos ocupa:



En la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, manifestó:

"

- 1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.*
- 2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.*
- 3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.*
- 4. No tenemos limitación física ni mental alguna... "*

Lamentablemente estas declaraciones no correspondían con el verdadero estado de salud del asegurado, pues de acuerdo con las Historias Clínicas que reposan en la reclamación, se pudo establecer que desde antes de ingresar a la póliza ya se le había diagnosticado hipertensión arterial dislipidemia severa mixta moderada a severa e hiperuricemia; circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Con esta omisión se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad pues de haber conocido estas circunstancias la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.

Por lo anterior la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen el contrato de seguro y lamentablemente debe negar el pago solicitado.

Atentamente,

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE INDEMNIZACIONES  
SEGUROS DE VIDA**



NIT. 800.101.399-9

# ORDEN DE TRANSPORTE



\*20022055\*

Valor Declarado	Dice Contener	Peso	Valor del Servicio \$	Ciudad Origen <b>BOLIVAR</b>	Ciudad Destino <b>BOLIVAR</b>
-----------------	---------------	------	-----------------------	------------------------------	-------------------------------

<b>REMITENTE</b>	NOMBRE ENTIDAD	ENTIDAD DE DESTINO	<b>RECIPIENTE</b>
	DEPENDENCIA <b>BOLIVAR</b>	DEPENDENCIA	
	NOMBRE DEL REMITENTE <b>COLO + INDEMNIZACIONES VI</b>	NOMBRE DEL DESTINATARIO <b>VERLY VALENIA</b>	
	DIRECCION <b>AV DOSADO #63 B01 P4</b>	DIRECCION <b>CI 1 # 6-C 16 ES</b>	
TELEFONO	TELEFONO <b>7450900</b>	FECHA	HORA

SOLICITUD ADMITIDA POR:	FECHA	HORA
-------------------------	-------	------

URGENTE:  HOY:  MAÑANA:

Este acuerdo se rige por la Ley Postal 1369/2009 y decretos reglamentarios Lic. No. 001775/7 de septiembre de 2010



NIT. 800.101.399-9

**COPIA : REMITENTE**

IMPRESO POR LEGIS NIT. 881.041.814-3 TEL: 2 251 233 - 2870/85/79

AUTORIZACION		FACTURA NO.		NOMBRE I.P.S.		CODIGO I.P.S.	
				Clinica La Calera		830106376	
NUMERO CUENTA		CAMA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
37493342		Sala De Recuperacion Cirugia - 4		ATEHORTUA		BURITICA	
No. IDENTIFICACION		EDAD		SEXO		PLAN	
10180692		45 años 4 meses 16 dias		M		POS Contributivo	
GESTANTE		TRIMESTRE		OCUPACION		DIRECCION PACIENTE	
				EMPLEADO(A)		CALLE 1 N 6 C 16 EST	
FECHA Y HORA INGRESO		VIA DE INGRESO		FECHA Y HORA DE EGRESO		VIA DE EGRESO	
22/05/2013 08:46:55		REMITIDO		22/05/2013 14:47:00			
DIAGNOSTICO DE LA COMPLICACION		ESTADO A LA SALIDA		CAUSA BASICA DE LA MUERTE (NOMBRE Y COD.)			
		VIVO					
CIE-VIGENTE		CIE-VIGENTE		CIE-VIGENTE			
NOMBRE DIAGNOSTICO DE INGRESO		COD. CIE-VIGENTE		CAUSA EXTERNA		NOMBRE DIAGNOSTICO DE EGRESO	
PRINCIPAL		K458		ENFERMEDAD GENERAL		PRINCIPAL	
Otras hernias de la cavidad abdominal especificadas, sin obstruccion ni gangrena						Hernia umbilical sin obstruccion ni gangrena	
RELACIONADO 1						K429	
RELACIONADO 2						DISCAPACITADO	
RELACIONADO 3						INCAPACIDAD No	
						04010006230191	
						INCAPACIDAD	
						DESDE 05/16/2017	
						HASTA 05/17/2017	
FECHA Y HORA NACIMIENTO		SEXO		PESO AL NACER		PESO EGRESO	
TALLA		APGAR 5 min		EDAD GESTACIONAL		CONTROL PRENATAL	
DIAGNOSTICO DEL RECIEN NACIDO (Nombre y Cod.)		CAUSA MUERTE (Si ocurrio en las primeras 24 horas)		DESD E		1o. <input type="checkbox"/> 2o. <input type="checkbox"/> 3o. <input type="checkbox"/> NO. <input checked="" type="checkbox"/>	
						FECHA DE MUERTE RECIEN NACIDO	
CIE-VIGENTE		CIE-VIGENTE		CIE-VIGENTE		CIE-VIGENTE	
RESUMEN DE LA HOSPITALIZACION							
<p>PACIENTE ESTUDIADO EN LA CONSULTA EXTERNA POR CUADRO DE HERNIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA SINTOMATICAS POR DOLOR Y CRECIMIENTO PROGRESIVO.</p> <p>LUEGO DE LOS ESTUDIOS PREQUIRURGICOS RESPECTIVOS Y CON EL VISTO BUENO DE ANESTESIOLOGIA, SE HOSPITALIZA Y BAJO ANESTESIA REGIONAL, SE REALIZA HERNIORRAFIA UMBILICAL Y HERNIORRAFIA EPIGASTRICA, PROCEDIMIENTOS QUE CURSAN SIN COMPLICACIONES Y SON BIEN TOLERADOS POR EL ENFERMO.</p> <p>EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO EVOLUCIONA ADECUADAMENTE, POR LO QUE POR MEJORIA, SE DECIDE DAR DE ALTA CON FORMULA DE ANALGESICOS, ORDEN DE CURACION DIARIA DE SU HERIDA A PARTIR DE PASADO MAÑANA CON ISODINE SOLUCION Y CITA DE CONTROL EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA GENERAL DR. ALVARO SILVA EL DIA VIERNES 31 DE MAYO DE 2013 A LAS 4 PM EN LA TORRE DE ESPECIALISTAS DE SALUDCOOP, AUTOPISTA NORTE No. 100-74 PISO 8</p> <p>DE PRESENTARSE CUALQUIER EVENTUALIDAD, DEBERA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA JORGE PIÑEROS COPRAS, AUTOPISTA NORTE No. 104-33 PISO 1</p> <p>IGUALMENTE SE EXPIDE INCAPACIDAD LABORAL CORRESPONDIENTE</p>							

<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 5 meses 11 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA		<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972	
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST			
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)		<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549	
<b>Grupo Poblacional:</b>	<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Convenio:</b> Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento			
<b>Dirección IPS:</b> CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria:	830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6539000	
<b>Municipio IPS:</b> La Calera	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 253770101010		
<b>Nombre Acompañante:</b>		<b>Dirección Acompañante:</b>	
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Cama:</b> Sala De Recuperacion Cirugia-4	
<b>Página 1 de 8</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:56:55 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 05/22/2013 8:46		<b>Fecha filtro final:</b> 05/22/2013 16:26	

### EVOLUCION

<b>Fecha Evolución</b>	5/22/2013 2:47:00 PM CIRUGIA GENERAL SILVA A  NOTA OPERATORIA  DX. PREQUIRURGICO HERNIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA DX POSTQUIRURGICO IDEM HALLAZGOS HERNIA UMBILICAL CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APONEUROTICA DE UNOS 12 mm DE DIAMETRO. HERNIA EPIGASTRICA CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APOENUROTICA DE 6 mm DE DIAMETRO PROCEDIMIENTO HERNIORRAFIA UMBILICAL TECNICA DE MAYO/ HERNIORRAFIA EPIGASTRICA TECNICA DE MAYO
<b>Subjetivo</b>	CIRUJANO ALVARO SILVA REDONDO AYUDANTE DANIEL DIAZ ANESTESIOLOGO EDGAR GUSTAVO ROJAS TECNICA ANESTESICA REGIONAL RAQUIDEA INSTRUMENTADORA DIANA VELASQUEZ CUCHIA TIEMPO QUIRURGICO 90 MINUTOS SANGRADO ESCASO COMPLICACIONES QUIRURGICAS NO HERIDA LIMPIA PATOLOGIA NO RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO CIRUGIA GENERAL SILVA A  NOTA OPERATORIA  DX. PREQUIRURGICO HERNIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA DX POSTQUIRURGICO IDEM HALLAZGOS HERNIA UMBILICAL CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APONEUROTICA DE UNOS 12 mm DE DIAMETRO. HERNIA EPIGASTRICA CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APOENUROTICA DE 6 mm DE DIAMETRO PROCEDIMIENTO HERNIORRAFIA UMBILICAL TECNICA DE MAYO/ HERNIORRAFIA EPIGASTRICA TECNICA DE MAYO
<b>Objetivo</b>	CIRUJANO ALVARO SILVA REDONDO AYUDANTE DANIEL DIAZ ANESTESIOLOGO EDGAR GUSTAVO ROJAS TECNICA ANESTESICA REGIONAL RAQUIDEA INSTRUMENTADORA DIANA VELASQUEZ CUCHIA TIEMPO QUIRURGICO 90 MINUTOS SANGRADO ESCASO COMPLICACIONES QUIRURGICAS NO HERIDA LIMPIA PATOLOGIA NO RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

Tipo de Documento: CC Número de Documento: 10180692 Edad: 40 años 5 meses 11 días Sexo: MASCULINO  
Nombre del Afiliado: JADER ATEHORTUA BURITICA Fecha Nacimiento: 10/12/1972  
Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST  
Ocupación: EMPLEADO(A) Teléfono: 7777887 3045886549  
Grupo Poblacional: Pertencia Étnica:  
Convenio: Saludcoop Eps Clinica La Calera - Pos Evento  
Dirección IPS: CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria: 830106376 Teléfono IPS: 6539000  
Municipio IPS: La Calera Cód. habilitación 253770101010 IPS:  
Nombre Acompañante: Dirección Acompañante:  
Teléfono Acompañante: Parentesco: Cama: Sala De Recuperacion Cirugia-4  
Página 2 de 8 Fecha y Hora Impresión: 4/27/2018 8:56:55 AM  
Fecha filtro inicial: 05/22/2013 8:46 Fecha filtro final: 05/22/2013 16:26

**Signos Vitales**

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometria		Saturación			

CIRUGIA GENERAL SILVA A

**NOTA OPERATORIA**

DX. PREQUIRURGICO HERNIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA  
DX POSTQUIRURGICO IDEM  
HALLAZGOS HERNIA UMBILICAL CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APOENUROTICA DE UNOS 12 mm DE DIAMETRO. HERNIA EPIGASTRICA CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APOENUROTICA DE 6 mm DE DIAMETRO  
PROCEDIMIENTO HERNIORRAFIA UMBILICAL TECNICA DE MAYO/ HERNIORRAFIA EPIGASTRICA TECNICA DE MAYO  
CIRUJANO ALVARO SILVA REDONDO  
AYUDANTE DANIEL DIAZ  
ANESTESIOLOGO EDGAR GUSTAVO ROJAS  
TECNICA ANESTESICA REGIONAL RAQUIDEA  
INSTRUMENTADORA DIANA VELASQUEZ CUCHIA  
TIEMPO QUIRURGICO 90 MINUTOS  
SANGRADO ESCASO  
COMPLICACIONES QUIRURGICAS NO  
HERIDA LIMPIA  
PATOLOGIA NO  
RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO  
PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

**Diagnósticos**

**Nombre Diagnóstico** Hernia umbilical sin obstruccion ni gangrena **CIE 10** K429

**Observaciones Diagnóstico**

**Especialista** Alvaro Silva Redondo **Especialidad** Médico

**Nombre Diagnóstico** Otras hernias de la cavidad abdominal especificadas, sin obstruccion ni gangrena **CIE 10** K458

**Observaciones Diagnóstico**

**Especialista** Alvaro Silva Redondo **Especialidad** Médico

**MEDICAMENTOS**

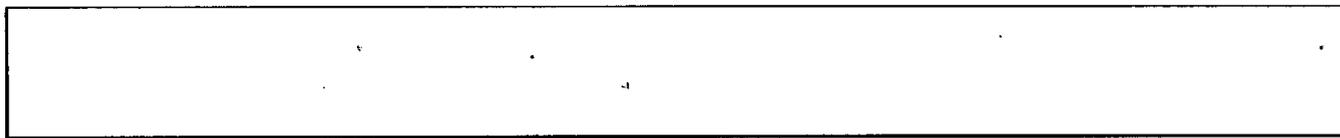
**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD **N.Medicamento** CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)

**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:47:06 **Vía** Tópico **Dosificación** 500 **U. Medida** C.C. **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 5 meses 11 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Saludcoop Eps Clinica La Calera - Pos Evento  
**Dirección IPS:** CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria: 830106376    **Teléfono IPS:** 6539000  
**Municipio IPS:** La Calera    **Cód. habilitación IPS:** 253770101010  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Sala De Recuperacion Cirugia-4  
**Página 3 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:56:55 AM  
**Fecha filtro inicial:** 05/22/2013 8:46    **Fecha filtro final:** 05/22/2013 16:26

**Profesional Que Ordena** Alvaro Silva Redondo    **Especialidad** Médico CIRUGIA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00  
**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334014006

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** ATROPINA SULFATO SOL. INY. x1mg AMP. x1ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:53:46    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 1    **U. Medida** Miligramos    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Olga Lucia Ortiz Salon    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00  
**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334015706

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** BUPIVACAINA CLORHIDRATO PESADA SOL INY X0.5% AMPOULEPACK X4ML (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:53:46    **Vía** Intratecal    **Dosificación** 10    **U. Medida** Miligramos    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Olga Lucia Ortiz Salon    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00  
**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334015719

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** DIPIRONA SODICA SOL. INY. x1g AMP. x2ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:53:46    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 2,5    **U. Medida** Gramos    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Olga Lucia Ortiz Salon    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 3.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00  
**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334015726

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** LACTATO RINGER (HARTMANN) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)

<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 5 meses 11 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA	<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972		
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST	<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549		
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)	<b>Grupo Poblacional:</b>		
<b>Convenio:</b> Saludcoop Eps Clinica La Calera - Pos Evento	<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Dirección IPS:</b> CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria:	830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6539000	
<b>Municipio IPS:</b> La Calera	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 253770101010	<b>Nombre Acompañante:</b>	
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Dirección Acompañante:</b>	
<b>Página 4 de 8</b>	<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:56:55 AM		<b>Cama:</b> Sala De Recuperacion Cirugia-4
<b>Fecha filtro inicial:</b> 05/22/2013 8:46	<b>Fecha filtro final:</b> 05/22/2013 16:26		

<b>Fecha Medicamento</b> 2013/05/22 14:53:46	<b>Vía</b> Intravenosa	<b>Dosificación</b> 1500	<b>U. Medida</b> C.C.	<b>Periodicidad</b> 1 VEZ
---	------------------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

<b>Profesional Que Ordena</b> Olga Lucia Ortiz Salon	<b>Especialidad</b> Médico MEDICINA GENERAL
<b>Suministrado</b> 3.00 <b>Desperdicio</b> 0	<b>Diagnóstico</b>
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Andrea DelPilar Aguirre Ramos	
FECHA DE EJECUCION: 05/22/2013 15:39:00	
<b>ID Ingreso</b> 37493342	<b>Orden medica:</b> 334015714

**Observaciones Generales:**

<b>Estado</b> EJECUTAD A	<b>N.Medicamento</b> RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)
<b>Fecha Medicamento</b> 2013/05/22 14:53:46	<b>Vía</b> Intravenosa <b>Dosificación</b> 50 <b>U. Medida</b> Miligramo <b>Periodicidad</b> 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

<b>Profesional Que Ordena</b> Olga Lucia Ortiz Salon	<b>Especialidad</b> Médico MEDICINA GENERAL
<b>Suministrado</b> 1.00 <b>Desperdicio</b> 0	<b>Diagnóstico</b>
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Andrea DelPilar Aguirre Ramos	
FECHA DE EJECUCION: 05/22/2013 15:39:00	
<b>ID Ingreso</b> 37493342	<b>Orden medica:</b> 334015723

**Observaciones Generales:**

<b>Estado</b> EJECUTAD A	<b>N.Medicamento</b> CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)
<b>Fecha Medicamento</b> 2013/05/22 15:03:06	<b>Vía</b> Intravenosa <b>Dosificación</b> 500 <b>U. Medida</b> C.C. <b>Periodicidad</b> 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

<b>Profesional Que Ordena</b> Daniel Diaz Sanchez	<b>Especialidad</b> Médico MEDICINA GENERAL
<b>Suministrado</b> 1.00 <b>Desperdicio</b> 0	<b>Diagnóstico</b>
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Andrea DelPilar Aguirre Ramos	
FECHA DE EJECUCION: 05/22/2013 15:39:00	
<b>ID Ingreso</b> 37493342	<b>Orden medica:</b> 334016447

**INSUMOS**

<b>Fecha Orden</b> 5/22/2013 3:26:55 PM	<b>Profesional</b> Andrea Yamile Romero Reyes	<b>Especialidad</b> Auxiliar de enfermería
--	---	--

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** ACIDO POLIGLICOLICO 3/0 75cm - AGUJA REDONDA 1/2 CIRC. x26mm (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

<b>Fecha Orden</b> 5/22/2013 3:26:56 PM	<b>Profesional</b> Andrea Yamile Romero Reyes	<b>Especialidad</b> Auxiliar de enfermería
--	---	--

<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 5 meses 11 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA	<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972		
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST	<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549		
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)	<b>Grupo Poblacional:</b>		
<b>Convenio:</b> Saludcoop Eps Clinica La Calera - Pos Evento	<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Dirección IPS:</b> CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA	<b>Nit IPS Primaria:</b> 830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6539000	
<b>Municipio IPS:</b> La Calera	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 253770101010	<b>Nombre Acompañante:</b>	
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Dirección Acompañante:</b>	<b>Camara:</b> Sala De Recuperacion Cirugia-4
<b>Página 5 de 8</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:56:55 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 05/22/2013 8:46	<b>Fecha filtro final:</b> 05/22/2013 16:26		

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** AGUJA ESPINAL 26G x 3 1/2 in (88mm) (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** AGUJA HIPODERMICA DESECHABLE ESTERIL 23G x 1 1/2in (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** CANULA NASAL PARA OXIGENO ADULTO (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** CATETER INTRAVENOSO 18G x 1 1/4 in (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** CUCHILLAS BISTURI DESECHABLE No. 15 (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** ELECTRODO MONITOREO ADULTO (UND) [UNIDAD] Cantidad: 3

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 5 meses 11 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA		<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972	
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST			
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)		<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549	
<b>Grupo Poblacional:</b>	<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Convenio:</b> Saludcoop Eps Clinica La Calera - Pos Evento			
<b>Dirección IPS:</b> CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA	<b>Nit IPS Primaria:</b> 830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6539000	
<b>Municipio IPS:</b> La Calera	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 253770101010		
<b>Nombre Acompañante:</b>	<b>Dirección Acompañante:</b>		
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Cama:</b> Sala De Recuperacion Cirugia-4	
<b>Página 6 de 8</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:56:55 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 05/22/2013 8:46		<b>Fecha filtro final:</b> 05/22/2013 16:26	

**Insumo** EQUIPO DE MACROGOTEO VENOCISIS (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** EXTENSION PARA ANESTESIA DESECHABLE- M/H (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GASA PRECORTADA ESTERIL 3pug x 3pulg (7.5cm x 7.5cm) (UND) [UNIDAD] Cantidad: 35

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GUANTE ESTERIL No 7 (PAR) [PAR] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GUANTE ESTERIL No 7 1/2 PAR (PAR) [PAR] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GUANTES ESTERIL No 6 1/2 (PAR) [PAR] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GUANTES ESTERIL No 8 PAR (PAR) [PAR] Cantidad: 2

<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 5 meses 11 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA		<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972	
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST			
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)		<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549	
<b>Grupo Poblacional:</b>	<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Convenio:</b> Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento			
<b>Dirección IPS:</b> CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria:	830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6539000	
<b>Municipio IPS:</b> La Calera	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 253770101010		
<b>Nombre Acompañante:</b>		<b>Dirección Acompañante:</b>	
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Cama:</b> Sala De Recuperacion Cirugia-4	
<b>Página 7 de 8</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:56:55 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 05/22/2013 8:46		<b>Fecha filtro final:</b> 05/22/2013 16:26	

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** JERINGA 10ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** JERINGA 5ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** LAPIZ PARA ELECTROBISTURI (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** LLAVES TRES VIAS DESECHABLE (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** POLIPROPILENO 0 75cm - AGUJA REDONDA 1/2 CIRC. x26mm - 27mm (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

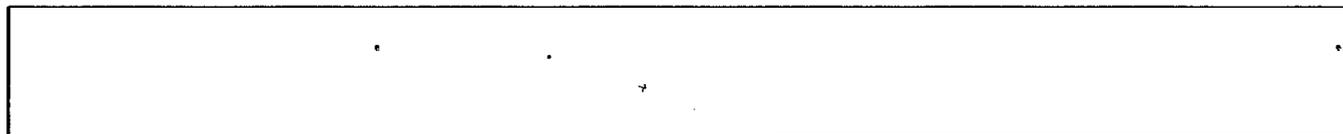
Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes Especialidad: Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** POLIPROPILENO 3/0 45cm - AGUJA CORTANTE 3/8 CIRC. x24mm (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 5 meses 11 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento  
**Dirección IPS:** CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6539000  
**Municipio IPS:** La Calera    **Cód. habilitación IPS:** 253770101010  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Sala De Recuperacion Cirugia-4  
**Página 8 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:56:55 AM  
**Fecha filtro inicial:** 05/22/2013 8:46    **Fecha filtro final:** 05/22/2013 16:26

**Estado** EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Andrea Yamile Romero Reyes

**Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS**

**Especialidad Procedimiento** CIRUGIA GENERAL

**Fecha** 5/22/2013 2:50:08 PM    **Estado** PENDIENTE    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico** BÁSICA

**Nombre Procedimiento** CIRUGIA GENERAL CONSULTA    **Periodicidad**

CITA DE CONTROL EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA GENERAL DR. ALVARO SILVA EL DIA VIERNES 31 DE MAYO DE 2013 A LAS 4 PM EN LA TORRE DE ESPECIALISTAS DE SALUDCOOP, AUTOPISTA NORTE No. 100-74 PISO 8

**Observación**

DE PRESENTARSE CUALQUIER EVENTUALIDAD, DEBERA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA JORGE PIÑEROS COPRAS, AUTOPISTA NORTE No. 104-33 PISO 1

**Especialista** Alvaro Silva Redondo

**Especialidad** Médico CIRUGIA GENERAL

Teléfono de contacto profesional:



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 2 meses 17 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C.    **Cód. habilitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Observación 1-13  
**Página 1 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35    **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

**NOTAS DE ENFERMERIA**

**Fecha Nota** 2/27/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 6:05:00 PM  
**Nota de enfermería** INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE OBSERVACION DE URGENCIAS ALERTA HIDRATADO CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS LO DEJAN CON DX DE COLECISTITIS ???, SE UBICA EN CAMILLA SE CANALIZA VENA PERIFERICA YELCO 18 SE INICIA SOLUCION SALINA A 100 CC HORA , SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS PACIENTE QUEDA EN PROCESO DE REMISION PACIENTE SIN VIA ORAL POR DIAGNOSTICO  
**Especialista** Sol Mery Silva Gutierrez    **Especialidad** Auxiliar de enfermería  
**Fecha Nota** 2/27/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 6:58:00 PM  
**Nota de enfermería** ENTREGO PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS AKERTA ACTIVO AFEBRIL CON DX DE COLECISTITIS???, PACIENTE CON LIQUIDOS PERMEABLES SOLUCION SALINA A 100 CC HORA PENDIENTE REMISION  
**Especialista** Sol Mery Silva Gutierrez    **Especialidad** Auxiliar de enfermería  
**Fecha Nota** 2/27/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 7:00:00 PM  
**Nota de enfermería** Recibo paciente en observacion adulto acostado en camilla con medidas de seguridad alerta al llamdo, conciente oprientado, afebril con Dx Colecistitis interrogado, con vena canalizada en miembro superior izquierdo pasando SSN a 100 cc por hora, pendiente revaloracion medica.  
**Especialista** Erika Judith Rodriguez Onofre    **Especialidad** Auxiliar de enfermería  
**Fecha Nota** 2/27/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 7:05:00 PM  
**Nota de enfermería** PENDIENTE TOMA DE ECOGRAFIA HEPATOBILIAR.  
**Especialista** Erika Judith Rodriguez Onofre    **Especialidad** Auxiliar de enfermería  
**Fecha Nota** 2/27/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 8:22:00 PM  
**Nota de enfermería** SE REALIZA CONTROL DE SIGNOS VITALES  
 TA 155/108 TAM 116  
 FC 62 X MIN  
 FR 20 X MIN  
 SPO2 97%  
 Tº 36.5º  
 SE INFORMA A DOCTOR SANCHEZ  
**Especialista** Erika Judith Rodriguez Onofre    **Especialidad** Auxiliar de enfermería  
**Fecha Nota** 2/27/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 9:41:00 PM  
**Nota de enfermería** Es valorado por el Dr Alirio Sanchez, quien continua con igual manejo medico.  
**Especialista** Erika Judith Rodriguez Onofre    **Especialidad** Auxiliar de enfermería  
**Fecha Nota** 2/27/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 10:42:00 PM  
**Nota de enfermería** Jefe administra medicamento segun orden y recomendacion medica.  
**Especialista** Erika Judith Rodriguez Onofre    **Especialidad** Auxiliar de enfermería  
**Fecha Nota** 2/28/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 12:43:00 AM  
**Nota de enfermería** Paciente acostado despierto alerta, sin cambios gasta el momento.  
**Especialista** Erika Judith Rodriguez Onofre    **Especialidad** Auxiliar de enfermería  
**Fecha Nota** 2/28/2013 12:00:00 AM    **Hora Nota** 1/1/1900 1:21:00 AM  
**Nota de enfermería** Llega ambulancia para trasladar paciente para la clinica San Jose Centro, sale paciente acostado en camilla con medidas de seguridad alerta al llamado, conciente , orientado, tranquilo, con Dx Colecistitis interrogada, sale con liquidos permeables, en compañía de familiar y auxiliar de ambulancia.,  
**Especialista** Erika Judith Rodriguez Onofre    **Especialidad** Auxiliar de enfermería



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 2 meses 17 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C.    **Cód. habilitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:**    **Observación 1-13**  
**Página 2 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35    **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

**EVOLUCION**

**Fecha Evolución** 2/27/2013 4:22:00 PM  
**Subjetivo** SE ME ROMPIO LA INYECCION  
**Objetivo** SIN CAMBIOSQ

**Signos Vitales**

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometria		Saturación			

**Análisis** SE TRATA DE PACIENTE CON EPIOGASTRALGIA, SE FORMULO RQNITIDINA PERO SE ROMPIO POR ACCIDENTE, SE REFORMULA

**Diagnósticos**

**Nombre Diagnóstico** Colecistitis aguda    **CIE 10**    K810

**Observaciones Diagnóstico**

**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico

**Nombre Diagnóstico** Dolor abdominal localizado en parte superior    **CIE 10**    R101

**Observaciones Diagnóstico**

**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico

**Fecha Evolución** 2/27/2013 5:44:00 PM  
**Subjetivo** PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR, NAUSEAS, NO EMESIS, NIEGA FIEBRE O SINTOMATOLOGIA INFECCIOSA, BUEN PATRON DE SUEÑO.  
**Objetivo** REGULAR ESTADO GENERAL, ALGIDO TA 120/80 FR 18 FC 86 T 37°C, SAT 95% AMBIENTE, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS NORMALES, MUCOSA ORAL HUMEDA, NORMAL, RUIDOS CARDIACOS NORMALES, RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION DE PREDOMINIO EN HIPOCONDRIO DERECHO, MURPHY POSITIVO, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PULSOS NORMALES, MOVILIDAD NORMAL, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW 15/15.

**Signos Vitales**

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometria		Saturación			

**Análisis**

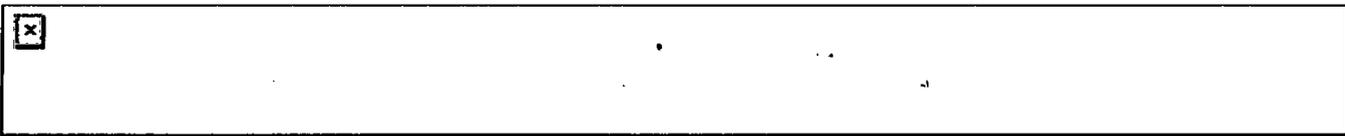
SE TRATA DE PACIENTE CON CLINICA DE DOLOR ABDOMINAL DE PREDOMINIO EN HIPOCONDRIO DERECHO COMPATIBLE CON COLICO BILIAR, EN EL MOMENTO CON LEVE DOLOR, REPORTE DE CH MUESTRA LEVE PROCESO INFLAMATORIO, PMDE O NORMAL, ELEVACION DE BILIRRUBINAS A EXPENSAS DE LA DIRECTA, Y LEVE ELEVACION DE TRANSAMINASAS, NO SIGNIFICATIVA, SE CONSIDERA POSBLE COLECISTITIS, SE DECIDE OBSERVACION Y TRAMITE DE REMISION, SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION CON RODRIGO DIAZ MEDICO ENCARGADO Y JEFE DE TURNO.

**Diagnósticos**

**Nombre Diagnóstico** Colecistitis aguda    **CIE 10**    K810

**Observaciones Diagnóstico**

**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 2 meses 17 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C.    **Cód. habilitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:**    **Observación:** 1-13  
**Página 3 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35    **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

**Fecha Evolución** 2/27/2013 11:35:00 PM  
 PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD  
 CON DIAGNOSTICO DE:

**Subjetivo**  
 1. COLICO BILIAR  
 2. COLECISTITIS CON COLELIATIS

**Objetivo**  
 S/ REFIERE MEJORIA DEL DOLOR ABDOMINAL , NIEGA VOMITO  
 AL EXAMEN FISICO.  
 ALERTA CONCIENTE ORIENTADO AFEBRIL HIDRATADO  
 SV: TA: 115/60 FC: 78 FR: 18 SAT: 98% CON FIO2: 0.21 GLASGOW: 15/15  
 CC: MUCOSA ORAL HUMEDA . PINRAL , CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS  
 CP: RS CS RS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS  
 ABD: LIGERO DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO , NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL  
 GU: NO SE EXPLORO  
 EXT SIN EDEMAS BUENA PERFUSION DISTAL  
 SNC SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR , PARES CRANEANOS CONSERVADOS  
 GLASGOW: 15/15 ROT: ++/++++ FM: 5/5 , NO SIGNOS MENINGEOS

**Signos Vitales**

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometria		Saturación			

**Análisis** PACIENTE ESTABLE , CONTINUA CON IGUAL MANEJO MEDICO Y SE INSISTE EN REMISION A CIRUGIA GENERAL

**Diagnósticos**  
**Nombre Diagnóstico** Calculo de la vesicula biliar con colecistitis aguda    **CIE 10**    **K800**  
**Observaciones Diagnóstico**  
**Especialista** Alirio Alfonso Sanchez Baslanoa    **Especialidad** Médico

**MEDICAMENTOS**

**Observaciones Generales:**  
**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO SOL. INY. X10mg/2ml AMP. x2ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 15:43:00    **Vía** Intramuscular    **Dosificación** 10    **U. Medida** Miligramo s    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Obs. Medicamento**  
**Observaciones Aplic /Susp.**  
**Profesional Que Ordena** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 02/27/2013 18:28:00  
**ID Ingreso** 36738200    **Orden medica:** 320583450



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 2 meses 17 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Télefono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C.    **Cód. habilitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Observación 1-13  
**Página 4 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35    **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 15:43:00    **Vía** Intramuscular    **Dosificación** 50    **U. Medida** Miligramos    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
 PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermería  
 FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:28:00  
**ID Ingreso** 36738200    **Orden medica:** 320583449

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 16:21:16    **Vía** Intramuscular    **Dosificación** 1    **U. Medida** Unidades    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
 PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermería  
 FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:28:00  
**ID Ingreso** 36738200    **Orden medica:** 320589610

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 17:51:06    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 100    **U. Medida** C.C.    **Periodicidad** 1 H

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 5.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
 PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermería  
 FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:28:00  
**ID Ingreso** 36738200    **Orden medica:** 320603960

**Observaciones Generales:**

**Estado** PENDIENTE    **N.Medicamento** CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 17:51:06    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 100    **U. Medida** C.C.    **Periodicidad** 1 H

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 5.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 2 meses 17 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C.    **Cód. habilitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Observación 1-13  
**Página 5 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35    **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

**ID Ingreso** 36738200    **Orden medica:** 320603960

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** HIOSCINA BUTILBROMURO 20mg + DIPIRONA 2.5g SOL. INY. AMP. x5ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 17:51:06    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 1    **U. Medida** Unidades    **Periodicidad** 8 H

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 02/27/2013 18:00:00

**ID Ingreso** 36738200    **Orden medica:** 320603962

**Observaciones Generales:**

**Estado** PENDIENTE    **N.Medicamento** HIOSCINA BUTILBROMURO 20mg + DIPIRONA 2.5g SOL. INY. AMP. x5ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 17:51:06    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 1    **U. Medida** Unidades    **Periodicidad** 8 H

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 02/27/2013 18:00:00

**ID Ingreso** 36738200    **Orden medica:** 320603962

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 17:51:06    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 50    **U. Medida** Miligramos    **Periodicidad** 8 H

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 02/27/2013 18:00:00

**ID Ingreso** 36738200    **Orden medica:** 320603961

**Observaciones Generales:**

**Estado** PENDIENTE    **N.Medicamento** RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/02/27 17:51:06    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 50    **U. Medida** Miligramos    **Periodicidad** 8 H

**Obs. Medicamento**



Tipo de Documento: CC Número de Documento: 10180692 Edad: 40 años 2 meses 17 días Sexo: MASCULINO  
 Nombre del Afiliado: JADER ATEHORTUA BURITICA Fecha Nacimiento: 10/12/1972  
 Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST  
 Ocupación: EMPLEADO(A) Teléfono: 7777887 3045886549  
 Grupo Poblacional: Perteneencia Étnica:  
 Convenio: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
 Dirección IPS: CARRERA 68 NUMERO 15-09 Nit IPS Primaria: 830106376 Teléfono IPS: 6606237  
 Municipio IPS: Bogotá D.C. Cód. habitación IPS: 110010782831  
 Nombre Acompañante: Dirección Acompañante:  
 Teléfono Acompañante: Parentesco: Cama: Observación 1-13  
 Fecha filtro inicial: 02/27/2013 13:35 Fecha filtro final: 02/28/2013 1:28

**Observaciones Aplic /Susp**

Profesional Que Ordena Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL  
 SumInstrado 1.00 Desperdicio 0 Diagnóstico

ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320603961

**ORDENES NO FARMACOLOGICAS**

Fecha Ordenado Feb 27 2013 3:43PM Estado PENDIENTE  
 Recomendaciones Generales de Manejo RANITIDINA 50 MG IM DOSIS UNICA  
 METOCLOPRAMIDA 10 MG IM DOSIS UNICA  
 SE SOLICITA CH, P DE O, AMILASA, FOSFATASA ALLCALINA, TRANSAMINASAS,  
 BILIRRUBINAS  
 CONTROL CON RESULTADOS  
 Periodicidad 1 VEZ  
 ESPECIALISTA QUE ORDENÓ: Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL

Fecha Ordenado Feb 27 2013 5:50PM Estado PENDIENTE  
 Recomendaciones Generales de Manejo OBSERVACION  
 NADA VIA ORAL  
 SSN 0.9% 100 CC HORA  
 RANITIDINA 50 MG VO CADA 8 HORAS  
 DIPIRONA MAS HIOSCINA 1 AMPOLLA CADA 8 HORAS  
 SE SOLICITA ECOGRAFIA HEPATOBILIAR  
 SE INICIA TRAMITE DE REMISION  
 CSV-AC  
 Periodicidad 1 VEZ  
 ESPECIALISTA QUE ORDENÓ: Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL

**INSUMOS**

Fecha Orden 2/27/2013 6:00:17 PM Profesional Yuly Tatiana Ruiz Pinilla Especialidad Jefe de enfermeria  
 Observaciones de la Orden  
 Insumo BURETRA - EQUIPO P/ ADMINISTRACION VOLUMETRICA 150mL (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1  
 Observaciones del Insumo  
 Estado EJECUTADA  
 Profesional que Ejecuto: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla Especialidad: Jefe de enfermeria  
 Fecha Orden 2/27/2013 6:00:17 PM Profesional Yuly Tatiana Ruiz Pinilla Especialidad Jefe de enfermeria  
 Observaciones de la Orden  
 Insumo CATETER INTRAVENOSO 18G x 1 1/4 in (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1  
 Observaciones del Insumo  
 Estado EJECUTADA



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 2 meses 17 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Télefono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C.    **Cód. habitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:**    **Observación** 1-13  
**Página** 7 de 8    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35    **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

**Profesional que Ejecuto:** Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **Especialidad:** Jefe de enfermería  
**Fecha Orden** 2/27/2013 6:00:17 PM    **Profesional** Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **Especialidad** Jefe de enfermería  
**Observaciones de la Orden**  
**Insumo** EQUIPO DE MACROGOTEO VENOCALISIS SIN AGUJA (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1  
**Observaciones del Insumo**  
**Estado** EJECUTADA  
**Profesional que Ejecuto:** Yuly Tatiana Ruiz Pinilla    **Especialidad:** Jefe de enfermería

**AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS**

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** TERAPEUTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** 902210 HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA. HEMATOCRITO. RECUENTO DE ERITROCITOS. INDICES ERITROCITARIOS. LEUCOGRAMA. RECUENTO DE PLAQUETAS. INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** 907106 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** AMILASA    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 2 meses 17 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C.    **Cód. habilitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Observación 1-13  
**Página 8 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35    **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

**Nombre Procedimiento** FOSFATASA ALCALINA    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFE-RASA [TGP-ALT] \*    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS  
**Fecha** 2/27/2013 5:52:03 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** ULTRASONOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** URGENCIAS  
**Fecha** 2/27/2013 3:45:28 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Teléfono de contacto profesional:

<b>Tipo de Documento:</b>	CC	<b>Número de Documento:</b>	10180692	<b>Edad:</b>	44 años 1 meses 12 días	<b>Sexo:</b>	MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b>	JADER ATEHORTUA BURITICA			<b>Fecha Nacimiento:</b>	10/12/1972		
<b>Dirección:</b>	CALLE 1 N 6 C 16 EST			<b>Teléfono:</b>	7777887 3045886549		
<b>Ocupación:</b>	EMPLEADO(A)						
<b>Grupo Poblacional:</b>				<b>Pertenencia Étnica:</b>			
<b>Convenio:</b>	CAFESALUD POS URGENCIAS CENTRO DE ATENCION DE URGENCIAS AV 68 ESIMED - Pos Evento						
<b>Dirección IPS:</b>	Avenida 68 No 13 71	<b>Nit IPS Primaria:</b>	800215908	<b>Teléfono IPS:</b>	6606237		
<b>Municipio IPS:</b>	Bogotá D.C.	<b>Cód. habilitación IPS:</b>	110010485732				
<b>Nombre Acompañante:</b>				<b>Dirección Acompañante:</b>			
<b>Teléfono Acompañante:</b>				<b>Parentesco:</b>			
<b>Página 1 de 2</b>				<b>Cama:</b>	-		
<b>Fecha filtro inicial:</b>	01/23/2017 10:21	<b>Fecha filtro final:</b>	01/23/2017 12:30				
				<b>Fecha y Hora Impresión:</b>	4/27/2018 8:59:48 AM		

**EVOLUCION**

**Fecha Evolución** 1/23/2017 12:17:00 PM  
 1- BURSITIS PREROTULIANA DER.  
 2- HIPERURICEMIA  
 3- HTA

**Subjetivo**  
 Rx RODILLAS COMPARATIVAS: EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EN BURSA PREROTULIANA DERECHA SIN IMAGENES RADIO-OPACAS EN SU INTERIOR, RESTO NORMAL.  
**Objetivo** SE PRESENTA PACIENTE A ORTOPEDISTA DE TURNO INDICA MANEJO POR MEDICINA INTERNA Y ORTOPEDIA EN CONSULTA EXTERNA Y ANALGESIA UNICAMENTE CON ACTM HASTA CONFIRMAR FUNCION RENAL.

**Signos Vitales**

Sístole	132.0000	Diástole	78.0000	TAM	96.0000
FC	78.0000	FR	20.0000	Temperatura	36.6000
Peso	0.0000	Talla	0.0000		
Glucometría	0.0000	Saturación	0.0000		

**Análisis** SE EXPLICA AL PACIENTE EL CUADRO Y SU MANEJO, SE DAN ORDENES DE M. INTERNA Y ORTOPEDIA, SE DA FORMULA CON ACTM Y SE GENERA INCAPACIDAD.

**Diagnósticos**

<b>Nombre Diagnóstico</b>	Otras bursitis prerrotulianas	<b>CIE 10</b>	M704
<b>Observaciones Diagnóstico</b>			
<b>Especialista</b>	Cristian Gustavo Leguizamo Lopez	<b>Especialidad</b>	Médico

**ORDENES NO FARMACOLOGICAS**

**Fecha Ordenado** Jan 23 2017 11:20AM **Estado** PENDIENTE  
**Recomendaciones Generales de Manejo**  
**Periodicidad** 1 VEZ  
**ESPECIALISTA QUE ORDENÓ:** Cristian Gustavo Leguizamo Lopez **Especialidad** Médico URGENCIAS

**AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS**

<b>Especialidad Procedimiento</b>	MEDICINA INTERNA				
<b>Fecha</b>	1/23/2017 12:20:32 PM	<b>Estado</b>	PENDIENTE	<b>Finalidad</b>	DIAGNOSTICO A. Quirúrgico BÁSICA
<b>Nombre Procedimiento</b>	MEDICINA INTERNA CONSULTA			<b>Periodicidad</b>	
<b>Observación</b>					
<b>Especialista</b>	Cristian Gustavo Leguizamo Lopez	<b>Especialidad</b>	Médico URGENCIAS		
<b>Especialidad Procedimiento</b>	ORTOPEDIA				



**Tipo de Documento:** CC **Número de Documento:** 10180692 **Edad:** 44 años 1 meses 12 días **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A) **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:** **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** CAFESALUD POS URGENCIAS CENTRO DE ATENCION DE URGENCIAS AV 68 ESIMED - Pos Evento  
**Dirección IPS:** Avenida 68 No 13 71 **Nit IPS Primaria:** 800215908 **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C. **Cód. habilitación IPS:** 110010485732  
**Nombre Acompañante:** **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:** **Parentesco:** **Cama:** -  
**Página 2 de 2** **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:59:48 AM  
**Fecha filtro inicial:** 01/23/2017 10:21 **Fecha filtro final:** 01/23/2017 12:30

---

**Fecha** 1/23/2017 12:20:32 PM **Estado** PENDIENTE **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico** BÁSICA  
**Nombre Procedimiento** ORTOPEDIA CONSULTA **Periodicidad**  
**Observación**  
**Especialista** Cristian Gustavo Leguizamo Lopez **Especialidad** Médico URGENCIAS

---

**Especialidad Procedimiento** RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

**Fecha** 1/23/2017 11:20:00 AM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** 873420 RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación** COMPARATIVAS.  
**Especialista** Cristian Gustavo Leguizamo Lopez **Especialidad** Médico URGENCIAS

---

**Especialidad Procedimiento** URGENCIAS

**Fecha** 1/23/2017 11:21:16 AM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Cristian Gustavo Leguizamo Lopez **Especialidad** Médico URGENCIAS

---

Teléfono de contacto profesional:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: Hora Ingreso: Número Ingreso: 37493342 N° Historia: 47804488  
Fecha Atención: 22/05/2013 Hora Atención: 01:23 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 22/05/2013 Hora Fin Atención: 01:26 PM Tipo Consulta: Primera Vez Historia de Piso  
IPS Primaria: Dirección IPS: CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA  
Nit IPS Primaria: 800250119 Teléfono IPS: 6539000 Municipio IPS: La Calera Cód. habilitación 2537701010  
IPS:

### Datos Paciente

Nombre: JADER ATEHORTUA BURITICA Tipo Identificación: Cédula Ciudadanía N° Identificación: 10180692  
Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: UNION LIBRE Fecha Nacimiento: 10/12/1972 Edad: 40 años 5 meses 11 días  
Sexo: MASCULINO Ocupación: Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST Teléfono: 7777887  
3045886549  
Acompañante: Teléfono:  
Responsable: Teléfono: Parentesco:  
Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL  
Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

ME VAN A OPERAR

#### Enfermedad Actual

PACIENTE QUE INGRESA PARA REALIZACION DE HERNORRAFIA EPIGASTRICA POR EL DR SILVA  
PACIENTE TRAE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y ANESTESIOLOGIA PREVIA VALORACION DE ANESTESIOLOGO

#### Referencia y Contrareferencia

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	54	Temperatura	36.5
Sístole	124	Talla	
Diástole	91	Peso	
Frecuencia Respiratoria	18	Índice de Masa Corporal	
Saturación	97	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	102		

### Impresión Diagnóstica

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL** Otras hernias de la cavidad abdominal especificadas, sin obstruccion ni gangrena  
**Código CIE10** K458  
**Tipo de Diagnóstico** CONFIRMADO REPETIDO  
**Observación**

**Recomendaciones** SE PREPARA PARA SU TRASLADO A SALAS DE CIRUGIA

### Medicamentos

Medicamento	IBUPROFENO TAB. x400mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 12 Horas durante 10 día(s)
Observaciones	
Medicamento	ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)
Posología	Tomar 2 tableta(s) cada 8 Horas durante 10 día(s)
Observaciones	

### Incapacidad

**Fecha Inicial** 2013/05/22  
**Fecha Final** 2013/05/30  
**Duración (Días)** 9

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: Hora Ingreso: Número Ingreso: 37493342 N° Historia: 47804488  
Fecha Atención: 22/05/2013 Hora Atención: 01:23 PM Ambito de Realización: AMBULATORIO  
Fecha Fin Atención: 22/05/2013 Hora Fin Atención: 01:26 PM Tipo Consulta: Primera Vez Historia de Piso  
IPS Primaria: Dirección IPS: CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA  
Nit IPS Primaria: 800250119 Teléfono IPS: 6539000 Municipio IPS: La Calera Cód. habilitación 2537701010  
IPS:

**Tipo** Ambulatoria Quirúrgica  
**Concepto** Enfermedad General  
**Código CIE10** K429  
**Nombre Diagnóstico** Hernia umbilical sin obstrucción ni gangrena  
**Observación**

### Plan Terapéutico

### Información IPS

Nombre IPS: Saludcoop Eps Clinica La Calera  
Profesional: Daniel Diaz Sanchez Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL  
Registro Médico: 80097841 Identificación Profesional:  
Telefono de contacto:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	28030728	N° Historia:	36732144
Fecha Atención:	25/06/2011	Hora Atención:	10:44 AM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	25/06/2011	Hora Fin Atención:	10:52 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Edad:	38 años 6 meses 14 días
Acompañante:		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST	Teléfono:	7777887 3045886549
Responsable:		Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

DIARREA

#### Enfermedad Actual

CUADRO CLINICO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE MALESTAR GENERAL Y GASTROINTESTINAL, ASTENIA, ADINAMIA, HIPOREXIA, ESCALOFRIOS, FIEBRE SUBJETIVA, CEFALEA GLOBAL, DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, EMESIS # 1 CONTENIDO ALIMENTARIO, DEPOSICIONES LIQUIDAS #5 FETIDAS, CON MOCOC, CON SANGRE, NIEGA OTROS

#### Referencia y Contrareferencia

### Revisión por Sistemas

Sistema	Nombre Variable	Observación
Gastrointestinal		Diarrea
		Dolor abdominal

*No refiere ningún otro sistema*

#### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	75	Temperatura	37
Sístole	110	Talla	
Diástole	70	Peso	
Frecuencia Respiratoria	17	Índice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	83.3333		

### Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
NORMOCEFALO		
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	OTOSCXOPIA BILATERAL NORMAL
OTOSCXOPIA BILATERAL NORMAL		
c. Oído	Nombre Variable	Normal
	Observación	OTOSCOPIA BIALTERAL NORMAL
OTOSCOPIA BIALTERAL NORMAL		
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	28030728	N° Historia:	36732144
Fecha Atención:	25/06/2011	Hora Atención:	10:44 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	25/06/2011	Hora Fin Atención:	10:52 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

g. Torax	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD NO TIRAJES
SIMETRICO, ADECUADA EXPANSIBILIDAD NO TIRAJES		
i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	RSIS+++ BLANDO, DEPRESIBLE NO MASAS NO PERITONISMO
RSIS+++ BLANDO, DEPRESIBLE NO MASAS NO PERITONISMO	<b>Nombre Variable</b>	Anormal
	<b>Observación</b>	DOLOR EN MESOGASTRIO
m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
q. Examen mental	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
r. Aspecto General	<b>Nombre Variable</b>	Hidratado
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Buen aspecto general
	<b>Observación</b>	

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Parasitosis intestinal, sin otra especificacion
<b>Código CIE10</b>	B829
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	

### Recomendaciones

-LO MAS IMPORTANTE PARA LA MEJORIA DE SINTOMAS ES SEGUIR ADECUADAMENTE LAS RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS, DE TAL FORMA QUE SU ALIMENTO SEA LA MEJOR MEDICACION. ES FUNDAMENTAL TENER UNA HIDRATACION ADECUADA CON EL SUERO ORAL.

-NO PUEDE COMER POR 3 DIAS: GRASAS, FRITOS, LACTEOS, HUEVO, AZUCARES, DULCES, PANELA, GASEOSAS, VERDURAS, GELATINAS, GATORADE, NO PRODUCTOS ACIDOS

-PUEDE COMER SI LO TOLERA: CALDOS (NO SOPAS) CON GALLETAS SALTINAS, CALDO DE PAPA CON POLLO O CARNE BLANDA SIN GRASA, JUGO DE GUAYABA MANZANA Y PERA SIN AZUCAR, ALIMENTOS DE CONSISTENCIA BLANDA COMO: PURE DE PAPA, ARROZ, CARNE MOLIDA, POLLO DESMENUZADO, CARNE DESMECHADA-LAVE BIEN LOS ALIMENTOS Y LAVESE FRECUENTEMENTE LAS MANOS

### Medicamentos

Medicamento	SALES REHIDRATANTES POLVO SOBRE (SOB)
Posología	PREPARAR EL SUERO Y TOMAR A LIBRE DEMANDA
Observaciones	
Medicamento	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO TAB. x10mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas durante 2 día(s)
Observaciones	
Medicamento	HIOSCINA BUTILBROMURO GRAGEA x10mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas durante 3 día(s)
Observaciones	
Medicamento	METRONIDAZOL TAB. x500mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 12 Horas durante 7 día(s)
Observaciones	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	28030728	N° Historia:	36732144
Fecha Atención:	25/06/2011	Hora Atención:	10:44 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	25/06/2011	Hora Fin Atención:	10:52 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

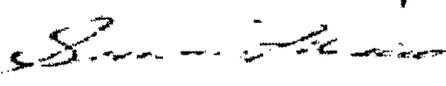
### Incapacidad

Fecha Inicial	2011/06/25
Fecha Final	2011/06/25
Duración (Días)	1
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	B829
Nombre Diagnóstico	Parasitosis intestinal, sin otra especificación
Observación	

### Plan Terapéutico

-LO MAS IMPORTANTE PARA LA MEJORIA DE SINTOMAS ES SEGUIR ADECUADAMENTE LAS RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS, DE TAL FORMA QUE SU ALIMENTO SEA LA MEJOR MEDICACION. ES FUNDAMENTAL TENER UNA HIDRATACION ADECUADA CON EL SUERO ORAL.  
-NO PUEDE COMER POR 3 DIAS: GRASAS, FRITOS, LACTEOS, HUEVO, AZUCARES, DULCES, PANELA, GASEOSAS, VERDURAS, GELATINAS, GATORADE, NO PRODUCTOS ACIDOS  
-PUEDE COMER SI LO TOLERA: CALDOS (NO SOPAS) CON GALLETAS SALTINAS, CALDO DE PAPA CON POLLO O CARNE BLANDA SIN GRASA, JUGO DE GUAYABA MANZANA Y PERA SIN AZUCAR, ALIMENTOS DE CONSISTENCIA BLANDA COMO: PURE DE PAPA, ARROZ, CARNE MOLIDA, POLLO DESMENUZADO, CARNE DESMECHADA-LAVE BIEN LOS ALIMENTOS Y LAVASE FRECUENTEMENTE LAS MANOS

### Información IPS

 Nombre IPS: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop

Profesional:	Sandra Arevalo Niño	Especialidad Profesional:	URGENCIAS
Registro Médico:	52347608	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	28910487	N° Historia:	37667677
Fecha Atención:	20/08/2011	Hora Atención:	10:34 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	20/08/2011	Hora Fin Atención:	11:00 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:				Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Edad:	38 años 8 meses 9 días
		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST	Teléfono:	7777887 3045886549
Acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Responsable:		Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

TENGO DOLOR EN EL TOBILLO!

#### Enfermedad Actual

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE UN DIA DE EVOLUCION CARACTERIZDO POR DOLOR Y EDEMA EN TOBILLO IZQUIERDO, NIEGA CONTUSION O TRAUMA, REFIERE ANTECEDENTE DE HIPERURICEMIA TRATADA CON HALOPURINOL.

#### Referencia y Contrareferencia

### Antecedentes Personales

Descripción	Nombre Antecedente	Observaciones
Toxicológico	No refiere	
Quirúrgicos	No refiere	
Patológicos Crónicos	Otra	
	Fecha	2011/08/20
	Observaciones	HIPERURICEMIA DESDE HACE 3 AÑOS

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	77	Temperatura	36.7
Sístole	110	Talla	
Diástole	70	Peso	
Frecuencia Respiratoria	18	Índice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	83.3333		

### Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	
c. Oído	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA NO EXUDADOS
MUCOSA ORAL HUMEDA NO EXUDADOS		

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	28910487	N° Historia:	37667677
Fecha Atención:	20/08/2011	Hora Atención:	10:34 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	20/08/2011	Hora Fin Atención:	11:00 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:				Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

g. Torax	<b>Nombre Variable</b>	Normal	
	<b>Observación</b>		RS CS RS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO SOBREGREGADOS
RS CS RS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR PRESENTE NO SOBREGREGADOS			
i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b>	Normal	
	<b>Observación</b>		BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOR, PERISTALSIS POSITIVA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOR, PERISTALSIS POSITIVA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL			
l. Extremidades Superiores	<b>Nombre Variable</b>	Normal	
	<b>Observación</b>		
m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b>	Normal	
	<b>Observación</b>		LEVE DOLOR A LA PALPACION DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO IZQUEIRDO, SIN SIGNOS DE ENFERMEDA TOFACEA.
LEVE DOLOR A LA PALPACION DE MALEOLO EXTERNO DE TOBILLO IZQUEIRDO, SIN SIGNOS DE ENFERMEDA TOFACEA.			
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b>	Normal	
	<b>Observación</b>		
o. Osteomuscular	<b>Nombre Variable</b>	Normal	
	<b>Observación</b>		
p. Piel y faneras	<b>Nombre Variable</b>	Normal	
	<b>Observación</b>		
r. Aspecto General	<b>Nombre Variable</b>	Hidratado	
	<b>Observación</b>		
	<b>Nombre Variable</b>	Normal	
	<b>Observación</b>		

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea
<b>Código CIE10</b>	E790
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	

### Recomendaciones

#### Medicamentos

Medicamento	DICLOFENACO SODICO SOL. INY. x75mg/3ml. AMP. X3ml. IV/IM (AMP)
Posología	APLICAR UNA AMPOLLA IM AHORA
Observaciones	
Medicamento	HALOPERIDOL TAB. x5mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 12 Horas durante 4 día(s)
Observaciones	
Medicamento	NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas durante 5 día(s)
Observaciones	
Medicamento	COLCHICINA TAB. x0.5mg (TAB)

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: Hora Ingreso: Número Ingreso: 28910487 N° Historia: 37667677  
Fecha Atención: 20/08/2011 Hora Atención: 10:34 AM Ambito de Realización: URGENCIAS  
Fecha Fin Atención: 20/08/2011 Hora Fin Atención: 11:00 AM Tipo Consulta: Historia Urgencias  
IPS Primaria: Dirección IPS: CARRERA 68 NUMERO 15-09  
Nit IPS Primaria: 800250119 Teléfono IPS: 6606237 Municipio IPS: Bogotá D.C. Cód. habilitación IPS: 110010782831

Posología Tomar 2 tableta(s) cada 6 Horas durante 2 día(s)  
Observaciones

### Incapacidad

Fecha Inicial 2011/08/20  
Fecha Final 2011/08/20  
Duración (Días) 1  
Tipo Ambulatoria No Quirúrgica  
Concepto Enfermedad General  
Código CIE10 E790  
Nombre Diagnóstico Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea  
Observación

### Plan Terapéutico

PACIENTE HEMODINAMENTE ESTABLE HIDRATAD AFEBRIL NO SINGOS DE RESPUESTA INFALMATOORIA SISTEMICA SALDIA CON MANEJO AMBULATORIO CONTORL POR CONSULTA EXTERNA SINGOS DE ALARMA

### Información IPS

 Nombre IPS: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop  
Profesional: Stefania Pareja Moreno Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL  
Registro Médico: 1046872142 Identificación Profesional:  
Telefono de contacto:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	30973597	N° Historia:	39965380
Fecha Atención:	12/01/2012	Hora Atención:	05:18 PM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	12/01/2012	Hora Fin Atención:	05:41 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Edad:	39 años 1 meses 1 días
Acompañante:		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST	Teléfono:	7777887 3045886549
Responsable:		Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

DOLOR EN RODILLA

#### Enfermedad Actual

REFIERE DE 2 DÍAS DOLOR Y EDEMA DE RODILLA DERECHA QUE LIMITA LA MARCHA , NIEGA TRAUMATISMOS ASOCIADOS.

#### Referencia y Contrareferencia

### Antecedentes Personales

Descripción	Nombre Antecedente	Observación
Toxicológico		No refiere
Quirúrgicos		No refiere
Patológicos Crónicos		Otra
	Fecha	2012/01/12
	Observaciones	HIPERURICEMIA DESDE HACE 3 AÑOS

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	78	Temperatura	36.7
Sístole	110	Talla	
Diástole	70	Peso	
Frecuencia Respiratoria	18	Índice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	83.3333		

### Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	
c. Oído	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	30973597	N° Historia:	39965380
Fecha Atención:	12/01/2012	Hora Atención:	05:18 PM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	12/01/2012	Hora Fin Atención:	05:41 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

g. Torax	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
h. Cardiovascular	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
l. Extremidades Superiores	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Anormal EDEMA EN RODILLA DERECHA ASOCIADO A CALOR Y RUBOR
EDEMA EN RODILLA DERECHA ASOCIADO A CALOR Y RUBOR		
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Movimientos espontáneos normales	Baluceos	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Dolor en articulación
<b>Código CIE10</b>	M255
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	CONFIRMADO NUEVO
<b>Observación</b>	
<b>Recomendaciones</b>	SE EXPLICNA SINTOMAS DE ALARMA PARA RECONSULTAR

### Medicamentos

Medicamento	DEXAMETASONA FOSFATO SOL. INY. x8mg AMP. x2ml (AMP)
Posología	APLICAR 1 AMPOLLA IM CADA 24 HORAS POR 3 DÍAS
Observaciones	
Medicamento	ALOPURINOL TAB. x300mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 24 Horas durante 10 día(s)
Observaciones	
Medicamento	NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas durante 5 día(s)
Observaciones	

### Incapacidad

<b>Fecha Inicial</b>	2012/01/12
<b>Fecha Final</b>	2012/01/13
<b>Duración (Días)</b>	2
<b>Tipo</b>	Ambulatoria No Quirúrgica
<b>Concepto</b>	Enfermedad General
<b>Código CIE10</b>	M255
<b>Nombre Diagnóstico</b>	Dolor en articulación
<b>Observación</b>	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	30973597	N° Historia:	39965380
Fecha Atención:	12/01/2012	Hora Atención:	05:18 PM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	12/01/2012	Hora Fin Atención:	05:41 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono.IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Plan Terapéutico

AMBULATORIO

### Información IPS



Nombre IPS: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68  
Corporacion IPS Saludcoop

Profesional: Alexander Sandoval Amezquita  
Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 411073  
Identificación Profesional:

Teléfono de contacto:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	36738200	N° Historia:	46436541
Fecha Atención: 27/02/2013	Hora Atención: 03:29 PM	Ambito de Realización:	URGENCIAS		
Fecha Fin Atención: 27/02/2013	Hora Fin Atención: 03:45 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias		
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria: 800250119	Teléfono IPS: 6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.	Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Datos Paciente

Nombre: JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación: Cédula Ciudadanía	N° Identificación: 10180692
Tipo Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil: UNION LIBRE	Fecha Nacimiento: 10/12/1972
Sexo: MASCULINO	Ocupación:	Edad: 40 años 2 meses 16 días
	Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST	Teléfono: 7777887 3045886549
Acompañante:	Teléfono:	
Responsable:	Teléfono:	Parentesco:
Finalidad: NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL
Grupo Poblacional:	Pertenencia Étnica:	

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

"DOLOR DEL PECHO DESDE HACE 5 HORAS"

#### Enfermedad Actual

PACIENTE QUE INGRESA POR EL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO DE 5 HORAS DE EVOLUCION DE DOLOR TORACICO TIPO PLEURITICO DE PREDOMINIO EN HEMITORAX DERECHO, REFIERE QUE INCREMENTA CON EL MOVIMIENTO, NIEGA SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, NIEGA SINTOMATOLOGIA INFECCIOSA, NO TRATAMIENTO HASTA EL MOMENTO.

#### Referencia y Contrareferencia

### Antecedentes Personales

Descripción	Nombre Antecedente	Observaciones
Antecedentes Vacunales	Completa	
	Fecha Observaciones	NO TRAE CARNET
Traumáticos	Nombre Antecedente	No refiere
Toxicoalérgico	Nombre Antecedente	No refiere
Patológicas Infecciosas	Nombre Antecedente	No refiere
Quirúrgicos	Nombre Antecedente	No refiere
Congénitos	Nombre Antecedente	No Refiere
Transfusionales	Nombre Antecedente	No refiere
Venéreos	Nombre Antecedente	No refiere
Patológicos Crónicos	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha Observaciones	HIPERURICEMIA DESDE HACE 3 AÑOS
Farmacológicos	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha Observaciones	COCHICINA 1 CADA DIA

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	63	Temperatura	36.5
Sístole	130	Talla	160
Diástole	80	Peso	71
Frecuencia Respiratoria	17	Índice de Masa Corporal	27.73
Saturación	95	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	96.6667		

### Examen Físico

#### Parte del Cuerpo

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	36738200	N° Historia: 46436541
Fecha Atención: 27/02/2013	Hora Atención: 03:29 PM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS	
Fecha Fin Atención: 27/02/2013	Hora Fin Atención: 03:45 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias	
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09	
Nit IPS Primaria: 800250119	Teléfono IPS: 6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.	Cód. habilitación 110010782831 IPS:

a. Cabeza y Cráneo	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
b. Ojos	<b>Nombre Variable</b>	Agudeza visual normal
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
c. Oído	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
d. Boca	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Mucosa oral húmeda
	<b>Observación</b>	
e. Nariz	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
f. Cuello	<b>Nombre Variable</b>	Pulso carotídeo normal
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
g. Torax	<b>Nombre Variable</b>	Ventilación adecuada
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
h. Cardiovascular	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Ruidos cardíacos rítmicos
	<b>Observación</b>	
i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b>	Blumberg negativo
	<b>Observación</b>	
DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.	<b>Nombre Variable</b>	Rs ls normales
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Anormal
	<b>Observación</b>	DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
	<b>Nombre Variable</b>	Blando
	<b>Observación</b>	NO DEFENSA MUSCULAR
	<b>Nombre Variable</b>	Dolor a la palpación
	<b>Observación</b>	DE PREDOMINIO EN HIPOCONDRIO DERECHO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
	<b>Nombre Variable</b>	Puño percusión lumbar negativa
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Morphy
	<b>Observación</b>	DUDOSO
k. Sistema Genital Masculino	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
l. Extremidades Superiores	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	
m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	36738200	N° Historia:	46436541
Fecha Atención:	27/02/2013	Hora Atención:	03:29 PM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	27/02/2013	Hora Fin Atención:	03:45 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
o. Osteomuscular	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
p. Piel y faneras	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
q. Examen mental	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
r. Aspecto General	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Anormal
REGULAR ESTADO GENERAL, ALGIDO.	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	REGULAR ESTADO GENERAL, ALGIDO. Hidratado

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

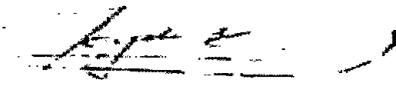
### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Dolor abdominal localizado en parte superior
<b>Código CIE10</b>	R101
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	CONFIRMADO NUEVO
<b>Observación</b>	
<b>DIAGNOSTICO SECUNDARIO</b>	Colecistitis aguda
<b>Código CIE10</b>	K810
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	
<b>Recomendaciones</b>	SE EXPLICA AL PACIENTE DE LA IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS.

### Plan Terapéutico

RANITIDINA 50 MG IM DOSIS UNICA  
 METOCLOPRAMIDA 10 MG IM DOSIS UNICA  
 SE SOLICITA CH, P DE O, AMILASA, FOSFATASA ALLCALINA, TRANSAMINASAS, BILIRRUBINAS  
 CONTROL CON RESULTADOS

### Información IPS

	Nombre IPS: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop
Profesional: Jorge Mario Mesa Romero	Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL
Registro Médico: 80184455	Identificación Profesional:
Telefono de contacto:	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	37664683	N° Historia:	47504061
Fecha Atención: 04/05/2013	Hora Atención: 08:30 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS		
Fecha Fin Atención: 04/05/2013	Hora Fin Atención: 08:46 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias		
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria: 800250119	Teléfono IPS: 6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.	Cód. habilitación	110010782831
				IPS:	

### Datos Paciente

Nombre: JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación: Cédula Ciudadanía	N° Identificación: 10180692
Tipo Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil: UNION LIBRE	Fecha Nacimiento: 10/12/1972
Sexo: MASCULINO	Ocupación:	Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST
		Teléfono: 7777887
		3045886549
Acompañante:	Teléfono:	
Responsable:	Teléfono:	Parentesco:
Finalidad: NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL
Grupo Poblacional:	Pertenencia Étnica:	

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

SE ME INFLAMO LA RODILLA Y TOBILLO

#### Enfermedad Actual

PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTE EN DOLOR CALOR ERITEMA A NIVEL DE RODILLA Y TOBILLO IZQUIERDO QUE LIMITA LA MARCHA PARA LO CUAL INICIA ACETAMINOFEN 500 MG CADA 8 HORAS NOXA NIEGA NO HA SALIDO DE LA CIUDAD EN LOS ULTIMOS 15 DIAS

#### Referencia y Contrareferencia

### Antecedentes Personales

Descripción	Nombre Antecedente	Observaciones
Patológicos Crónicos	Hipertensión Arterial	
	Nombre Antecedente	Fecha
	Observaciones	NIEGA
	Nombre Antecedente	Diabetes Mellitus
	Nombre Antecedente	Fecha
	Observaciones	NIEGA
	Nombre Antecedente	Otra
	Nombre Antecedente	Fecha
	Observaciones	HIPERURICEMIA DESDE HACE 3 AÑOS SIN TRATAMIENTO HACE 3 MESES
Toxicoalérgico	Medicamentosa	
	Nombre Antecedente	Fecha
	Observaciones	NIEGA
Hábitos Saludables	No refiere	
Ocupacionales	No refiere	
Hábitos de Riesgo	No refiere	
Otras	No refiere	
Quirúrgicos	Otra	
	Nombre Antecedente	Fecha
	Observaciones	NIEGA

### Antecedentes Familiares

Nombre Antecedente	Parentesco	Observaciones
Otras	OTROS	
	Observaciones	NIEGA

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	75	Temperatura	36
Sístole	120	Talla	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	37664683	N° Historia:	47504061
Fecha Atención:	04/05/2013	Hora Atención:	08:30 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	04/05/2013	Hora Fin Atención:	08:46 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:				Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

<b>Diástole</b>	70	<b>Peso</b>	71
<b>Frecuencia Respiratoria</b>	18	<b>Índice de Masa Corporal</b>	
<b>Saturación</b>	NO REGISTRO	<b>Glucometría</b>	NO REGISTRO
<b>T.A.M.</b>	86.6667		

### Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable Observación	Normal
b. Ojos	Nombre Variable Observación	Normal PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ
PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ		
c. Oído	Nombre Variable Observación	Normal OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL		
d. Boca	Nombre Variable Observación	Normal FARINGE NORMAL NO PLACAS
FARINGE NORMAL NO PLACAS		
e. Nariz	Nombre Variable Observación	Normal
f. Cuello	Nombre Variable Observación	Normal
g. Torax	Nombre Variable Observación	Ventilación adecuada SIN AGREGADOS NO TIRAJES
	Nombre Variable Observación	Normal
h. Cardiovascular	Nombre Variable Observación	Normal Ruidos cardíacos rítmicos
i. Abdomen	Nombre Variable Observación	Blumberg negativo
	Nombre Variable Observación	Rs ls normales
	Nombre Variable Observación	Normal
	Nombre Variable Observación	Blando DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGALIAS NO DOLOR A LA PALPACION NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
	Nombre Variable Observación	Puño percusión lumbar negativa
	Nombre Variable Observación	Signos de irritación peritoneal AUSENTES
k. Sistema Genital Masculino	Nombre Variable Observación	Normal
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable Observación	Normal

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	37664683	N° Historia:	47504061
Fecha Atención:	04/05/2013	Hora Atención:	08:30 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	04/05/2013	Hora Fin Atención:	08:46 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal NO DEFICIT MOTOR NO SENSITIVO PARES CRANEANOS DEL II AL XII SIN ALTERACION
o. Osteomuscular	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Anormal SE EVIDENCIA ERITEMA CALOR NO FUMEFACCION A NIVEL DE RODILLA Y TOBILLO IZQUIERDO PULSOS PRESENTES BUEN LLENADO CAPILAR
p. Piel y faneras	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
q. Examen mental	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
r. Aspecto General	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Hidratado
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea
<b>Código CIE10</b>	E790
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	CONFIRMADO NUEVO
<b>Observación</b>	

### Recomendaciones

#### Medicamentos

Medicamento	DICLOFENACO SODICO SOL. INY. x75mg/3ml. AMP. X3ml. IV/IM (AMP)
Posología	APLICAR 75 MG IM AHORA
Observaciones	
Medicamento	DEXAMETASONA FOSFATO SOL. INY. x8mg AMP. x2ml (AMP)
Posología	APLICAR 8 MG IM AHORA
Observaciones	
Medicamento	COLCHICINA TAB. x0.5mg (TAB)
Posología	TOMAR 1 TABLETA CADA 4 HORAS
Observaciones	
Medicamento	NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB)
Posología	TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS
Observaciones	

#### Incapacidad

Fecha Inicial	2013/05/04
Fecha Final	2013/05/06
Duración (Días)	3

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: Hora Ingreso: Número Ingreso: 37664683 N° Historia: 47504061  
Fecha Atención: 04/05/2013 Hora Atención: 08:30 AM Ambito de Realización: URGENCIAS  
Fecha Fin Atención: 04/05/2013 Hora Fin Atención: 08:46 AM Tipo Consulta: Historia Urgencias  
IPS Primaria: Dirección IPS: CARRERA 68 NUMERO 15-09  
Nit IPS Primaria: 800250119 Teléfono IPS: 6606237 Municipio IPS: Bogotá D.C. Cód. habilitación IPS: 110010782831

**Tipo** Ambulatoria No Quirúrgica  
**Concepto** Enfermedad General  
**Código CIE10** E790  
**Nombre Diagnóstico** Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea  
**Observación**

### Plan Terapéutico

PACIENTE QUIEN CURSA CON REAGUDIZACION DE GOTA A NIVEL DE RODILLA Y TOBILLO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDA POR LO QUE SE ORDENA ANALGESICO Y URICOSURICO SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

### Información IPS

  
Nombre IPS: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop  
Profesional: Monica Andrea Villa Rojas Especialidad Profesional: URGENCIAS  
Registro Médico: 52954068 Identificación Profesional:  
Telefono de contacto:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	40549753	N° Historia:	50739062
Fecha Atención:	16/12/2013	Hora Atención:	11:53 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	16/12/2013	Hora Fin Atención:	11:59 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
		Edad:	41 años 0 meses 5 días		
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST
				Teléfono:	7777887 3045886549
Acompañante:		Teléfono:			
Responsable:		Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

TENGO DOLOR DE LA GOTA

#### Enfermedad Actual

INGRESA SOLO

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERURICEMIA REFIERE QUE DESDE HACE 3 DIAS PRESENTA DOLOR Y EDEMA EN MANO DERECHA Y PIE IZQUIERDO, HA RECIBIDO TRATAMIENTO CON MEDIDAS CASERAS Y HALOPURINOL SIN MEJORIA DE LOS SINTOMAS POR LO CUAL CONSULTA.

#### Referencia y Contrareferencia

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	80	Temperatura	36.6
Sístole	120	Talla	
Diástole	70	Peso	
Frecuencia Respiratoria	18	Índice de Masa Corporal	
Saturación	94	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	86.6667		

### Examen Físico

#### Parte del Cuerpo

I. Extremidades Superiores	<b>Nombre Variable</b>	Normal
MANO DERECHA LEVE ERITEMA EN MUÑECA	<b>Observación</b>	MANO DERECHA LEVE ERITEMA EN MUÑECA
m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b>	Normal
DOLOR Y ERITEMA EN ARTEJO DERECHO E IZQUIERDO	<b>Observación</b>	DOLOR Y ERITEMA EN ARTEJO DERECHO E IZQUIERDO

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofácea
<b>Código CIE10</b>	E790

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:                      Hora Ingreso:                      Número Ingreso:                      40549753                      N° Historia: 50739062  
Fecha Atención: 16/12/2013                      Hora Atención: 11:53 AM                      Ambito de Realización: URGENCIAS  
Fecha Fin Atención: 16/12/2013                      Hora Fin Atención: 11:59 AM                      Tipo Consulta:                      Historia Urgencias  
IPS Primaria:                      Dirección IPS:                      CARRERA 68 NUMERO 15-09  
Nit IPS Primaria: 800250119                      Teléfono IPS: 6606237                      Municipio IPS:                      Bogotá D.C.                      Cód. habilitación 110010782831  
IPS:

**Tipo de Diagnóstico**                      CONFIRMADO NUEVO  
**Observación**

**Recomendaciones**                      SALIDA

### Medicamentos

Medicamento                      DICLOFENACO SODICO SOL. INY. x75mg/3ml. AMP. X3ml. IV/IM (AMP)  
Posología                      APLICAR 1 AMPOLLA IM AHORA  
Observaciones

Medicamento                      DEXAMETASONA FOSFATO SOL. INY. x8mg AMP. x2ml (AMP)  
Posología                      APLICAR 1 AMPOLLA IM AHORA  
Observaciones

Medicamento                      NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB)  
Posología                      TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS  
Observaciones

Medicamento                      COLCHICINA TAB. x0.5mg (TAB)  
Posología                      TOMAR 1 TABLETA CADA 2 HORAS  
Observaciones

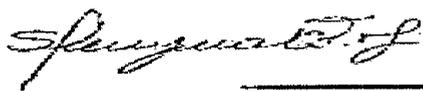
### Incapacidad

**Fecha Inicial**                      2013/12/16  
**Fecha Final**                      2013/12/16  
**Duración (Días)**                      1  
**Tipo**                      Ambulatoria No Quirúrgica  
**Concepto**                      Enfermedad General  
**Código CIE10**                      E790  
**Nombre Diagnóstico**                      Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea  
**Observación**

### Plan Terapéutico

VER FORMULA MEDICA

### Información IPS



Nombre IPS:                      Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68  
Corporacion IPS Saludcoop

Profesional:                      Shellyn Leydi Yaneth Triana Garcia

Especialidad Profesional:                      MEDICINA GENERAL

Registro Médico:                      52452441

Identificación Profesional:

Teléfono de  
contacto:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	42814925	N° Historia:	53159756
Fecha Atención:	17/06/2014	Hora Atención:	11:28 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	17/06/2014	Hora Fin Atención:	11:49 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Datos Paciente

Nombre: JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación: Cédula Ciudadanía	N° Identificación: 10180692
Tipo Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil: UNION LIBRE	Fecha Nacimiento: 10/12/1972
Sexo: MASCULINO	Ocupación:	Edad: 41 años 6 meses 6 días
	Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST	Teléfono: 7777887
		3045886549
Acompañante:	Teléfono:	
Responsable:	Teléfono:	Parentesco:
Finalidad: NO APLICA	Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL	
Grupo Poblacional:	Pertenencia Étnica:	

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

ME DUELE EL DEDO GORDO DEL PIE DERECHO

#### Enfermedad Actual

PACIENTE CON CUADRO CLINICO D EUN DIA CONSISTENTE EN DOLOR EN PRIMER DEDO PIE DERECHO CALOR LOCAL EN ESTE DEDO DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y LA MOVILIZACION DE PIE COMPROMETIDO, COMENTA PACIENTE QUE SUFRE DE A RTITIS GOTOSA, NIEGA FIEBRE, APACIENTE ALGICO CONCIENTE, HIDRATDOA FEBRIL AMBULATORIO

#### Referencia y Contrareferencia

### Revisión por Sistemas

Sistema	Nombre Variable	Dolor óseo
Osteoarticular		

*No refiere ningún otro sistema*

### Antecedentes Personales

Descripción	Nombre Antecedente	No refiere
Patológicas Infecciosas		

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	90	Temperatura	37
Sístole	110	Talla	NO REGISTRO
Diástole	80	Peso	72
Frecuencia Respiratoria	21	Índice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	90		

### Examen Físico

Parte del Cuerpo	Nombre Variable	Observación
a. Cabeza y Cráneo		Normal
b. Ojos		Normal
c. Oído		Normal

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	42814925	N° Historia:	53159756
Fecha Atención:	17/06/2014	Hora Atención:	11:28 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	17/06/2014	Hora Fin Atención:	11:49 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				„Cód. habilitación IPS:	110010782831

d. Boca	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
e. Nariz	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
f. Cuello	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
g. Torax	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
h. Cardiovascular	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Soplo
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
k. Sistema Genital Masculino	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
l. Extremidades Superiores	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
o. Osteomuscular	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Anormal DOLOR ALA PALPACION EN PRIMER DE DO PIE DERECHO DIFICULTAD PARA LA MARCHA Y LA MOVILIZAIOCN DEL MISMO EDEME EN PRIMER DEDO PIEDERECHO ERITEMA ENE STE
p. Piel y faneras	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
q. Examen mental	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
r. Aspecto General	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Gota, no especificada
<b>Código CIE10</b>	M109
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	42814925	N° Historia:	53159756
Fecha Atención:	17/06/2014	Hora Atención:	11:28 AM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	17/06/2014	Hora Fin Atención:	11:49 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

**Recomendaciones** CONTROL POR MEDICINA INTERNA

### Medicamentos

Medicamento	DICLOFENACO SODICO SOL. INY. x75mg/3ml. AMP. X3ml. IV/IM (AMP)
Posología	APLICAR INTRAMUSCULAR AHORA
Observaciones	
Medicamento	ALOPURINOL TAB. x100mg (TAB)
Posología	TOMA RUNA TABELTA CADA DOC EHORAS POR CINCO DIAS
Observaciones	
Medicamento	NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB)
Posología	TOMAR UNA TABLETA CADA DOC EHORAS SEGUN DOLOR
Observaciones	
Medicamento	COLCHICINA TAB. x0.5mg (TAB)
Posología	TOMAR UNA TABLETA CADA SEIS HORAS POR CUATRO DIAS
Observaciones	

### Incapacidad

Fecha Inicial	2014/06/17
Fecha Final	2014/06/19
Duración (Días)	3
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	M109
Nombre Diagnóstico	Gota, no especificada
Observación	

### Plan Terapéutico

TTO FMAMRACOLOGICO

### Información IPS

	Nombre IPS: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop
Profesional: Dario Augusto Bermudez Pinzon	Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL
Registro Médico: 79469404	Identificación Profesional:
Teléfono de contacto:	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	47036987	N° Historia:	57748879
Fecha Atención:	24/06/2015	Hora Atención:	10:05 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	24/06/2015	Hora Fin Atención:	10:19 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
Edad:	42 años 6 meses 13 días				
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST
				Teléfono:	7777887 3045886549
Acompañante:		Teléfono:			
Responsable:		Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

"me duele el pie"

#### Enfermedad Actual

Paciente con cuadro de 3 días de evolución de presencia de dolor en hallux izquierdo. leve edema niega otras alteraciones. niega trauma.

#### Referencia y Contrareferencia

### Antecedentes Personales

Descripción	Nombre Antecedente	Otra
Patológicos Crónicos	Fecha Observaciones	HIPERURICEMIA
Farmacológicos	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha Observaciones	alopurinol

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	78	Temperatura	37
Sístole	166	Talla	NO REGISTRO
Diástole	80	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	18	Índice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	108.667		

### Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	
	Nombre Variable	Mucosa oral húmeda
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	47036987	N° Historia:	57748879
Fecha Atención:	24/06/2015	Hora Atención:	10:05 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	24/06/2015	Hora Fin Atención:	10:19 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

g. Torax	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
h. Cardiovascular	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Blumberg negativo
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Rs ls normales
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Blando
l. Extremidades Superiores	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Anormal dolor a la palpacion de hallux izquierdo en articulacion metatarsofalangica con eritema y tofo. tofo en hallux derecho.
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
r. Aspecto General	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Hidratado
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Buen aspecto general
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Gota, no especificada
<b>Código CIE10</b>	M109
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	

### Recomendaciones

#### Medicamentos

Medicamento	DIPIRONA SODICA SOL. INY. x1g AMP. x2ml (AMP)
Posología	Aplicar 2 ampolla(s) intramuscular cada 24 Horas durante 1 día(s)
Observaciones	
Medicamento	DICLOFENACO SODICO TAB. x50mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas durante 5 día(s)
Observaciones	
Medicamento	COLCHICINA TAB. x0.5mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas durante 10 día(s)
Observaciones	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	47036987	N° Historia:	57748879
Fecha Atención:	24/06/2015	Hora Atención:	10:05 AM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	24/06/2015	Hora Fin Atención:	10:19 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Incapacidad

Fecha Inicial	2015/06/24
Fecha Final	2015/06/26
Duración (Días)	3
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	M109
Nombre Diagnóstico	Gota, no especificada
Observación	

### Plan Terapéutico

paciente con cuadro de gota, en el momento algico sin otras alteraciones. se decide dar manejo ambulatorio con aines y cohcina. continuar alopurinol se explica dieta que debe seguir. se aclaran dudas.

### Información IPS

	Nombre IPS:	Saludcoop EPS PGP POS Contributivo CAU Av 68	
Profesional:	Max Alexander Florez Cutiva	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	1032375278	Identificación Profesional:	
Teléfono de contacto:			

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	48465834	N° Historia:	59310964
Fecha Atención:	05/11/2015	Hora Atención:	10:29 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	05/11/2015	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
Edad:	42 años 10 meses 25 días				
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST
Teléfono:	7777887 3045886549				
Acompañante:		Teléfono:			
Responsable:		Teléfono:			
Parentesco:					
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

ME DUEL EL PIE

#### Enfermedad Actual

CUADRO CLINICO DE MAS O EMNOS 4 DIAS DE EVOCLUION CARACERIZDAO POR DOLOR EN TOBILLO IZQUIERDO ASOCIADA AEDEMA DEL MISMO Y DPLOR A LA MARCHA . NIEGA OYRA SINTOMATOLOGIA , SE AUTOMEIDCA CON DICLOFENAC SIN EMJORIA POR AL EPRISTENCIA DE LOS SINTOMAS DECIDE CONSILTAR

#### Referencia y Contrareferencia

### Revisión por Sistemas

Sistema	Nombre Variable	Dolor abdominal
Gastrointestinal		

*No refiere ningún otro sistema*

### Antecedentes Personales

#### Descripción

Patológicos Crónicos	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2015/11/05
	Observaciones	SIN CONTROLES
	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha	2015/11/05
	Observaciones	HIPERURICEMIA

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	70	Temperatura	36
Sístole	150	Talla	NO REGISTRO
Diástole	80	Peso	73
Frecuencia Respiratoria	20	Índice de Masa Corporal	
Saturación	96	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	103.333		

### Examen Físico

#### Parte del Cuerpo

a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	
b. Ojos	Nombre Variable	Agudeza visual normal
	Observación	
	Nombre Variable	Normal

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	48465834	N° Historia: 59310964
Fecha Atención: 05/11/2015	Hora Atención: 10:29 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS	
Fecha Fin Atención: 05/11/2015	Hora Fin Atención: 10:47 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias	
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09	
Nit IPS Primaria: 800250119	Teléfono IPS: 6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.	Cód. habilitación 110010782831 IPS:

b. Ojos	<b>Observación</b>	
c. Oído	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
d. Boca	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
f. Cuello	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
g. Torax	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Ventilación adecuada
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
h. Cardiovascular	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
l. Extremidades Superiores	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Dolor muscular
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	EN TOBILLO IZQUIERDO CON EDEMA DEL MISMO YV LEVE ERITEMA
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
o. Osteomuscular	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
p. Piel y faneras	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
q. Examen mental	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
r. Aspecto General	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Hidratado
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Buen aspecto general

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Dolor en miembro
<b>Código CIE10</b>	M796
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:                      Hora Ingreso:                      Número Ingreso:                      48465834                      N° Historia: 59310964  
Fecha Atención: 05/11/2015                      Hora Atención: 10:29 AM                      Ambito de Realización: URGENCIAS  
Fecha Fin Atención: 05/11/2015                      Hora Fin Atención: 10:47 AM                      Tipo Consulta:                      Historia Urgencias  
IPS Primaria:                      Dirección IPS:                      CARRERA 68 NUMERO 15-09  
Nit IPS Primaria: 800250119                      Teléfono IPS: 6606237,                      Municipio IPS:                      Bogotá D.C.                      Cód. habilitación 110010782831  
IPS:

**DIAGNOSTICO SECUNDARIO**  
Código CIE10                      R529  
Tipo de Diagnóstico                      IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA  
Observación

**DIAGNOSTICO SECUNDARIO**  
Código CIE10                      E790  
Tipo de Diagnóstico                      CONFIRMADO REPETIDO  
Observación

**Recomendaciones**                      DEBE SACAR ICTA POR CONSULTA EXTERNA

### Medicamentos

Medicamento                      DICLOFENACO SODICO SOL. INY. x75mg/3ml. AMP. X3ml. IV/IM (AMP)  
Posología                      APLICAR IM AHORA  
Observaciones

Medicamento                      COLCHICINA TAB. x0.5mg (TAB)  
Posología                      TOMAR UNA TAB CADA 12 HORAS  
Observaciones

Medicamento                      ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)  
Posología                      TOMAR UNA TAB CADA 6 HORAS  
Observaciones

Medicamento                      NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB)  
Posología                      TOMAR UNA TAB CADA 8 HORAS  
Observaciones

### Incapacidad

Fecha Inicial                      2015/11/05  
Fecha Final                      2015/11/06  
Duración (Días)                      2  
Tipo                      Ambulatoria No Quirúrgica  
Concepto                      Enfermedad General  
Código CIE10                      M796  
Nombre Diagnóstico                      Dolor en miembro  
Observación

### Plan Terapéutico

PACIENTE ENE BUNAS CODNCIONES GENERAKLES ALERTA ACTUIVA SIN ISGNO DEDETERIRO COM DO0LOR EN TIOBILLO CON TENSIONES ARTERIALES NORMALES POR EL CUAL SE ORDENA EGRESO SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EXPLICAN SGNODE ALARMA

### Información IPS

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	48465834	N° Historia:	59310964
Fecha Atención:	05/11/2015	Hora Atención:	10:29 AM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	05/11/2015	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800250119	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010782831



Nombre IPS: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68  
Corporacion IPS Saludcoop

Profesional: Roxana Castro Teran

Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 1127575278

Identificación Profesional:

Teléfono de contacto:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	52074743	N° Historia:	63247875
Fecha Atención:	23/01/2017	Hora Atención:	11:10 AM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	23/01/2017	Hora Fin Atención:	11:21 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:				Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09
Nit IPS Primaria:	800140949	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010485732

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
Edad:	44 años 1 meses 12 días				
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST
				Teléfono:	7777887 3045886549
Acompañante:		Teléfono:		Parentesco:	
Responsable:		Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

YO SUFRO DE ACIDO URICO Y DESDE HACE UNOS DIAS ME ESTA AFECTANDO ESTOS DIAS

#### Enfermedad Actual

PACIENTE CON GONALGIA DE APROX. 6 MESES CON DIAGNOSTICO DE HIPERURICEMIA, REFIERE 1 SEMANA DE RECURRENCIA DE GONALGIA DER. REFIERE EPISODIOS PREVIOS EN RELACION A GOTA.  
TTO: ALOPURINOL 300mg X 2 Y COCHICINA 0.5mg X 2.

#### Referencia y Contrareferencia

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	78	Temperatura	36.6
Sístole	132	Talla	NO REGISTRO
Diástole	76	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	20	Índice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	94.6667		

### Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable Observación	Normal
b. Ojos	Nombre Variable Observación	Normal
d. Boca	Nombre Variable Observación	Normal
g. Torax	Nombre Variable Observación	Normal
i. Abdomen	Nombre Variable Observación	Normal

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	52074743	N° Historia: 63247875
Fecha Atención:	23/01/2017	Hora Atención:	11:10 AM	Ámbito de Realización: URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	23/01/2017	Hora Fin Atención:	11:21 AM	Tipo Consulta: Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09	
Nit IPS Primaria:	800140949	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS: Bogotá D.C. Cód. habilitación IPS: 110010485732

m. Extremidades Inferior	<b>Nombre Variable</b>	Anormal
RODILLA DER: ARCOS DISMINUIDOS CON DOLOR EN LOS ULTIMOS GRADOS, EDEMA MARCADO CONR ENITENCIA Y SIN SIGNOS INFLAMATORIOS EN BURSA PREPATELAR CON INDURACIONES IRREGULARES DENTRO DE LA MISMA (TOFOS GOTOSOS), NEUROVASCULAR NORMAL.	<b>Observación</b>	RODILLA DER: ARCOS DISMINUIDOS CON DOLOR EN LOS ULTIMOS GRADOS, EDEMA MARCADO CONR ENITENCIA Y SIN SIGNOS INFLAMATORIOS EN BURSA PREPATELAR CON INDURACIONES IRREGULARES DENTRO DE LA MISMA (TOFOS GOTOSOS), NEUROVASCULAR NORMAL.
r. Aspecto General	<b>Nombre Variable</b>	Hidratado
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Buen aspecto general
	<b>Observación</b>	

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Gota, no especificada
<b>Código CIE10</b>	M109
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	

### Recomendaciones

#### Medicamentos

Medicamento	ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)
Posología	Tomar 2 tableta(s) cada 8 Horas durante 2 día(s)
Observaciones	CONTROL MEDICO POR LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA Y ORTOPEdia.

#### Incapacidad

Fecha Inicial	2017/01/23
Fecha Final	2017/01/25
Duración (Días)	3
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	M704
Nombre Diagnóstico	Otras bursitis prerrotulianas
Observación	

#### Plan Terapéutico

S/S Rx RODILLAS COMPARATIVAS.

#### Información IPS

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	52074743	N° Historia:	63247875
Fecha Atención:	23/01/2017	Hora Atención:	11:10 AM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	23/01/2017	Hora Fin Atención:	11:21 AM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800140949	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010485732

Nombre IPS: CAFESALUD POS URGENCIAS CENTRO DE ATENCION DE URGENCIAS AV 68 ESIMED

Profesional: Cristian Gustavo Leguizamo Lopez

Especialidad Profesional: URGENCIAS

Registro Médico: 93391909

Identificación Profesional:

Teléfono de contacto:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	52596563	N° Historia:	63827837
Fecha Atención:	19/04/2017	Hora Atención:	04:24 PM	Ámbito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	19/04/2017	Hora Fin Atención:	04:44 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800140949	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010485732

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
		Edad:	44 años 4 meses 8 días		
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST
				Teléfono:	7777887 3045886549
Acompañante:		Teléfono:			
Responsable:		Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

ME DUELE EL TOBILLO

#### Enfermedad Actual

PACIENTE QUE CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO DE 3 DIAS DE EVOLUCION, QUE SE EXACERBDO EL DIA DE HOY CONSISTENTE EN DOLOR EN TOBILLO Y RODILLA DERECHA, QUE AUUMENTA CON EL MOVIMIENTO, NO TRAUMA ASOCIADO, NO OTROS SNTOAMS.

#### Referencia y Contrareferencia

### Antecedentes Personales

#### Descripción

Patológicos Crónicos	<b>Nombre Antecedente</b>	Hipertensión Arterial
	<b>Fecha</b>	2017/04/19
	<b>Observaciones</b>	AMLODIPINO 5 MG DIA
	<b>Nombre Antecedente</b>	Otra
	<b>Fecha</b>	2017/04/19
	<b>Observaciones</b>	HIPERURICEMIA
Toxicológico	<b>Nombre Antecedente</b>	No refiere
	<b>Fecha</b>	2017/04/19
	<b>Observaciones</b>	LEVOTIROXINA 100 MCG DIA
Quirúrgicos	<b>Nombre Antecedente</b>	No refiere

### Examen Físico - Signos Vitales

<b>Frecuencia Cardíaca</b>	80	<b>Temperatura</b>	36.5
<b>Sístole</b>	140	<b>Talla</b>	NO REGISTRO
<b>Diástole</b>	95	<b>Peso</b>	NO REGISTRO
<b>Frecuencia Respiratoria</b>	16	<b>Índice de Masa Corporal</b>	
<b>Saturación</b>	93	<b>Glucometría</b>	NO REGISTRO
<b>T.A.M.</b>	110		

### Examen Físico

#### Parte del Cuerpo

d. Boca	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	MUCOSA ORALHUMEDA.
MUCOSA ORALHUMEDA.		
f. Cuello	<b>Nombre Variable</b>	Pulso carotídeo normal
	<b>Observación</b>	
	<b>Nombre Variable</b>	Normal

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	52596563	N° Historia:	63827837
Fecha Atención:	19/04/2017	Hora Atención:	04:24 PM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	19/04/2017	Hora Fin Atención:	04:44 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800140949	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010485732

f. Cuello	<b>Observación</b>	MOVIL, NO ADENOPATIAS, NO MASAS, NO INGURGITACION YUGULAR.
g. Torax	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	NO RETRACCIONES NI TIRAJES, MURMULLO VESICULAR NORMAL, NO AGREGADOS
h. Cardiovascular	<b>Nombre Variable</b>	Soplo
	<b>Observación</b>	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS , DE BUEN TONO E INTENSIDAD, NO SE AUSCULTAN SOPLOS.
i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION , NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES NORMALES.
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b>	Normal
	<b>Observación</b>	SIN DEFICIT
	<b>Nombre Variable</b>	Sensibilidad
	<b>Observación</b>	

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Dolor en miembro
<b>Código CIE10</b>	M796
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	CONFIRMADO NUEVO
<b>Observación</b>	

### Recomendaciones

#### Medicamentos

Medicamento	DIPIRONA SODICA SOL. INY. x1g AMP. x2ml (AMP)
Posología	APLICAR 2 G INTRAMUSCULAR DOSIS UNICA
Observaciones	
Medicamento	ALOPURINOL TAB. x100mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 12 Horas durante 5 día(s)
Observaciones	
Medicamento	COLCHICINA TAB. x0.5mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 12 Horas durante 5 día(s)
Observaciones	
Medicamento	ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 6 Horas durante 3 día(s)
Observaciones	

#### Incapacidad

Fecha Inicial	2017/04/19
Fecha Final	2017/04/20
Duración (Días)	2

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso: Hora Ingreso: Número Ingreso: 52596563 N° Historia: 63827837  
Fecha Atención: 19/04/2017 Hora Atención: 04:24 PM Ambito de Realización: URGENCIAS  
Fecha Fin Atención: 19/04/2017 Hora Fin Atención: 04:44 PM Tipo Consulta: Historia Urgencias  
IPS Primaria: Dirección IPS: CARRERA 68 NUMERO 15-09  
Nit IPS Primaria: 800140949 Teléfono IPS: 6606237 Municipio IPS: Bogotá D.C. Cód. habilitación 110010485732  
IPS:

**Tipo** Ambulatoria No Quirúrgica  
**Concepto** Enfermedad General  
**Código CIE10** M796  
**Nombre Diagnóstico** Dolor en miembro  
**Observación**

### Plan Terapéutico

MANEJO AMBULATORIO

### Información IPS

*Diego Arevalo*

Nombre IPS: CAFESALUD POS URGENCIAS CENTRO DE ATENCION DE URGENCIAS AV 68 ESIMED

Profesional: Diego Andres Arevalo Acevedo

Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 1026265621

Identificación Profesional:

Teléfono de contacto:

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	52747125	N° Historia:	63995224
Fecha Atención:	16/05/2017	Hora Atención:	03:51 PM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	16/05/2017	Hora Fin Atención:	03:55 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800140949	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010485732

### Datos Paciente

Nombre:	JADER ATEHORTUA BURITICA	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía	N° Identificación:	10180692
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	UNION LIBRE	Fecha Nacimiento:	10/12/1972
Sexo:	MASCULINO	Ocupación:		Edad:	44 años 5 meses 5 días
		Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST		
		Teléfono:	7777887 3045886549		
Acompañante:		Teléfono:			
Responsable:		Teléfono:	Parentesco:		
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

### Anamnesis

#### Motivo de Consulta

dolor faringeo

#### Enfermedad Actual

DOLOR FARINGEO 3 DIAS COLICO ABDOMINAL

#### Referencia y Contrareferencia

### Revisión por Sistemas

Piel y Faneras	Nombre Variable Observación	Otros
		DOLOR FARINGEO

*No refiere ningún otro sistema*

### Antecedentes Personales

Descripción	Nombre Antecedente	Otros
Otras	Fecha	2017/05/16
	Observaciones	HERNIORRAFIA UMBILICAL Y SUBUMBILICAL- NIEGAALERGIAS

### Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardíaca	76	Temperatura	37
Sístole	124	Talla	167
Diástole	67	Peso	80
Frecuencia Respiratoria	17	Índice de Masa Corporal	28.69
Saturación	94	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	86		

### Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable Observación	Normal
g. Torax	Nombre Variable Observación	Normal
h. Cardiovascular	Nombre Variable Observación	Normal

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	52747125	N° Historia:	63995224
Fecha Atención:	16/05/2017	Hora Atención:	03:51 PM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	16/05/2017	Hora Fin Atención:	03:55 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800140949	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010485732

i. Abdomen	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Anormal LEVE DOLRO MESO SIN IRRITACION PERITONEAL
n. Neurológico	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Normal
p. Piel y faneras	<b>Nombre Variable</b> <b>Observación</b>	Anormal ERITEMA FARINGEO

### Glasgow

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado
Espontanea	Obedece Ordenes	Orientada	Alerta	15

### Impresión Diagnóstica

<b>DIAGNOSTICO PRINCIPAL</b>	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)
<b>Código CIE10</b>	J00X
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	
<b>DIAGNOSTICO SECUNDARIO</b>	Parasitosis intestinal, sin otra especificacion
<b>Código CIE10</b>	B829
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
<b>Observación</b>	
<b>Recomendaciones</b>	-

### Medicamentos

Medicamento	ALBENDAZOL TAB. x200mg (TAB)
Posología	Tomar 2 tableta(s) cada 24 Horas durante 2 día(s)
Observaciones	
Medicamento	DIFENHIDRAMINA CLORHIDRATO CAP. x50mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 12 Horas durante 4 día(s)
Observaciones	
Medicamento	ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 6 Horas durante 3 día(s)
Observaciones	

### Incapacidad

<b>Fecha Inicial</b>	2017/05/16
<b>Fecha Final</b>	2017/05/17
<b>Duración (Días)</b>	2
<b>Tipo</b>	Ambulatoria No Quirúrgica
<b>Concepto</b>	Enfermedad General
<b>Código CIE10</b>	J00X
<b>Nombre Diagnóstico</b>	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)
<b>Observación</b>	

### Plan Terapéutico

SALIDA INCAPACIDAD 2 DIAS -- DIFENHIDRAMINA ACETAMINOFEN ALBENDAZOL

## HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	Hora Ingreso:	Número Ingreso:	52747125	N° Historia:	63995224
Fecha Atención:	16/05/2017	Hora Atención:	03:51 PM	Ambito de Realización:	URGENCIAS
Fecha Fin Atención:	16/05/2017	Hora Fin Atención:	03:55 PM	Tipo Consulta:	Historia Urgencias
IPS Primaria:		Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09		
Nit IPS Primaria:	800140949	Teléfono IPS:	6606237	Municipio IPS:	Bogotá D.C.
				Cód. habilitación IPS:	110010485732

### Información IPS



Nombre IPS: CAFESALUD POS URGENCIAS CENTRO DE ATENCION DE URGENCIAS AV 68 ESIMED

Profesional: Manrique Prieto Ozorno

Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 93290137

Identificación Profesional:

Teléfono de contacto:

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

## INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(10/10/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea (E790); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipertensión esencial (primaria) (I10X); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipotiroidismo, no especificado (E039); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(10/10/2017) Hemiorrafia umbilical SOD (534000).  
(30/06/2017) Reparación de hernia diafragmática vía abdominal SOD (537000).

## - ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(10/10/2017) Amlodipino + Hidroclorotiazida 10 mg + 25 mg Tab.  
(10/10/2017) Colchicina Tab 0.5mg.  
(10/10/2017) Alopurinol Tab 100mg.  
(10/10/2017) Levofloxacina sodica Tab 100mcg.  
(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - OTRAS ALERGIAS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## ATENCIÓNES DEL PACIENTE

30/06/2017 18:11:13. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO KENNEDY, BOGOTÁ D.C.

Historia Clínica Única Básica, Admisión No. 16198820. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 44 años. Acompañante: PACIENTE. Teléfono: 3213204189.

Teléfono: 3213204189.

Datos del profesional de la salud: SERGIO BRICEÑO ROJAS. Reg. Médico. 1056955906. Medicina General.

Impreso por: lamorlero 05/05/2018 12:24:52 Página 1 de 8

Firmado Electrónicamente

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

## INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(10/10/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea (E790); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipertensión esencial (primaria) (I10X); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipotiroidismo, no especificado (E039); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(10/10/2017) Hemiorrafia umbilical SOD (534000).  
(30/06/2017) Reparación de hernia diafragmática vía abdominal SOD (537000).

## - ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(10/10/2017) Amlodipino + Hidroclorotiazida 10 mg + 25 mg Tab.  
(10/10/2017) Colchicina Tab 0.5mg.  
(10/10/2017) Alopurinol Tab 100mg.  
(10/10/2017) Levofloxacina sodica Tab 100mcg.  
(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - OTRAS ALERGIAS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## ATENCIÓNES DEL PACIENTE

10/10/2017 17:11:42. E.P.S Sanitas - MÉDIKA IPS SAS SOACHA, SOACHA

Historia Clínica Única Básica, Admisión No. 17898757. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 44 años.

Datos del profesional de la salud: NESTOR MAURICIO RODRIGUEZ VELANDIA. Reg. Médico. 79954358. Medicina General.

Impreso por: lamorlero 05/05/2018 12:25:17 Página 1 de 8

Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO ALOPURINOL 100MG DIARIO COLCHICINA CADA 8 HORAS X 1 MES  
CONTROL DE CIFARS TENSIONALES ALEATORIAS. EN CASA  
SE INDOCA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.  
SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO

**DIAGNOSTICO**  
Diagnóstico Principal: Hipotiroidismo, no especificado (E039), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Hipertipidemia no especificada (E785), Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 2: Hipertension esencial (primaria) (I10X), Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 3: Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea (E790), Confirmado nuevo.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**  
FORMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Colchicina Tab 0.5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 8 hora(s) por 4 día(s). Cantidad total: 12, Número de entregas: 1
2. Amlodipino Tab 5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
3. Alopurinol Tab 100mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDOCA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.  
SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA

Impreso por: lamonierno 05/05/2018 12:24:52 Página 3 de 8

Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**  
Información suministrada por: Paciente, JADER ATEHORTUA BURITICA.  
Acompañante: PACIENTE, Teléfono: 3213204189.  
Motivo de consulta: OCUPACION EMPLEADO  
1 VEZ  
VENGO A CONTROL.

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C NI FORMULACION PREVIA  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO DIARIO 5MG COLCHICINA EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomuscular: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Faneras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FISICO - SIGNOS VITALES**

Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg  
Temperatura: 36 °C  
Peso: 75 Kg  
Talla: 1.61 m  
Índice de Masa Corporal: 28.93  
Superficie corporal: 1.87 m<sup>2</sup>

**EXAMEN FISICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocéfalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomuscular: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente.  
Piel y Faneras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**  
PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

Impreso por: lamonierno 05/05/2018 12:24:52 Página 2 de 8

Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

5. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DOÑE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

6. Se solicita Colesterol total, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DOÑE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

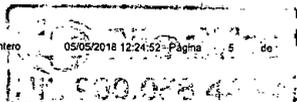
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS

Impreso por: lamontero 05/05/2018 12:24:52 Página 5 de 8



Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

2. Se solicita Creatinina en suero, otras u otros, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DOÑE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

3. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DOÑE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

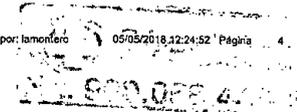
SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

4. Se solicita Tiroxina libre [T4], No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DOÑE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA

Impreso por: lamontero 05/05/2018 12:24:52 Página 4 de 8



Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSDICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

10. Se solicita Triglicéridos, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSDICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

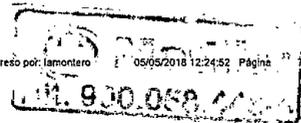
11. Se solicita Acido urico, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO

Impreso por: lamontero 05/05/2018 12:24:52 Página 6 de 8



Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSDICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

7. Se solicita Hemoglobina glicosilada por anticuerpos monoclonales, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSDICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

8. Se solicita Hormona estimulante del tiroides [TSH], No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINIOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

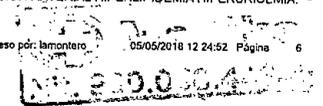
VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSDICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

9. Se solicita Microalbuminuria automatizada en orina parcial, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:

Impreso por: lamontero 05/05/2018 12:24:52 Página 6 de 8



Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Dolor en miembro (M795), Impresión diagnóstica.  
Diagnóstico Asociado 2: Hiperlipidemia mixta (E782), Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 3: Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea (E790), Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 4: Hipotiroidismo, no especificado (E039), Confirmado repetido.

**PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS**  
FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Atorvastatina Tab 40mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: con comida.
2. Amlodipino Tab 5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1 Recomendaciones: TOMAR CON DESAYUNO Y COMIDA
3. Levotiroxina sodica Tab 100mcg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: ayunas - favor entregar eutirox.
4. Didofenaco sodico Sol iny 75 mg/3 mL: Inyectar (vía intramuscular) 1 ampolla cada 8 hora(s) por 1 día(s). Cantidad total: 3, Número de entregas: 1
5. Alopurinol Tab 100mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: con desayuno.

**PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS**  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1, ...
2. Se solicita Potasio, No. 1, ...
3. Se solicita Ureanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1, ...
4. Se solicita Radiografía de tórax (PAO AP y lateral, decubito lateral, oblicuas o lateral con bario), No. 1, ...
5. Se solicita Hormona estimulante del tiroides [TSH] ultrasensible, No. 1, ...
6. Se solicita Hemograma IV [hemoglobina, hematócrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma] método automático (Z33), No. 1, ...
7. Se solicita Colesterol total, No. 1, ...
8. Se solicita Tríglicéridos, No. 1, ...
9. Se solicita Ácido úrico, No. 1, ...
10. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, No. 1, ...

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: OBESIDAD HTA HIPERURICEMIA HIPOTIROIDISMO-DISLIPIDEMIA.
2. Se solicita interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: OBESIDAD HTA HIPERURICEMIA HIPOTIROIDISMO-DISLIPIDEMIA.
3. Se solicita interconsulta a Endocrinología Por solicitud del médico tratante. Justificación: pcte con hta hiperuricemia - dislipidemia mixta hipotiroidismo obesidad no controlado.
4. Se solicita interconsulta a Endocrinología Por solicitud del médico tratante. Justificación: pcte con hta hiperuricemia - dislipidemia mixta hipotiroidismo obesidad no controlado.

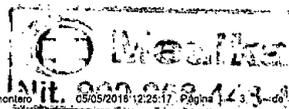
**PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES**

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: SE DAN RECOMEDACIONES GENERALES, DIETA, EJERCICIO, NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO

SE EXPLICA A PCTE ASISTE SOLO S. ALARMA CLAROS FIEBRE, ARDOR AL ORINAR, CEFALEA INTENSA, DOLOR PECHO AHOGO INTENSO, VOMITO, DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO NO RESPIRA BIEN O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE IR A URGENCIAS DE INMEDIATO

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medika IPS SAS Soacha



Impreso por: lamontoro 05/05/2018 12:23:17 Página 3 de 3

Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRÓNICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRÓNICO.

12. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIROIDISMO

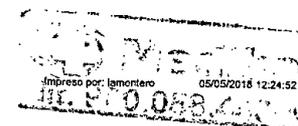
PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRÓNICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRÓNICO.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita remisión Medicina General (Crónicos Adulto) Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA. EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.



Impreso por: lamontoro 05/05/2018 12:24:52 Página 8 de 8

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, JADER ATEHORTUA BURITICA.

Motivo de consulta: CONTROL

Enfermedad Actual: PACIENTE CON HTA EN TRATAMIENTO- HIPERURICEMIA NO CONTROLADA - HIPOTIROIDISMO NO CONTROLADO ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR NO DISURIA, NO POLIDIPSIA, POLIURIA, POLIFAGIA, NO BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NO ASISTE A CONTROLES DESDE HACE 3 MESES, NO HA ESTADO HOSPITALIZADO, NIEGA FIEBRE, VÓMITOS, DOLOR TORÁCICO, DISNEA ACTUALMENTE. SE REVISAN EXÁMENES DE JULIO 2017 TSH 438 -A. URICO 9.4 - COLESTEROL TOTAL 418 ALTO TGDSOS 501 ALTO - HDL 38.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurrológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Órganos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoarticular: ARTRALGIAS

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Anexos: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrínico: VERTIGO.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 15 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 80 mmHg

Temperatura: 36.8 °C

Peso: 75 Kg

Talla: 1.61 m

Índice de Masa Corporal: 28.93 (kg/m<sup>2</sup>)

Superficie corporal: 1.87 m<sup>2</sup>

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.

Órganos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, leve dolor muñecas no cefalitis.

Extremidades Inferiores: Presenta edemas? (No). Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoarticular: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente.

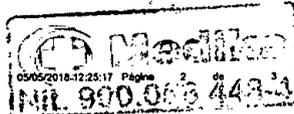
Piel y Anexos: Normal.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON HTA EN TRATAMIENTO CONTROLADA - HIPERURICEMIA NO CONTROLADA A. URICO 9.4 - HIPOTIROIDISMO NO CONTROLADO TSH 438 - DISLIPIDEMIA MIXTA PREDOMINIO COLESTEROL OBESIDAD POR LO QUE SE SUSPENDEN HCTIAZDA - SE INICIA AMLODIPINO 5 X 2 - SE CONTINUA LEVOTIROXINA EUTIROX 100 AYUNAS - SE INICIA ALOPURINOL 100 DIA, ATROVASTATINA 40 NOCHE - SE VAL PRIORITYARIA POR ENDOCRINOLOGIA - NUTRICION SE DEJA ANALGESIA IM SI DOLOR NO COLCHICINA CONTROL CON RESULTADOS

DIAGNOSTICO

Impreso por: lbmontero



Firmado Electrónicamente



18AU000018

<b>Petición No:</b>	<b>18AU000018</b>	<b>Fecha de Ingreso:</b>	<b>20/02/2018</b>
<b>Paciente:</b>	<b>JADER ATEHORTUA BURITICA</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>10/12/1972</b>
<b>Documento Id:</b>	<b>CC 10180692</b>	<b>Fecha de Validación:</b>	<b>26/04/2018</b>
<b>Empresa:</b>	<b>CLINICA COLSANITAS EPS</b>	<b>Edad:</b>	<b>45 Años 5 Meses 7 Días</b>
<b>Sede:</b>	<b>CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA</b>	<b>Médico:</b>	<b>CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA</b>
<b>Dirección:</b>	<b>CRA18-9A-89</b>	<b>Telefono:</b>	<b>3213204189</b>
		<b>Servicio:</b>	<b>URGENCIAS</b>
		<b>Sexo:</b>	<b>M</b>

**AUTOPSIA ADULTO O NIÑO NO FETAL - AUTOPSIA DE ADULTO O NO FETAL**

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

**\*DATOS GENERALES:**

NOMBRE: Atehortua Buritica Jader.  
 SEXO: Masculino.  
 EDAD: 45 años.  
 IDENTIFICACIÓN: 10180692.  
 FECHA DE MUERTE: 19/02/2018.  
 FECHA DE AUTOPSIA: 21/02/2018 - 14:10.  
 RÉGIMEN DE SEGURIDAD: Sanitas.  
 PATÓLOGO PROSECTOR: Dra. Diana Lizcano.  
 PATÓLOGO REVISOR: Dra. Diana Lizcano.

**\*RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA – ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS:**

19/02/2018 -11:40 pm:  
 MOTIVO DE CONSULTA: paciente quien es traído por familiares sin signos.  
 ENFERMEDAD ACTUAL: datos suministrados por familiar esposa, quien refiere antecedente de hipertensión arterial – hipotiroidismo – hiperuricemia . Esposa refiere cuadro clínico de 9 horas de evolución consistente en dolor torácico tipo opresivo que se irradia a dñsnea con posterior episodio sincopal por lo que decide traerlo a la institución, 35 minutos después paciente ingresa sin signos vitales, se traslada paciente a reanimación, se monitoriza se evidencia bisocscopio se evidencia asistolia.  
 Paciente con pupilas dilatadas, con ausencia de reflejo corneal, ausencia de ruidos cardíacos y respiratorios, con frialdad distal, sin perfusión, se inicia maniobras de reanimación 30 compresiones x 2 ventilaciones. Paciente con difícil acceso venoso coagulados, se administra adrenalina en 3 ocasiones, se realiza reanimación por 12 minutos sin éxito.  
 Paciente persiste con asistolia, se declara hora 20+30 horas.

Se trata de paciente adulto joven sin antecedente que justifique posible muerte, por lo que se solicita necropsia clínica.

ANTECEDENTES: patológicos: HTA, hipotiroidismo, hiperuricemia. Quirúrgicos: herniorrafia umbilical. Alérgico: niega. Medicamento: losartan, HCTZ, ASA, diclofenaco, dexamentasona, no se tomaba los medicamentos.  
 EXAMEN FÍSICO:  
 TA:1/1, FC:1 xmln, FR: 1x min, Glasgow:0, tórax: ausencia de ruidos cardíacos y respiratorios - Piel y faneras: palidez generalizada - Extremidades: simétricas, sin edema, pulsos distales ausentes, no perfusión - Genito urinario: normal - Abdomen: abundante panículo adiposo - Columna: normal - Cuello: normal - Cabeza normocéfalo, pupilas midriáticas, ausencia de reflejo corneal, mucosa seca.

**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA**

**\*EXAMEN EXTERIOR:**

DESCRIPCIÓN DEL CADÁVER: se recibe cuerpo envuelto en plástico blanco y en sábana hospitalaria desechable de color azul, sin rotular. Corresponde al cadáver fresco y completo de un hombre adulto medio, con signos de intervención médica dados por: presencia de dos electrodos de monitoreo en la región torácica anterosuperior, signos de venopunción en la región proximal anterior del antebrazo derecho y en el dorso de la mano izquierda.

DESCRIPCIÓN DE FENÓMENOS CADAVERÍCOS: piel fría, con rigidez generalizada, livideces vinosas que no desaparecen a la digitopresión en la región posterior del cuello y de los hombros, región dorsal lateral, región lumbosacra, región posterior de los muslos y en región posterior proximal de las piernas.

DATOS ANTROPOMÉTRICOS: ancestro racial mestizo. Contextura mediana. Talla: 1.57 metros, peso aproximado: 85 kg., índice de masa corporal: 34.48.  
 PRENDAS: ropa interior tipo boxer, talla L, de color rojo, marca Reytn eco. Medias tobilleras de color azul oscuro con rayas de color blanco y color amarillo.

PIEL Y FANERAS: es una piel blanca, fría, húmeda y normoelástica. Palidez en la piel de los miembros inferiores. Uñas de las manos

**CONTACTO:** Calle 22 B 66-46 - Tel: Conmut: 5-948650-60



18AU000018

<b>Petición No:</b>	<b>18AU000018</b>	<b>Fecha de Ingreso:</b>	<b>20/02/2018</b>
<b>Paciente:</b>	<b>JADER ATEHÓRTUA BURITICA</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>10/12/1972</b>
<b>Documento Id:</b>	<b>CC 10180692</b>	<b>Fecha de Validación:</b>	<b>26/04/2018</b>
<b>Empresa:</b>	<b>CLINICA COLSANITAS EPS</b>	<b>Edad:</b>	<b>45 Años 5 Meses 7 Dias</b>
<b>Sede:</b>	<b>CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA</b>	<b>Médico:</b>	<b>CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA</b>
<b>Dirección:</b>	<b>CRA18-9A-89</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>3213204189</b>
		<b>Servicio:</b>	<b>URGENCIAS</b>
		<b>Sexo:</b>	<b>M</b>

**AUTOPSIA ADULTO O NIÑO NO FETAL - AUTOPSIA DE ADULTO O NO FETAL**

- Arteria aorta: se observa estrías grasas en toda la extensión de la aorta, además, se reconoce placas ateroscleróticas induradas y ulceradas en la aorta abdominal. No se observa dilataciones ni rupturas.  
 - Arterias coronarias: arteria coronaria izquierda con presencia en la rama descendente anterior de placas ateroscleróticas induradas que ocluyen entre el 50% y el 90% de la luz, sin evidencia de trombo. Coronaria derecha: placas ateroscleróticas induradas que ocluyen entre el 30% y el 90% de la luz, sin evidencia de trombo.  
 - Venas: al corte in situ de la arteria pulmonar se observa sangre fluida sin evidencia de trombos. Resto de sistema venoso sin evidencia de trombos.

**APARATO RESPIRATORIO:**

**LARINGE Y TRÁQUEA:** no se observan masas, laceraciones ni perforaciones. La luz es permeable sin hemorragia, secreciones ni cuerpos extraños.

**PULMONES:** Peso del bloque pulmonar: 1014 gramos. Superficie externa bilateral lisa pardo rojizo, congestiva, con abundante pigmento antracótico. Son crepitantes a la palpación. Se observa al corte de los vasos sanguíneos pulmonares las luces permeables, sin trombos. A los cortes seriados se observa parénquima pulmonar congestivo, sin evidencia de consolidaciones, masas ni áreas de infarto.

**APARATO DIGESTIVO:**

**LENGUA:** de aspecto usual.

**FARINGE Y ESÓFAGO:** sin alteraciones.

**ESTÓMAGO:** serosa de color pardo rosado sin lesiones. Al corte, mucosa de color pardo rosado, sin lesiones macroscópicas, con cambios por lisis. La luz es permeable, con abundante contenido alimentario espeso grumoso de color amarillento. No se observan masas, laceraciones ni perforaciones.

**INTESTINO DELGADO:** asas intestinales con distensión. Serosa de color rosado sin lesiones, no se observa adherencias. Al corte, mucosa de color pardo claro. No se observan masas, laceraciones ni perforaciones. La luz es permeable.

**COLÓN:** asas intestinales con distensión. Serosa de color pardo rosado sin lesiones, no se observa adherencias. Al corte, la mucosa es de color pardo claro de aspecto usual, sin lesiones macroscópicas. No se observan masas, laceraciones ni perforaciones. La luz es permeable con presencia de materia fecal pastosa en la luz del colon sigmoide. Apéndice cecal: presente, sin alteraciones.

**HÍGADO:** peso 2718 gramos, de color pardo rojizo. Superficie externa lisa sin lesiones macroscópicas. Al corte se observa áreas amarillentas difusas, sin evidencia de masas ni otras lesiones.

**VÍA BILIAR INTRA Y EXTRAHEPÁTICA:** De aspecto usual, permeable.

**VESÍCULA BILIAR:** de aspecto usual, al corte con mucosa de color verde y aspecto aterciopelado, sin evidencia de masas ni de cálculos.

**PÁNCREAS:** pesa 166 gramos, de color amarillo con áreas congestivas y con cambios por lisis.

**SISTEMA MIELOIDE:**

**BAZO:** Peso: 180 gramos, con superficie externa lisa de color pardo violáceo. A los cortes seriados no se observan lesiones macroscópicas.

**TIMO:** no identificable macroscópicamente.

**GANGLIOS:** se observa ganglios parahiliares que miden entre 0.7x0.5x0.5 cm y 1.5x1x0.7 cm, de color pardo con pigmento antracótico.

**SISTEMA ENDOCRINO:**

**HIPÓFISIS:** mide 1 cm., de aspecto usual, al corte homogénea.

**TIROIDES:** peso 16 gramos, de tamaño usual. Al corte con moteado de color pardo claro difuso.

**GLÁNDULAS SUPRARRENALES:** pesan en promedio 12 gramos, son de aspecto usual, sin alteraciones.

**APARATO GENITOURINARIO:**

**RIÑONES:** el derecho pesa 173 gramos y el izquierdo pesa 181 gramos. Son de color pardo rosado. A los cortes seriados se observa adecuada diferenciación corteza: médula, sin evidencia lesiones macroscópicas.

**SISTEMA PIELOCALICIAL Y URÉTERES:** permeables, sin lesiones macroscópicas.

**VEJIGA:** sin contenido y sin evidencia de lesiones macroscópicas.

**PRÓSTATA:** pesa 24 gramos, es de color blanquecino y consistencia elástica. Al corte sin presencia de nódulos ni masas.

**TESTÍCULOS:** pesan en promedio 30 gramos. A los cortes seriados sin evidencia de lesiones macroscópicas.

**SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y EXTREMIDADES:**

Adecuado trofismo muscular. Se practica incisiones transversales en la cara posterior de las piernas desde el hueso poplíteo hasta el cuello del pie, se disecan la piel y el tejido celular subcutáneo, se exponen los músculos posteriores de la pierna y los vasos sanguíneos,

**CONTACTO:** Calle 22 B 66-46 - Tel: Conmut: 5-948650-60

Fecha de Impresión: 17/05/2018 14:56

Usuario: LIZCANO ZEA DIANA PATRICIA

Copia

Page 3 of 6



18AU000018

<b>Petición No:</b>	18AU000018	<b>Fecha de Ingreso:</b>	20/02/2018
<b>Paciente:</b>	JADER ATEHORTUA BURITICA	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	10/12/1972
<b>Documento Id:</b>	CC 10180692	<b>Fecha de Validación:</b>	26/04/2018
<b>Empresa:</b>	CLINICA COLSANITAS EPS	<b>Edad:</b>	45 Años 5 Meses 7 Dias
<b>Sede:</b>	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA	<b>Sexo:</b>	M
<b>Dirección:</b>	CRA18-9A-89	<b>Médico:</b>	CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
		<b>Teléfono:</b>	3213204189
		<b>Servicio:</b>	URGENCIAS

**AUTOPSIA ADULTO O NIÑO NO FETAL - AUTOPSIA DE ADULTO O NO FETAL**

-Cerebro y meninges (bloques No.24 y No.25): tejido cerebral con neuronas rojas consistentes con injuria hipóxica y congestión vascular. Meninges con congestión vascular y focales calcificaciones.  
 -Cerebelo (bloque No.26): tejido cerebeloso con cambios por injuria hipóxica en las células de Purkinje y congestión vascular.  
 -Hígado y vesícula biliar (bloques No.15 y No.27): parénquima hepático con moderada esteatosis macrovacuolar, focos de infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo y linfocitario lobular, asociado a hepatocitos balonizados. Con la coloración especial de tricrómico se observa fibrosis pericelular y perisinusoidal en la zona 3. En bloque No. 27 se observa vesícula biliar con extensos cambios por autólisis.  
 -Tráquea y bronquio derecho e izquierdo (bloque No. 28): mucosa traqueal y bronquial con erosión, infiltrado inflamatorio linfocitario submucoso y pared con vasos sanguíneos congestivos.

**DIAGNÓSTICO:**

**\*PRIMARIOS:**

1. MIOCARDITIS LINFOCÍTICA FOCAL CON EPICARDITIS Y ARTERITIS CORONARIA INESPECÍFICA, DE PROBABLE ETIOLOGIA VIRAL.
2. NEUMONITIS LINFOCÍTICA INTERSTICIAL FOCAL DE PROBABLE ETIOLOGIA VIRAL.
3. EDEMA PULMONAR DIFUSO.
4. ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA CORONARIA CRÍTICA CON COMPROMISO DE HASTA EL 90% DE LA LUZ DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA Y DE LA ARTERIA CORONARIA DESCENDENTE ANTERIOR.
5. NO HAY EVIDENCIA MACROSCÓPICA NI MICROSCÓPICA DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA AGUDA.
6. ÁREA DE FIBROSIS MIOCÁRDICA (VENTRÍCULO IZQUIERDO).
7. INJURIA NEURONAL HIPÓXICA.
8. CONGESTIÓN VISCERAL GENERALIZADA.

**\*SECUNDARIOS:**

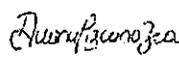
- HIPERTROFIA CARDÍACA DE TIPO HIPERTENSIVO.
- NEFROARTERIOESCLEROSIS HIALINA DE ORIGEN HIPERTENSIVO.
- ENFERMEDAD ATEROESCLERÓTICA DE LA AORTA: ESTRÍAS GRASAS Y PLACAS ULCERADAS.
- ÉSTEATOHEPATITIS GRADO 2 ESTADÍO 1.
- TIROIDITIS LINFOCÍTICA CRÓNICA.
- TOFOS GOTOSOS EN EL PRIMER DEDO DEL PIE DERECHO E IZQUIERDO.
- ANTRACOSIS PULMONAR Y EN GANGLIOS LINFÁTICOS PARAHILIARES.
- GASTRITIS CRÓNICA FOLICULAR CON ACTIVIDAD.
- OBESIDAD GRADO I (índice de masa corporal: 34.48).

**OBSERVACIONES:**

Teniendo en cuenta los datos de la historia clínica se trata de un hombre adulto medio con antecedente de hipertensión arterial sistémica, quien presenta un cuadro clínico de dolor torácico opresivo con posterior síncope; es trasladado por sus familiares al Hospital Mario Galtán Yanguas a donde ingresa sin signos vitales y no se obtiene respuesta con las maniobras de reanimación.

Los hallazgos histopatológicos de la autopsia clínica muestran un proceso inflamatorio pulmonar de probable etiología viral que también compromete el miocardio, el epicardio y probablemente las arterias coronarias, asociado a foco de fibrosis miocárdica y a enfermedad aterosclerótica coronaria crítica. Tanto la enfermedad aterosclerótica crítica como la inflamación y fibrosis miocárdica, son condiciones que pueden generar un trastorno del ritmo cardíaco (arritmia), por lo que el mecanismo de muerte fue probablemente un trastorno del ritmo cardíaco que ocasionó una muerte súbita cardíaca.

**Responsable de Micro:**

  
 Diana Patricia Lizcano Zea  
 C.C. 37358066  
 MEDICO PATÓLOGO

**CONTACTO:** Calle 22 B 66-46 - Tel: Conmut: 5-948650-60

Fecha de impresión: 17/05/2018 14:56

Usuario: LIZCANO ZEA DIANA PATRICIA

Copia

Page 5 of 6

## DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

## INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

## ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

## - ANTECEDENTES MÉDICOS

(10/10/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea (E790); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipertensión esencial (primaria) (I10X); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipolipidismo, no especificado (E039); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.

## - ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(10/10/2017) Hemiorraña umbilical SOD (534000).  
(30/06/2017) Reparación de hernia diafragmatica via abdominal SOD (537000).

## - ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(10/10/2017) Amlodipino + Hidroclorotiazida 10 mg + 25 mg Tab.  
(10/10/2017) Colchicina Tab 0.5mg.  
(10/10/2017) Alopurinol Tab 100mg.  
(10/10/2017) Levotiroxina sodica Tab 100mcg.  
(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - OTRAS ALERGIAS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## - ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

## ATENCIÓNES DEL PACIENTE

30/06/2017 18:11:13. E.P.S Sanitas - CENTRO MEDICO KENNEDY, BOGOTÁ

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 16198820. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-000-4

Edad del paciente: 44 años. Acompañante: PACIENTE. Teléfono: 3213204189.

Teléfono: 3213204189.

Datos del profesional de la salud: SERGIO BRICEÑO ROJAS. Reg. Médico. 1056955906. Medicina General.

Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

**MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL**  
Información suministrada por: Paciente, JADER ATEHORTUA BURITICA.  
Acompañante: PACIENTE. Teléfono: 3213204189.  
Motivo de consulta: OCUPACION EMPLEADO  
1 VEZ

**VENGO A CONTROL.**  
Enfermedad Actual: PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DONDE REFIERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIPERTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C NI FORMULACION PREVIA  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO DIARIO 5MG COLCHICINA EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNS DE ALARMA.

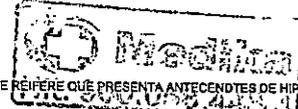
**REVISIÓN POR SISTEMAS**  
Síntomas Generales: No presenta.  
Neurológico: Sin síntomas.  
Mental: Sin síntomas.  
Organos de los Sentidos: Sin síntomas.  
Respiratorio: Sin síntomas.  
Cardiovascular: Sin síntomas.  
Gastrointestinal: Sin síntomas.  
Genitourinario: Sin síntomas.  
Osteomusculoesquelético: Sin síntomas.  
Mamas: Sin síntomas.  
Piel y Fieras: Sin síntomas.  
Hematológico y Linfático: Sin síntomas.  
Endocrinológico: Sin síntomas.

**EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES**  
Frecuencia Cardíaca: 78 Latidos/min  
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min  
Tensión Arterial Sistólica: 110 mmHg  
Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg  
Tensión Arterial Media: 83.3 mmHg  
Temperatura: 36 °C  
Peso: 75 Kg  
Talla: 1.61 m  
Índice de Masa Corporal: 28.93  
Superficie corporal: 1.87 m2

**EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS**

Cabeza: Normocefalo.  
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.  
Cuello: Sin masas ni adenopatías.  
Mama: No evaluada.  
Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.  
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.  
Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.  
Genitales: No evaluados.  
Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares.  
Extremidades Inferiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.  
Osteomusculoesquelético: Sin alteraciones.  
Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente.  
Piel y Fieras: Normal.

**ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN**  
PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DONDE REFIERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIPERTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.



Impreso por: bamotero 05/05/2018 12:24:52 Página 2 de 8

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO ALOPURINOL 100MG DIARIO COLCHICINA CADA 8 HORAS X 1 MES  
CONTROL DE CIFARS TENSIONALES ALEATORIAS. EN CASA  
SE INDCA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANA.  
SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO

DIAGNOSTICO  
Diagnóstico Principal: Hipotiroidismo, no especificado (E039), Confirmado nuevo, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Hiperlipidemia no especificada (E785), Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 2: Hipertension esencial (primaria) (I10X), Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 3: Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea (E780), Confirmado nuevo.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS  
FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Colchicina Tab 0.6mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 8 hora(s) por 4 día(s). Cantidad total: 12, Número de entregas: 1
2. Amlodipino Tab 5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1
3. Alopurinol Tab 100mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIRODISMO HIEPRATENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDCA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANA.  
SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA

Ingreso por: lanontero 01/06/2018 12:24:52 - Página 3 de 8

Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

2. Se solicita Creatinina en suero, orina u otros, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA,  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIROIDISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDCA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA  
INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.  
3. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA,  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIROIDISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDCA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA  
INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.  
4. Se solicita Tiroxina libre (T4I), No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA,  
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA

Impreso por: [Logo] 05/05/2018 12:24:52 Pagina 8 de 8  
[Stamp]

Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHCORTUÁ BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIROIDISMO

PLAN PARACLINICO DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPÚRINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS

SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA, REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINAR, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.

SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.

5. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA, EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:

AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA

HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIROIDISMO

PLAN PARACLINICO DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPÚRINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS

SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA, REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINAR, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.

SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.

6. Se solicita Colesterol total, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA, EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:

AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

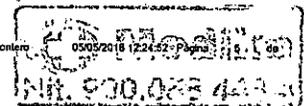
IDX HIPERLIPIDEMIA

HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIROIDISMO

PLAN PARACLINICO DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPÚRINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS

Impreso por: lamontano



Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.

SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.

7. Se solicita Hemoglobina glicosada por anticuerpos monoclonales, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:

AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA

HTA

HIPERURICEMIA

HIPOTIROIDISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL

AMLODIPINO 5MG DIARIO

ALOPURINOL 100MG DIARIO

COLCHICINA CADA 8 HORAS

SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS

SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.

SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.

8. Se solicita Hormona estimulante del tiroides (TSH), No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:

AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA

HTA

HIPERURICEMIA

HIPOTIROIDISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL

AMLODIPINO 5MG DIARIO

ALOPURINOL 100MG DIARIO

COLCHICINA CADA 8 HORAS

SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS

SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.

SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.

9. Se solicita Microalbuminuria automatizada en orina parcial, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPR TENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:

:

:

:

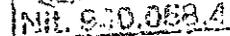
:

Firmado Electrónicamente

Impreso por: tamorlero

05/05/2018 12:24:52

Página 6 de 8

  
NIL 010.088.4

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.

SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.

10. Se solicita Tríglicéridos, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:

AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINA, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.

SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.

CITA DE CONTROL POR CRONICO.

11. Se solicita Acido urico, No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

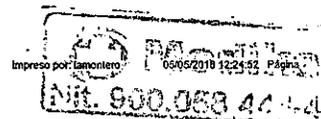
EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:

AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIRODISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO



Firmado Electrónicamente

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINAR, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

12. Se solicita Colesterol de alta densidad (HDL), No. 1, PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTEENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA.

EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C  
REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.

IDX HIPERLIPIDEMIA  
HTA  
HIPERURICEMIA  
HIPOTIROIDISMO

PLAN PARA CLINICOS DE CONTROL  
AMLODIPINO 5MG DIARIO  
ALOPURINOL 100MG DIARIO  
COLCHICINA CADA 8 HORAS  
SE INDICA CONTROL DE CRONICO.

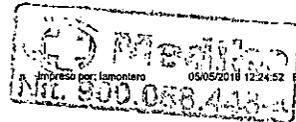
VER MANEJO FARMACOLOGICO EN RECETAS ASIGNADAS  
SE DAN ESTAS RECOMENDACIONES DE DIETA HIPOSODICA. REALIZAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR 30 MINUTOS AL DIA POR 3 DIAS A LA SEMANAS.

SE DAN SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, INFLAMACION DE LAS PIERNAS, CARA O MANOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, HABLAR O CAMINAR, ASIMETRIA FACIAL, SOMNOLENCIA, PERDIDA SUBITA DE FUERZA EN LAS EXTREMIDADES, DOLOR EN EL PECHO, DOLOR DE CABEZA INTENSO, ALTERACIONES VISUALES O AUDITIVAS, DETERIORO EN EL ESTADO GENERAL.  
SE INDICA TOMAR LOS MEDICAMENTOS DE LA FORMA INDICADA Y SIN INTERRUPCIONES.  
CITA DE CONTROL POR CRONICO.

**PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN**

1. Se solicita remisión Medicina General (Cronicos Adulto) Por solicitud del médico tratante. Justificación: PACIENTE DE 44 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA DODNE REIFERE QUE PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO HIEPRTEENSION ARTERIAL HIPERLIPIDEMIA HIPERURICEMIA. EL DIA DE HOY NO TARE REPORTE DE H.C

REFIERE MANEJO CON:  
AMLODIPINO 5MG DIARIO EL RESTO NO RECUERDA DOSIS NI EMDICACION  
EN EL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL SIN SGNOS DE ALARMA.



Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general.  
Diagnóstico Asociado 1: Dolor en miembro (M798), Impresión diagnóstica.  
Diagnóstico Asociado 2: Hiperlipidemia mixta (E782), Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 3: Hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea (E790), Confirmado nuevo.  
Diagnóstico Asociado 4: Hipotiroidismo, no especificado (E039), Confirmado repetido.

PLAN DE MANEJO - FORMULACION DE MEDICAMENTOS  
FÓRMULA MÉDICA - USO AGUDO

1. Atorvastatina Tab 40mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: con comida.
2. Amlodipino Tab 5mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 12 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 60, Número de entregas: 1 Recomendaciones: TOMAR CON DESAYUNO Y COMIDA
3. Levotiroxina sodica Tab 100mcg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 1 día(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: ayunas - favor entregar eutirox.
4. Diclofenaco sodico Sol Iny 75 mg/3 ml: Inyectar (vía Intramuscular) 1 ampolla cada 8 hora(s) por 1 día(s). Cantidad total: 3, Número de entregas: 1
5. Alopurinol Tab 100mg: Tomar (vía Oral) 1 tableta cada 24 hora(s) por 30 día(s). Cantidad total: 30, Número de entregas: 1 Recomendaciones: con desayuno.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS  
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1, ..
2. Se solicita Potasio, No. 1, ..
3. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1, ..
4. Se solicita Radiografía de torax (PAO AP y lateral, decubito lateral, oblicuas o lateral con barño), No. 1, ..
5. Se solicita Hormona estimulante del tiroides [TSH] ultrasensible, No. 1, ..
6. Se solicita Hemograma IV [hemoglobina, hematócrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios]
7. Se solicita Colesterol total, No. 1, ..
8. Se solicita Triglicéridos, No. 1, ..
9. Se solicita Acido urico, No. 1, ..
10. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie ECG, No. 1, ..

PLAN DE MANEJO - REFERENCIA - INTERCONSULTA - REMISIÓN

1. Se solicita Interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: OBESIDAD HTA HIPERURICEMIA HIPOTIROPIDISMO-DISLIPIDEMIA.
2. Se solicita Interconsulta a Nutrición Por solicitud del médico tratante. Justificación: OBESIDAD HTA HIPERURICEMIA HIPOTIROPIDISMO-DISLIPIDEMIA.
3. Se solicita Interconsulta a Endocrinología Por solicitud del médico tratante. Justificación: pcte con hta hiperuricemia - dislipidemia mixta hipotiroidismo obesidad no controlado.
4. Se solicita Interconsulta a Endocrinología Por solicitud del médico tratante. Justificación: pcte con hta hiperuricemia - dislipidemia mixta hipotiroidismo obesidad no controlado.

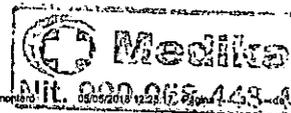
PLAN DE MANEJO - RECOMENDACIONES GENERALES

Recomendación 1:

RECOMENDACIONES GENERALES: SE DAN RECOMEDACIONES GENERALES, DIETA, EJERCICIO, NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO

SE EXPLICA A PCTE ASISTE SOLO S. ALARMA CLAROS FIEBRE, ARDOR AL ORINAR, CEFALEA INTENSA, DOLOR PECHO AHOGO INTENSO, VÓMITO, DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO NO RESPIRA BIEN O CUALQUIER SINTOMA QUE LE PREOCUPE IR A URGENCIAS DE INMEDIATO

SOLICITE SU PRÓXIMA CITA EN: 0 día(s), Lugar: Medika IPS SAS Soacha



Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180892 SEXO: Masculino RAZA: Otros

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, JADER ATEHORTUA BURITICA

Motivo de consulta: CONTROL

Enfermedad Actual: PACIENTE CON HTA EN TRATAMIENTO- HIPERURICEMIA NO CONTROLADA - HIPOTIROIDISMO NO CONTROLADO ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR NO DISURIA, NO POLIDIPSIA, POLIURIA, POLIFAGIA, NO BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, NO ASISTE A CONTROLES DESDE HACE 3 MESES, NO HA ESTADO HOSPITALIZADO, NIEGA FIEBRE, VÓMITOS, DOLOR TORÁCICO, DISNEA ACTUALMENTE. SE REVISAN EXÁMENES DE JULIO 2017 TSH 438 -A. URICO 8.4 - COLESTEROL TOTAL 418 ALTO TGDSOS 501 ALTO - HDL 88.

REVISIÓN POR SISTEMAS

Síntomas Generales: No presenta.

Neurológico: Sin síntomas.

Mental: Sin síntomas.

Órganos de los Sentidos: Sin síntomas.

Respiratorio: Sin síntomas.

Cardiovascular: Sin síntomas.

Gastrointestinal: Sin síntomas.

Genitourinario: Sin síntomas.

Osteomusculoesquelético: ARTRALGIAS.

Mamas: Sin síntomas.

Piel y Anexos: Sin síntomas.

Hematológico y Linfático: Sin síntomas.

Endocrinológico: VERTIGO.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general

Frecuencia Cardíaca: 70 Latidos/min

Frecuencia Respiratoria: 15 Respiraciones/min

Tensión Arterial Sistólica: 100 mmHg

Tensión Arterial Diastólica: 70 mmHg

Tensión Arterial Media: 80 mmHg

Temperatura: 36.8 °C

Peso: 76 Kg

Talla: 1.61 m

Índice de Masa Corporal: 28.53 (kg/m<sup>2</sup>)

Superficie corporal: 1.87 m<sup>2</sup>

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: Normocéfalo.

Órganos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.

Cuello: Sin masas ni adenopatías.

Mama: No evaluada.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni desdoblamientos.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.

Abdomen y pelvis: Blando, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes.

Genitales: No evaluados.

Extremidades Superiores: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, leve dolor mullacas no calidez.

Extremidades Inferiores: Presenta edemas? (No). Observaciones: Normales. Pulsos periféricos presentes, rítmicos y regulares, sin edema.

Osteomusculoesquelético: Sin alteraciones.

Examen Neurológico: Alerta, orientado, sin déficit aparente.

Piel y Anexos: Normal.

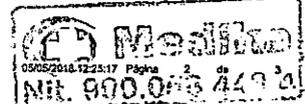
ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PACIENTE CON HTA EN TRATAMIENTO CONTROLADA - HIPERURICEMIA NO CONTROLADA A. URICO 8.4 - HIPOTIROIDISMO NO CONTROLADO TSH 436 - DISLIPIDEMIA MDTA PREDOMINIO COLESTEROL OBESIDAD POR LO QUE SE SUSPENDIÓ CONTROL. SE INICIA AMLODIPINO 5 X 2 - SE CONTINUA LEVOTIROXINA EUTIROX 100 AYUNAS - SE INICIA ALOPURINOL 100 DIA, ATROVASTATINA 40 NOCHE - SE VAL PRIORITYRIA POR ENDOCRINOLOGIA - NUTRICION SE DEJA ANALGESIA IM SIN DOLOR NO COLCHICINA CONTROL CON RESULTADOS

DIAGNOSTICO

Firmado Electrónicamente

Impreso por: lanortero



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: JADER ATEHORTUA BURITICA IDENTIFICACIÓN: CC 10180692 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES MÉDICOS

(10/10/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperlipidemia sin signos de crisis inflamatoria y enfermedad isofacea (E790); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipertension esencial (primaria) (I10X); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hipotiroidismo, no especificado (E036); Sospecha ATEP: No.  
(30/06/2017) Hiperlipidemia no especificada (E785); Sospecha ATEP: No.

- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

(10/10/2017) Hemiorrafia umbilical SOD (534000).  
(30/06/2017) Reparacion de hernia diafragmatica via abdominal SOD (537000).

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(10/10/2017) Amlodipino + Hidroclorotiazida 10 mg + 25 mg Tab.  
(10/10/2017) Colchicina Tab 0.5mg.  
(10/10/2017) Alopurinol Tab 100mg.  
(10/10/2017) Levotiroxina sodica Tab 100mcg.  
(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES NO FARMACOLÓGICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ALERGIAS A MEDICAMENTOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- OTRAS ALERGIAS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TÓXICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

- ANTECEDENTES FAMILIARES

(30/06/2017) No Refiere Nuevos Antecedentes.

ATENCIÓNES DEL PACIENTE

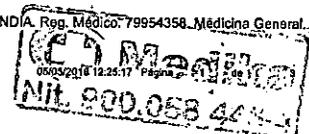
10/10/2017 17:11:42. E.P.S Sanitas - MÉDIKA IPS SAS SOACHA, SOACHA

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 17898757. No. de afiliación: E.P.S SANITAS - 000-0000100000-0000-00.

Edad del paciente: 44 años.

Datos del profesional de la salud: NESTOR MAURICIO RODRIGUEZ VELANDIA, Reg. Médico: 79954358, Medicina General.

Impreso por: lamontero



Firmado Electrónicamente

## HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

Estado Liquidada

Fecha Cirugía Día 22 Mes 5 Año 2013 Cama N° Sala De Recuperacion Cirugia 4 N° Hoja 1307920  
Centro de Atención Clínica La Calera  
Paciente CC 10180692 JADER ATEHORTUA BURITICAEPS: Saludcoop Eps Clínica La Calera Pos Evento

### DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO

K429 Hernia umbilical sin obstruccion ni gangrena, K458 Otras hernias de la cavidad abdominal especificadas, sin obstruccion ni gangrena

### ESPECIMEN ENVIADO A PATOLOGIA

-NINGUNO-Alvaro Silva Redondo May 22 2013 2:55PM

### COMPLICACIONES

May 22 2013 2:55PM

### SANGRADO

-ESCASO-Alvaro Silva Redondo May 22 2013 2:54PM

### NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL ACTO QUIRURGICO

PROCEDIMIENTO: 18518 HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA SOD

Finalidad: DIAGNOSTICO

Lateralidad: No Aplica

Acto Qx: MÚLTIPLE DIFERENTE VÍA MISMA ESPECIALIDAD

Tipo Herida: Limpia

Profesionales: Alvaro Silva Redondo - Cirujano Principal; Daniel Diaz Sanchez - Ayudante Quirurgico 1 ; Diana Velasquez Cuchia - Instrumentador

### DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

-HALLAZGOS HERNIA UMBILICAL CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APONEUROTICA DE UNOS 12 mm DE DIAMETRO. HERNIA EPIGASTRICA CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APOENUROTICA DE 6 mm DE DIAMETRO

PROCEDIMIENTO HERNIORRAFIA UMBILICAL TECNICA DE MAYO/ HERNIORRAFIA EPIGASTRICA TECNICA DE MAYO

UNA VEZ REALIZADA LA PAUSA PREQUIRURGICA CORRESPONDIENTE SE REALIZA LA SIGUIENTE INTERVENCION:

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

INCISION UMBILICAL POR PLANOS HASTA EL SACO HERNIARIO

DISECCION DEL SACO HERNIARIO HASTA LA APONEUROSIS UBICANDO EL ANILLO HERNIARIO

REPARO DE LOS BORDES APONEUROTICOS

REDUCCION DEL CONTENIDO HERNIARIO

CORRECCION DEL DEFECTO APEONEUROTICO MEDIANTE DOBLE SUTURA CON PROLENE 0 SEGUN TECNICA DE MAYO

FIJACION DE LA CICATRIZ UMBILICAL A LA APONEUROSIS

REVISION DE LA HEMOSTASIA

LAVADO DEL TEJIDO SUBCUTANEO

CIERRE DE PIEL EN INTRADERMICA DE PROLENE

INCISION EPIGASTRICA POR PLANOS HASTA EL SACO HERNIARIO

DISECCION DEL SACO HERNIARIO HASTA LA APONEUROSIS UBICANDO EL ANILLO HERNIARIO

REPARO DE LOS BORDES APONEUROTICOS

REDUCCION DEL CONTENIDO HERNIARIO

CORRECCION DEL DEFECTO APEONEUROTICO MEDIANTE DOBLE SUTURA CON PROLENE 0 SEGUN TECNICA DE MAYO

LAVADO DEL TEJIDO SUBCUTANEO

CIERRE DE PIEL EN INTRADERMICA DE PROLENE

ALVARO SILVA REDONDO

RM 7977/90

-Alvaro Silva Redondo May 22 2013 2:54PM

### OBSERVACIONES

-SANGRADO ESCASO

COMPLICACIONES QUIRURGICAS NO

HERIDA LIMPIA

PATOLOGIA NO

RECuento DE COMPRESAS COMPLETO

PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

Conteo Compresas:-Alvaro Silva Redondo May 22 2013 2:55PM

## HOJA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

Estado Liquidada

Fecha Cirugía Día 22 Mes 5 Año 2013

Cama N° Sala De Recuperacion Cirugia 4

N° Hoja 1307920

Centro de Atención Clínica La Calera

Paciente CC 10180692 JADER ATEHORTUA BURITICAEPS: Saludcoop Eps Clínica La Calera Pos Evento



FIRMA Y CEDULA

R.M.

AUTORIZACION		FACTURA NO.		NOMBRE I.P.S.		CODIGO I.P.S.	
				Clínica La Calera		830106376	
NUMERO CUENTA		CAMA		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
37493342		Sala De Recuperacion Cirugía -- 4		ATEHORTUA		BURITICA	
No. IDENTIFICACION		EDAD		SEX O		PLAN	
10180692		45 años 4 meses 16 dias		M		POS Contributivo	
GESTANTE		TRIMESTRE		OCUPACION		DIRECCION PACIENTE	
				EMPLEADO(A)		TEL	
FECHA Y HORA DE INGRESO		VIA DE INGRESO		FECHA Y HORA DE EGRESO		VIA DE EGRESO	
22/05/2013 08:46:55		REMITIDO		22/05/2013 14:47:00		CALLE 1 N 8 C 16 EST	
DIAGNOSTICO DE LA COMPLICACION		ESTADO A LA SALIDA		CAUSA BASICA DE LA MUERTE (NOMBRE Y COD.)			
CIE-VIGENTE		VIVO		CIE-VIGENTE			
NOMBRE DIAGNOSTICO DE INGRESO PRINCIPAL		COD. CIE-VIGENTE		CAUSA EXTERNA		NOMBRE DIAGNOSTICO DE EGRESO PRINCIPAL	
Otras hernias de la cavidad abdominal especificadas, sin obstruccion ni gangrena		K458		ENFERMEDAD GENERAL		Hernia umbilical sin obstruccion ni gangrena	
RELACIONADO 1						K429	
RELACIONADO 2						K458	
RELACIONADO 3							
CAUSA DE EGRESO		DISCAPACITADO					
		INCAPACIDAD No					
		104010096230191					
		INCAPACIDAD					
		DESDE 05/16/2017					
		HASTA 05/17/2017					
FECHA Y HORA NACIMIENTO		SEX O		PESO AL NACER		PESO EGRESO	
TALLA		APGAR 5 min		EDAD GESTACIONAL		CONTROL PRENATAL	
						DESDE 1o TRIM. <input type="checkbox"/> 2o <input type="checkbox"/> 3o <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
DIAGNOSTICO DEL RECIEN NACIDO (Nombre y Cod.)		CAUSA MUERTE (Si ocurrio en las primeras 24 horas)		FECHA DE MUERTE RECIEN NACIDO			
CIE-VIGENTE		CIE-VIGENTE					
RESUMEN DE LA HOSPITALIZACION							
<p>PACIENTE ESTUDIADO EN LA CONSULTA EXTERNA POR CUADRO DE HERNIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA SINTOMATICAS POR DOLOR Y CRECIMIENTO PROGRESIVO.</p> <p>LUEGO DE LOS ESTUDIOS PREQUIRURGICOS RESPECTIVOS Y CON EL VISTO BUENO DE ANESTESIOLOGIA. SE HOSPITALIZA Y BAJO ANESTESIA REGIONAL, SE REALIZA HERNIORRAFIA UMBILICAL Y HERNIORRAFIA EPIGASTRICA, PROCEDIMIENTOS QUE CURSAN SIN COMPLICACIONES Y SON BIEN TOLERADOS POR EL ENFERMO.</p> <p>EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO EVOLUCIONA ADECUADAMENTE, POR LO QUE POR MEJORIA, SE DECIDE DAR DE ALTA CON FORMULA DE ANALGESICOS, ORDEN DE CURACION DIARIA DE SU HERIDA A PARTIR DE PASADO MAÑANA CON ISODINE SOLUCION Y CITA DE CONTROL EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA GENERAL DR. ALVARO SILVA EL DIA VIERNES 31 DE MAYO DE 2013 A LAS 4 PM EN LA TORRE DE ESPECIALISTAS DE SALUDCOOP, AUTOPISTA NORTE No. 100-74 PISO 8</p> <p>DE PRESENTARSE CUALQUIER EVENTUALIDAD, DEBERA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA JORGE PIÑEROS COPRAS, AUTOPISTA NORTE No. 104-33 PISO 1</p> <p>IGUALMENTE SE EXPIDE INCAPACIDAD LABORAL CORRESPONDIENTE</p>							



Tipo de Documento: CC Número de Documento: 10180692 Edad: 40 años 5 meses 11 días Sexo: MASCULINO  
Nombre del Afiliado: JADER ATEHORTUA BURITICA Fecha Nacimiento: 10/12/1972  
Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST  
Ocupación: EMPLEADO(A) Teléfono: 7777887 3045886549  
Grupo Poblacional: Pertinencia Étnica:  
Convenio: Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento  
Dirección IPS: CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria: 830106376 Teléfono IPS: 6539000  
Municipio IPS: La Calera Cód. habilitación IPS: 253770101010  
Nombre Acompañante: Dirección Acompañante:  
Teléfono Acompañante: Parentesco: Cama: Sala De Recuperacion Cirugia-4  
Página 1 de 8 Fecha y Hora Impresión: 4/27/2018 8:56:55 AM  
Fecha filtro inicial: 05/22/2013 8:46 Fecha filtro final: 05/22/2013 16:26

### EVOLUCION

Fecha Evolución 5/22/2013 2:47:00 PM  
CIRUGIA GENERAL SILVA A

#### NOTA OPERATORIA

DX. PREQUIRURGICO HERNIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA  
DX POSTQUIRURGICO IDEM  
HALLAZGOS HERNIA UMBILICAL CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APONEUROTICA DE UNOS 12 mm DE  
DIAMETRO. HERNIA EPIGASTRICA CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APOENUROTICA DE 6 mm DE DIAMETRO  
PROCEDIMIENTO HERNIORRAFIA UMBILICAL TECNICA DE MAYO/ HERNIORRAFIA EPIGASTRICA TECNICA DE  
MAYO

Subjetivo

CIRUJANO ALVARO SILVA REDONDO  
AYUDANTE DANIEL DIAZ  
ANESTESIOLOGO EDGAR GUSTAVO ROJAS  
TECNICA ANESTESICA REGIONAL RAQUIDEA  
INSTRUMENTADORA DIANA VELASQUEZ CUCHIA  
TIEMPO QUIRURGICO 90 MINUTOS  
SANGRADO ESCASO  
COMPLICACIONES QUIRURGICAS NO  
HERIDA LIMPIA  
PATOLOGIA NO  
RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO  
PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO  
CIRUGIA GENERAL SILVA A

#### NOTA OPERATORIA

DX. PREQUIRURGICO HERNIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA  
DX POSTQUIRURGICO IDEM  
HALLAZGOS HERNIA UMBILICAL CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APONEUROTICA DE UNOS 12 mm DE  
DIAMETRO. HERNIA EPIGASTRICA CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APOENUROTICA DE 6 mm DE DIAMETRO  
PROCEDIMIENTO HERNIORRAFIA UMBILICAL TECNICA DE MAYO/ HERNIORRAFIA EPIGASTRICA TECNICA DE  
MAYO

Objetivo

CIRUJANO ALVARO SILVA REDONDO  
AYUDANTE DANIEL DIAZ  
ANESTESIOLOGO EDGAR GUSTAVO ROJAS  
TECNICA ANESTESICA REGIONAL RAQUIDEA  
INSTRUMENTADORA DIANA VELASQUEZ CUCHIA  
TIEMPO QUIRURGICO 90 MINUTOS  
SANGRADO ESCASO  
COMPLICACIONES QUIRURGICAS NO  
HERIDA LIMPIA  
PATOLOGIA NO  
RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO  
PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

**Tipo de Documento:** CC **Número de Documento:** 10180692 **Edad:** 40 años 5 meses 11 días **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)  
**Grupo Poblacional:** **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento  
**Dirección IPS:** CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria: 830106376 **Teléfono IPS:** 6539000  
**Municipio IPS:** La Calera **Cód. habilitación IPS:** 253770101010  
**Nombre Acompañante:** **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:** **Parentesco:** **Cama:** Sala De Recuperacion Cirugia-4  
**Página 2 de 8** **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:56:55 AM  
**Fecha filtro inicial:** 05/22/2013 8:46 **Fecha filtro final:** 05/22/2013 16:26

**Signos Vitales**

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometria		Saturación			

CIRUGIA GENERAL SILVA A

NOTA OPERATORIA

**Análisis**

DX. PREQUIRURGICO HERNIA UMBILICAL Y EPIGASTRICA  
 DX POSTQUIRURGICO IDEM  
 HALLAZGOS HERNIA UMBILICAL CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APONEUROTICA DE UNOS 12 mm DE DIAMETRO. HERNIA EPIGASTRICA CON SOLUCION DE CONTINUIDAD APOENUROTICA DE 6 mm DE DIAMETRO  
 PROCEDIMIENTO HERNIORRAFIA UMBILICAL TECNICA DE MAYO/ HERNIORRAFIA EPIGASTRICA TECNICA DE MAYO  
 CIRUJANO ALVARO SILVA REDONDO  
 AYUDANTE DANIEL DIAZ  
 ANESTESIOLOGO EDGAR GUSTAVO ROJAS  
 TECNICA ANESTESICA REGIONAL RAQUIDEA  
 INSTRUMENTADORA DIANA VELASQUEZ CUCHIA  
 TIEMPO QUIRURGICO 90 MINUTOS  
 SANGRADO ESCASO  
 COMPLICACIONES QUIRURGICAS NO  
 HERIDA LIMPIA  
 PATOLOGIA NO  
 RECUENTO DE COMPRESAS COMPLETO  
 PROFILAXIS ANTIBIOTICA NO

**Diagnósticos**

**Nombre Diagnóstico** Hernia umbilical sin obstruccion ni gangrena **CIE 10** K429

**Observaciones Diagnóstico**

**Especialista** Alvaro Silva Redondo **Especialidad** Médico

**Nombre Diagnóstico** Otras hernias de la cavidad abdominal especificadas, sin obstruccion ni gangrena **CIE 10** K458

**Observaciones Diagnóstico**

**Especialista** Alvaro Silva Redondo **Especialidad** Médico

**MEDICAMENTOS**

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A **N.Medicamento** CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)  
**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:47:06 **Vía** Tópico **Dosificación** 500 **U. Medida** C.C. **Periodicidad** 1 VEZ  
**Obs. Medicamento**  
**Observaciones Aplic /Susp**

**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 5 meses 11 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento  
**Dirección IPS:** CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria: 830106376    **Teléfono IPS:** 6539000  
**Municipio IPS:** La Calera    **Cód. habilitación IPS:** 253770101010  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Sala De Recuperacion Cirugia-4  
**Página 3 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:56:55 AM  
**Fecha filtro inicial:** 05/22/2013 8:46    **Fecha filtro final:** 05/22/2013 16:26

**Profesional Que Ordena** Alvaro Silva Redondo    **Especialidad** Médico CIRUGIA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**

**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermería

**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00

**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334014006

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** ATROPINA SULFATO SOL. INY. x1mg AMP. x1ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:53:46    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 1    **U. Medida** Miligramos    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Olga Lucia Ortiz Salon    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**

**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermería

**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00

**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334015706

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** BUPIVACAINA CLORHIDRATO PESADA SOL INY X0.5% AMPOULEPACK X4ML (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:53:46    **Vía** Intratecal    **Dosificación** 10    **U. Medida** Miligramos    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Olga Lucia Ortiz Salon    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**

**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermería

**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00

**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334015719

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** DIPIRONA SODICA SOL. INY. x1g AMP. x2ml (AMP)  
**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:53:46    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 2,5    **U. Medida** Gramos    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Olga Lucia Ortiz Salon    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 3.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**

**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermería

**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00

**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334015726

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** LACTATO RINGER (HARTMANN) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 5 meses 11 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento  
**Dirección IPS:** CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria: 830106376    **Teléfono IPS:** 6539000  
**Municipio IPS:** La Calera    **Cód. habilitación IPS:** 253770101010  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Sala De Recuperacion Cirugia-4  
**Página 4 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:56:55 AM  
**Fecha filtro inicial:** 05/22/2013 8:46    **Fecha filtro final:** 05/22/2013 16:26

**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:53:46    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 1500    **U. Medida** C.C.    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Olga Lucia Ortiz Salon    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 3.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00

**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334015714

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)

**Fecha Medicamento** 2013/05/22 14:53:46    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 50    **U. Medida** Miligramos    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Olga Lucia Ortiz Salon    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00

**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334015723

**Observaciones Generales:**

**Estado** EJECUTAD A    **N.Medicamento** CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)

**Fecha Medicamento** 2013/05/22 15:03:06    **Vía** Intravenosa    **Dosificación** 500    **U. Medida** C.C.    **Periodicidad** 1 VEZ

**Obs. Medicamento**

**Observaciones Aplic /Susp**

**Profesional Que Ordena** Daniel Diaz Sanchez    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL  
**Suministrado** 1.00    **Desperdicio** 0    **Diagnóstico**  
**PROFESIONAL QUE EJECUTO:** Andrea DelPilar Aguirre Ramos    **ESPECIALIDAD:** Jefe de enfermeria  
**FECHA DE EJECUCION:** 05/22/2013 15:39:00

**ID Ingreso** 37493342    **Orden medica:** 334016447

**INSUMOS**

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:55 PM    **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes    **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insuno** ACIDO POLIGLICOLICO 3/0 75cm - AGUJA REDONDA 1/2 CIRC. x26mm (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insuno** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes    **Especialidad:** Auxiliar de enfermeria

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM    **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes    **Especialidad** Auxiliar de enfermeria

<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 5 meses 11 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA		<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972	
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST			
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)		<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549	
<b>Grupo Poblacional:</b>	<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Convenio:</b> Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento			
<b>Dirección IPS:</b> CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria:	830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6539000	
<b>Municipio IPS:</b> La Calera	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 253770101010		
<b>Nombre Acompañante:</b>		<b>Dirección Acompañante:</b>	
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Cama:</b> Sala De Recuperacion Cirugia-4	
<b>Página 5 de 8</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:56:55 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 05/22/2013 8:46		<b>Fecha filtro final:</b> 05/22/2013 16:26	

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** AGUJA ESPINAL 26G x 3 1/2 in (88mm) (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes

**Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** AGUJA HIPODERMICA DESECHABLE ESTERIL 23G x 1 1/2in (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes

**Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** CANULA NASAL PARA OXIGENO ADULTO (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes

**Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** CATETER INTRAVENOSO 18G x 1 1/4 in (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes

**Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** CUCHILLAS BISTURI DESECHABLE No. 15 (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes

**Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** ELECTRODO MONITOREO ADULTO (UND) [UNIDAD] Cantidad: 3

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes

**Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 5 meses 11 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA		<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972	
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST			
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)		<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549	
<b>Grupo Poblacional:</b>	<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Convenio:</b> Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento			
<b>Dirección IPS:</b> CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA	<b>Nit IPS Primaria:</b> 830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6539000	
<b>Municipio IPS:</b> La Calera	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 253770101010		
<b>Nombre Acompañante:</b>		<b>Dirección Acompañante:</b>	
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Cama:</b> Sala De Recuperacion Cirugia-4	
<b>Página 6 de 8</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:56:55 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 05/22/2013 8:46		<b>Fecha filtro final:</b> 05/22/2013 16:26	

**Insumo** EQUIPO DE MACROGOTEO VENOCLISIS (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:56 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** EXTENSION PARA ANESTESIA DESECHABLE- M/H (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GASA PRECORTADA ESTERIL 3pug x 3pulg (7.5cm x 7.5cm) (UND) [UNIDAD] Cantidad: 35

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** \_ GUANTE ESTERIL No 7 (PAR) [PAR] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GUANTE ESTERIL No 7 1/2 PAR (PAR) [PAR] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GUANTES ESTERIL No 6 1/2 (PAR) [PAR] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** GUANTES ESTERIL No 8 PAR (PAR) [PAR] Cantidad: 2

<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 5 meses 11 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA		<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972	
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST			
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)		<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549	
<b>Grupo Poblacional:</b>	<b>Pertenencia Étnica:</b>		
<b>Convenio:</b> Saludcoop Eps Clinica La Calera - Pos Evento			
<b>Dirección IPS:</b> CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA Nit IPS Primaria:	830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6539000	
<b>Municipio IPS:</b> La Calera	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 253770101010		
<b>Nombre Acompañante:</b>		<b>Dirección Acompañante:</b>	
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Cama:</b> Sala De Recuperacion Cirugia-4	
<b>Página 7 de 8</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:56:55 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 05/22/2013 8:46		<b>Fecha filtro final:</b> 05/22/2013 16:26	

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** JERINGA 10ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** JERINGA 5ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** LAPIZ PARA ELECTROBISTURI (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** LLAVES TRES VIAS DESECHABLE (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** POLIPROPILENO 0 75cm - AGUJA REDONDA 1/2 CIRC. x26mm - 27mm (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**Fecha Orden** 5/22/2013 3:26:57 PM **Profesional** Andrea Yamile Romero Reyes **Especialidad** Auxiliar de enfermería

**Observaciones de la Orden** HOJA DE GASTO DE FARMACIA:

**Insumo** POLIPROPILENO 3/0 45cm - AGUJA CORTANTE 3/8 CIRC. x24mm (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2

**Observaciones del Insumo** Originado en la Hoja de Gasto de Farmacia Nro 975139

**Tipo de Documento:** CC **Número de Documento:** 10180692 **Edad:** 40 años 5 meses 11 días **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)  
**Grupo Poblacional:** **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Saludcoop Eps Clínica La Calera - Pos Evento  
**Dirección IPS:** CALLE 3 NUMERO 1 30 LA CALERA **Nit IPS Primaria:** 830106376 **Teléfono IPS:** 6539000  
**Municipio IPS:** La Calera **Cód. habilitación IPS:** 2537701010  
**Nombre Acompañante:** **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:** **Parentesco:** **Cama:** Sala De Recuperacion Cirugia-4  
**Página 8 de 8** **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:56:55 AM  
**Fecha filtro inicial:** 05/22/2013 8:46 **Fecha filtro final:** 05/22/2013 16:26

**Estado** EJECUTADA

**Profesional que Ejecuto:** Andrea Yamile Romero Reyes

**Especialidad:** Auxiliar de enfermería

**AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS**

**Especialidad Procedimiento** CIRUGIA GENERAL

**Fecha** 5/22/2013 2:50:08 PM **Estado** PENDIENTE **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico** BÁSICA

**Nombre Procedimiento** CIRUGIA GENERAL CONSULTA

**Periodicidad**

CITA DE CONTROL EN LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA GENERAL DR. ALVARO SILVA EL DIA VIERNES 31 DE MAYO DE 2013 A LAS 4 PM EN LA TORRE DE ESPECIALISTAS DE SALUDCOOP, AUTOPISTA NORTE No. 100-74 PISO 8

**Observación**

DE PRESENTARSE CUALQUIER EVENTUALIDAD, DEBERA ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLINICA JORGE PIÑEROS COPRAS, AUTOPISTA NORTE No. 104-33 PISO 1

**Especialista** Alvaro Silva Redondo

**Especialidad** Médico CIRUGIA GENERAL

**Teléfono de contacto profesional:**



**Tipo de Documento:** CC **Número de Documento:** 10180692 **Edad:** 40 años 2 meses 17 días **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A) **Télefono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:** **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09 **Nit IPS Primaria:** 830106376 **Télefono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C. **Cód. habilitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:** **Dirección Acompañante:**  
**Télefono Acompañante:** **Parentesco:** **Cama:** Observación 1-13  
**Página 1 de 8** **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35 **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

### NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha Nota	2/27/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 6:05:00 PM
<b>Nota de enfermería</b>	INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE OBSERVACION DE URGENCIAS ALERTA HIDRATADO CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS LO DEJAN CON DX DE COLECISTITIS ???, SE UBICA EN CAMILLA SE CANALIZA VENA PERIFERICA YELCO 18 SE INICIA SOLUCION SALINA A 100 CC HORA , SE ADMINISTRAN MEDICAMENTOS PACIENTE QUEDA EN PROCESO DE REMISION PACIENTE SIN VIA ORAL POR DIAGNOSTICO		
<b>Especialista</b>	Sol Mery Silva Gutierrez	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería
Fecha Nota	2/27/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 6:58:00 PM
<b>Nota de enfermería</b>	ENTREGO PACIENTE EN SALA DE OBSERVACION DE URGENCIAS AKERTA ACTIVO AFEBRIL CON DX DE COLECISTITIS???, PACIENTE CON LIQUIDOS PERMEABLES SOLUCION SALINA A 100 CC HORA PENDIENTE REMISION		
<b>Especialista</b>	Sol Mery Silva Gutierrez	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería
Fecha Nota	2/27/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 7:00:00 PM
<b>Nota de enfermería</b>	Recibo paciente en observacion adulto acostado en camilla con medidas de seguridad alerta al llamdo, conciente oprientado, afebril con Dx Colecistitis interrogado, con vena canalizada en miembro superior izquierdo pasando SSN a 100 cc por hora, pendiente revaloracion medica.		
<b>Especialista</b>	Erika Judith Rodriguez Onofre	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería
Fecha Nota	2/27/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 7:05:00 PM
<b>Nota de enfermería</b>	PENDIENTE TOMA DE ECOGRAFIA HEPATOBILIAR.		
<b>Especialista</b>	Erika Judith Rodriguez Onofre	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería
Fecha Nota	2/27/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 8:22:00 PM
<b>Nota de enfermería</b>	SE REALIZA CONTROL DE SIGNOS VITALES TA 155/108 TAM 116 FC 62 X MIN FR 20 X MIN SPO2 97% Tº 36.5º SE INFORMA A DOCTOR SANCHEZ		
<b>Especialista</b>	Erika Judith Rodriguez Onofre	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería
Fecha Nota	2/27/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 9:41:00 PM
<b>Nota de enfermería</b>	Es valorado por el Dr Alirio Sanchez, quien continua con igual manejo medico.		
<b>Especialista</b>	Erika Judith Rodriguez Onofre	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería
Fecha Nota	2/27/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 10:42:00 PM
<b>Nota de enfermería</b>	Jefe administra medicamento según orden y recomendacion medica.		
<b>Especialista</b>	Erika Judith Rodriguez Onofre	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería
Fecha Nota	2/28/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 12:43:00 AM
<b>Nota de enfermería</b>	Paciente acostado despierto alerta, sin cambios gasta el momento.		
<b>Especialista</b>	Erika Judith Rodriguez Onofre	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería
Fecha Nota	2/28/2013 12:00:00 AM	Hora Nota	1/1/1900 1:21:00 AM
<b>Nota de enfermería</b>	Llega ambulancia para trasladar paciente para la clinica San Jose Centro, sale paciente acostado en camilla con medidas de seguridad alerta al llamado, conciente , orientado, tranquilo, con Dx Colecistitis interrogada, sale con líquidos permeables, en compañía de familiar y auxiliar de ambulancia,.		
<b>Especialista</b>	Erika Judith Rodriguez Onofre	<b>Especialidad</b>	Auxiliar de enfermería

[x]							
Tipo de Documento:	CC	Número de Documento:	10180692	Edad:	40 años 2 meses 17 días	Sexo:	MASCULINO
Nombre del Afiliado:	JADER ATEHORTUA BURITICA			Fecha Nacimiento:	10/12/1972		
Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST			Teléfono:	7777887 3045886549		
Ocupación:	EMPLEADO(A)						
Grupo Poblacional:	Perteneencia Étnica:						
Convenio:	Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo						
Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09	Nit IPS Primaria:	830106376	Teléfono IPS:	6606237		
Municipio IPS:	Bogotá D.C.	Cód. habilitación IPS:	110010782831				
Nombre Acompañante:	Parentesco:			Dirección Acompañante:	Cama:		
Teléfono Acompañante:				Observación 1-13			
Página 2 de 8				Fecha y Hora Impresión: 4/27/2018 8:54:18 AM			
Fecha filtro inicial:	02/27/2013 13:35		Fecha filtro final:	02/28/2013 1:28			

### EVOLUCION

Fecha Evolución 2/27/2013 4:22:00 PM

Subjetivo SE ME ROMPIO LA INYECCION

Objetivo SIN CAMBIOSQ

#### Signos Vitales

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometría		Saturación			

#### Análisis

SE TRATA DE PACIENTE CON EPIGASTRALGIA, SE FORMULO RQNITIDINA PERO SE ROMPIO POR ACCIDENTE, SE REFORMULA

#### Diagnósticos

Nombre Diagnóstico Colecistitis aguda CIE 10 K810

#### Observaciones Diagnóstico

Especialista Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico

Nombre Diagnóstico Dolor abdominal localizado en parte superior CIE 10 R101

#### Observaciones Diagnóstico

Especialista Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico

Fecha Evolución 2/27/2013 5:44:00 PM

Subjetivo PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR, NAUSEAS, NO EMESIS, NIEGA FIEBRE O SINTOMATOLOGIA INFECCIOSA, BUEN PATRON DE SUEÑO.

Objetivo REGULAR ESTADO GENERAL, ALGIDO TA 120/80 FR 18 FC 86 T 37°C, SAT 95% AMBIENTE, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS NORMALES, MUCOSA ORAL HUMEDA, NORMAL, RUIDOS CARDIACOS NORMALES, RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION DE PREDOMINIO EN HIPOCONDRIO DERECHO, MURPHY POSITIVO, RUIDOS INTESTINALES NORMALES, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PULSOS NORMALES, MOVILIDAD NORMAL, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO, GLASGOW 15/15.

#### Signos Vitales

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometría		Saturación			

#### Análisis

SE TRATA DE PACIENTE CON CLINICA DE DOLOR ABDOMINAL DE PREDOMINIO EN HIPOCONDRIO DERECHO COMPATIBLE CON COLICO BILIAR, EN EL MOMENTO CON LEVE DOLOR, REPORTE DE CH MUESTRA LEVE PROCESO INFLAMATORIO, PMDE O NORMAL, ELEVACION DE BILIRRUBINAS A EXPENSAS DE LA DIRECTA, Y LEVE ELEVACION DE TRANSAMINASAS, NO SIGNIFICATIVA, SE CONSIDERA POSBLE COLECISTITIS, SE DECIDE OBSERVACION Y TRAMITE DE REMISION, SE DEJA PACIENTE EN OBSERVACION CON RODRIGO DIAZ MEDICO ENCARGADO Y JEFE DE TURNO.

#### Diagnósticos

Nombre Diagnóstico Colecistitis aguda CIE 10 K810

#### Observaciones Diagnóstico

Especialista Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico

Tipo de Documento: CC		Número de Documento: 10180692	Edad: 40 años 2 meses 17 días	Sexo: MASCULINO
Nombre del Afiliado: JADER ATEHORTUA BURITICA		Fecha Nacimiento: 10/12/1972		
Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST		Teléfono: 7777887 3045886549		
Ocupación: EMPLEADO(A)				
Grupo Poblacional:	Pertenenencia Étnica:			
Convenio: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo				
Dirección IPS: CARRERA 68 NUMERO 15-09		Nit IPS Primaria: 830106376	Teléfono IPS: 6606237	
Municipio IPS: Bogotá D.C.	Cód. habilitación IPS: 110010782831			
Nombre Acompañante:		Dirección Acompañante:		
Teléfono Acompañante:		Parentesco:	Cama:	Observación 1-13
Página 3 de 8		Fecha y Hora Impresión: 4/27/2018 8:54:18 AM		
Fecha filtro inicial: 02/27/2013 13:35		Fecha filtro final: 02/28/2013 1:28		

Fecha Evolución 2/27/2013 11:35:00 PM  
 PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD  
 CON DIAGNOSTICO DE:

- Subjetivo
1. COLICO BILIAR
  2. COLECISTITIS CON COLELIATIS

Objetivo

S/ REFIERE MEJORIA DEL DOLOR ABDOMINAL , NIEGA VOMITO AL EXAMEN FISICO.  
 ALERTA CONCIENTE ORIENTADO AFEBRIL HIDRATADO  
 SV: TA: 115/60 FC: 78 FR: 18 SAT: 98% CON FIO2: 0.21 GLASGOW: 15/15  
 CC: MUCOSA ORAL HUMEDA . PINRAL , CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS  
 CP: RS CS RS SIN SOPLOS PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS  
 ABD: LIGERO DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO , NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL  
 GU: NO SE EXPLORO  
 EXT SIN EDEMAS BUENA PERFUSION DISTAL  
 SNC SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR , PARES CRANEANOS CONSERVADOS  
 GLASGOW: 15/15 ROT: ++/+++ FM: 5/5 , NO SIGNOS MENINGEOS

Signos Vitales

Sístole		Diástole		TAM	
FC		FR		Temperatura	
Peso		Talla			
Glucometría		Saturación			

Análisis

PACIENTE ESTABLE , CONTINUA CON IGUAL MANEJO MEDICO Y SE INSISTE EN REMISION A CIRUGIA GENERAL

Diagnósticos

Nombre Diagnóstico	Calculo de la vesicula biliar con colecistitis aguda	CIE 10	K800
Observaciones Diagnóstico			
Especialista	Alirio Alfonso Sanchez Baslano	Especialidad	Médico

MEDICAMENTOS

Observaciones Generales:

Estado	EJECUTAD A	N.Medicamento	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO SOL. INY. X10mg/2ml AMP. x2ml (AMP)						
Fecha Medicamento	2013/02/27 15:43:00	Vía	Intramuscular	Dosificación	10	U. Medida	Miligramos	Periodicidad	1 VEZ
Obs. Medicamento									
Observaciones Aplíc /Susp									
Profesional Que Ordena	Jorge Mario Mesa Romero	Especialidad	Médico MEDICINA GENERAL						
Suministrado	1.00	Desperdicio	0	Diagnóstico	ESPECIALIDAD: Jefe de enfermeria				
PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla									
FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:28:00									
ID Ingreso	36738200	Orden medica:	320583450						

Tipo de Documento: CC		Número de Documento: 10180692		Edad: 40 años 2 meses 17 días		Sexo: MASCULINO	
Nombre del Afiliado: JADER ATEHORTUA BURITICA		Dirección: CALLE 1 N 6 C 16 EST		Fecha Nacimiento: 10/12/1972		Teléfono: 7777887 3045886549	
Ocupación: EMPLEADO(A)		Grupo Poblacional:		Perteneencia Étnica:			
Convenio: Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo		Dirección IPS: CARRERA 68 NUMERO 15-09		Nit IPS Primaria: 830106376		Teléfono IPS: 6606237	
Municipio IPS: Bogotá D.C.		Cód. habilitación IPS: 110010782831		Nombre Acompañante:		Dirección Acompañante:	
Teléfono Acompañante:		Parentesco:		Cama:		Observación 1-13	
Página 4 de 8		Fecha filtro inicial: 02/27/2013 13:35		Fecha filtro final: 02/28/2013 1:28		Fecha y Hora Impresión: 4/27/2018 8:54:18 AM	

**Observaciones Generales:**

Estado EJECUTAD A N.Medicamento RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)  
 Fecha Medicamento 2013/02/27 15:43:00 Vía Intramuscular Dosificación 50 U. Medida Miligramos Periodicidad 1 VEZ  
 Obs. Medicamento  
 Observaciones Aplic /Susp  
 Profesional Que Ordena Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL  
 Suministrado 1.00 Desperdicio 0 Diagnóstico  
 PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla ESPECIALIDAD: Jefe de enfermería  
 FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:28:00  
 ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320583449

**Observaciones Generales:**

Estado EJECUTAD A N.Medicamento RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)  
 Fecha Medicamento 2013/02/27 16:21:16 Vía Intramuscular Dosificación 1 U. Medida Unidades Periodicidad 1 VEZ  
 Obs. Medicamento  
 Observaciones Aplic /Susp  
 Profesional Que Ordena Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL  
 Suministrado 1.00 Desperdicio 0 Diagnóstico  
 PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla ESPECIALIDAD: Jefe de enfermería  
 FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:28:00  
 ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320589610

**Observaciones Generales:**

Estado EJECUTAD A N.Medicamento CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)  
 Fecha Medicamento 2013/02/27 17:51:06 Vía Intravenosa Dosificación 100 U. Medida C.C. Periodicidad 1 H  
 Obs. Medicamento  
 Observaciones Aplic /Susp  
 Profesional Que Ordena Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL  
 Suministrado 5.00 Desperdicio 0 Diagnóstico  
 PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla ESPECIALIDAD: Jefe de enfermería  
 FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:28:00  
 ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320603960

**Observaciones Generales:**

Estado PENDIENTE N.Medicamento CLORURO DE SODIO (SSN 0.9%) SOL. INY. BOLSA x500ml (BLS)  
 Fecha Medicamento 2013/02/27 17:51:06 Vía Intravenosa Dosificación 100 U. Medida C.C. Periodicidad 1 H  
 Obs. Medicamento  
 Observaciones Aplic /Susp  
 Profesional Que Ordena Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL  
 Suministrado 5.00 Desperdicio 0 Diagnóstico

[X]							
Tipo de Documento:	CC	Número de Documento:	10180692	Edad:	40 años 2 meses 17 días	Sexo:	MASCULINO
Nombre del Afiliado:	JADER ATEHORTUA BURITICA			Fecha Nacimiento:	10/12/1972		
Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST			Teléfono:	7777887 3045886549		
Ocupación:	EMPLEADO(A)						
Grupo Poblacional:	Pertenenencia Étnica:						
Convenio:	Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo						
Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09	Nit IPS Primaria:	830106376	Teléfono IPS:	6606237		
Municipio IPS:	Bogotá D.C.	Cód. habilitación IPS:	110010782831				
Nombre Acompañante:	Parentesco:			Dirección Acompañante:			
Teléfono Acompañante:				Cama:	Observación 1-13		
Página 5 de 8				Fecha y Hora Impresión:	4/27/2018 8:54:18 AM		
Fecha filtro inicial:	02/27/2013 13:35		Fecha filtro final:	02/28/2013 1:28			

ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320603960

Observaciones Generales:

Estado EJECUTAD A N.Medicamento HIOSCINA BUTILBROMURO 20mg + DIPIRONA 2.5g SOL. INY. AMP. x5ml (AMP)  
 Fecha Medicamento 2013/02/27 17:51:06 Vía Intravenosa Dosificación 1 U. Medida Unidades Periodicidad 8 H

Obs. Medicamento

Observaciones Aplic/Susp

Profesional Que Ordena Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL  
 Suministrado 1.00 Desperdicio 0 Diagnóstico  
 PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla ESPECIALIDAD: Jefe de enfermería  
 FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:00:00

ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320603962

Observaciones Generales:

Estado PENDIENTE N.Medicamento HIOSCINA BUTILBROMURO 20mg + DIPIRONA 2.5g SOL. INY. AMP. x5ml (AMP)  
 Fecha Medicamento 2013/02/27 17:51:06 Vía Intravenosa Dosificación 1 U. Medida Unidades Periodicidad 8 H

Obs. Medicamento

Observaciones Aplic/Susp

Profesional Que Ordena Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL  
 Suministrado 1.00 Desperdicio 0 Diagnóstico

ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320603962

Observaciones Generales:

Estado EJECUTAD A N.Medicamento RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)  
 Fecha Medicamento 2013/02/27 17:51:06 Vía Intravenosa Dosificación 50 U. Medida Miligramos Periodicidad 8 H

Obs. Medicamento

Observaciones Aplic/Susp

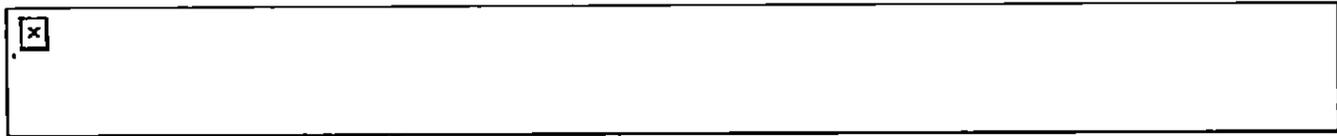
Profesional Que Ordena Jorge Mario Mesa Romero Especialidad Médico MEDICINA GENERAL  
 Suministrado 1.00 Desperdicio 0 Diagnóstico  
 PROFESIONAL QUE EJECUTO: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla ESPECIALIDAD: Jefe de enfermería  
 FECHA DE EJECUCION: 02/27/2013 18:00:00

ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320603961

Observaciones Generales:

Estado PENDIENTE N.Medicamento RANITIDINA SOL. INY. x50mg AMP. x2ml (AMP)  
 Fecha Medicamento 2013/02/27 17:51:06 Vía Intravenosa Dosificación 50 U. Medida Miligramos Periodicidad 8 H

Obs. Medicamento



Tipo de Documento:	CC	Número de Documento:	10180692	Edad:	40 años 2 meses 17 días	Sexo:	MASCULINO
Nombre del Afiliado:	JADER ATEHORTUA BURITICA			Fecha Nacimiento:	10/12/1972		
Dirección:	CALLE 1 N 6 C 16 EST			Teléfono:	7777887 3045886549		
Ocupación:	EMPLEADO(A)						
Grupo Poblacional:	Perteneencia Étnica:						
Convenio:	Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo						
Dirección IPS:	CARRERA 68 NUMERO 15-09	Nit IPS Primaria:	830106376	Teléfono IPS:	6606237		
Municipio IPS:	Bogotá D.C.	Cód. habilitación IPS:	110010782831				
Nombre Acompañante:				Dirección Acompañante:			
Teléfono Acompañante:	Parentesco:			Cama:	Observación 1-13		
Página 6 de 8				Fecha y Hora Impresión:	4/27/2018 8:54:18 AM		
Fecha filtro inicial:	02/27/2013 13:35	Fecha filtro final:	02/28/2013 1:28				

**Observaciones Aplic/Susp**

Profesional Que Ordena	Jorge Mario Mesa Romero	Especialidad	Médico MEDICINA GENERAL
SumInstrado	1.00 Desperdido 0	Diagnóstico	

ID Ingreso 36738200 Orden medica: 320603961

**ORDENES NO FARMACOLOGICAS**

Fecha Ordenado	Feb 27 2013 3:43PM	Estado	PENDIENTE
Recomendaciones Generales de Manejo	RANITIDINA 50 MG IM DOSIS UNICA METOCLOPRAMIDA 10 MG IM DOSIS UNICA SE SOLICITA CH, P DE O, AMILASA, FOSFATASA ALLCALINA, TRANSAMINASAS, BILIRRUBINAS CONTROL CON RESULTADOS		
Periodicidad	1 VEZ	Especialista que Ordenó:	Jorge Mario Mesa Romero
Especialidad		Especialidad	Médico MEDICINA GENERAL

Fecha Ordenado	Feb 27 2013 5:50PM	Estado	PENDIENTE
Recomendaciones Generales de Manejo	OBSERVACION NADA VIA ORAL SSN 0.9% 100 CC HORA RANITIDINA 50 MG VO CADA 8 HORAS DIPIRONA MAS HIOSCINA 1 AMPOLLA CADA 8 HORAS SE SOLICITA ECOGRAFIA HEPATOBILIAR SE INICIA TRAMITE DE REMISION CSV-AC		
Periodicidad	1 VEZ	Especialista que Ordenó:	Jorge Mario Mesa Romero
Especialidad		Especialidad	Médico MEDICINA GENERAL

**INSUMOS**

Fecha Orden	2/27/2013 6:00:17 PM	Profesional	Yuly Tatiana Ruiz Pinilla	Especialidad	Jefe de enfermeria
Observaciones de la Orden	Insumo BURETRA - EQUIPO P/ ADMINISTRACION VOLUMETRICA 150mL (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1				
Observaciones del Insumo	Estado EJECUTADA				
Profesional que Ejecuto:	Yuly Tatiana Ruiz Pinilla	Especialidad:	Jefe de enfermeria		
Fecha Orden	2/27/2013 6:00:17 PM	Profesional	Yuly Tatiana Ruiz Pinilla	Especialidad	Jefe de enfermeria
Observaciones de la Orden	Insumo CATETER INTRAVENOSO 18G x 1 1/4 in (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1				
Observaciones del Insumo	Estado EJECUTADA				



<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180692	<b>Edad:</b> 40 años 2 meses 17 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA	<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972		
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST	<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549		
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)	<b>Grupo Poblacional:</b>		
<b>Convenio:</b> Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo		<b>Pertenencia Étnica:</b>	
<b>Dirección IPS:</b> CARRERA 68 NUMERO 15-09	<b>Nit IPS Primaria:</b> 830106376	<b>Teléfono IPS:</b> 6606237	
<b>Municipio IPS:</b> Bogotá D.C.	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 110010782831		
<b>Nombre Acompañante:</b>	<b>Dirección Acompañante:</b>		
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Cama:</b>	<b>Observación 1-13</b>
<b>Página 7 de 8</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:54:18 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 02/27/2013 13:35	<b>Fecha filtro final:</b> 02/28/2013 1:28		

Profesional que Ejecuto: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla Especialidad: Jefe de enfermería  
 Fecha Orden 2/27/2013 6:00:17 PM Profesional Yuly Tatiana Ruiz Pinilla Especialidad Jefe de enfermería

**Observaciones de la Orden**  
 Insumo EQUIPO DE MACROGOTEO VENOCCLISIS SIN AGUJA (UND) [UNIDAD] Cantidad: 1  
**Observaciones del Insumo**  
 Estado EJECUTADA

Profesional que Ejecuto: Yuly Tatiana Ruiz Pinilla Especialidad: Jefe de enfermería

**AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS**

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** TERAPEUTICO **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** 902210 HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO **Periodicidad** 1 VEZ

**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLINICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** 907106 URÓANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA **Periodicidad** 1 VEZ

**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLINICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** AMILASA **Periodicidad** 1 VEZ

**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLINICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA **Periodicidad** 1 VEZ

**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM **Estado** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico**



**Tipo de Documento:** CC    **Número de Documento:** 10180692    **Edad:** 40 años 2 meses 17 días    **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA    **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)    **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Grupo Poblacional:**    **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** Convenio Saludcoop Central de Urgencias CAU Av 68 Corporacion IPS Saludcoop - Pos Contributivo  
**Dirección IPS:** CARRERA 68 NUMERO 15-09    **Nit IPS Primaria:** 830106376    **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C.    **Cód. habilitación IPS:** 110010782831  
**Nombre Acompañante:**    **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:**    **Parentesco:**    **Cama:** Observación 1-13  
**Página 8 de 8**    **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:54:18 AM  
**Fecha filtro inicial:** 02/27/2013 13:35    **Fecha filtro final:** 02/28/2013 1:28

**Nombre Procedimiento** FOSFATASA ALCALINA    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA [TGO-AST]    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** LABORATORIO CLÍNICO  
**Fecha** 2/27/2013 3:43:00 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA [TGP-ALT] \*    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS  
**Fecha** 2/27/2013 5:52:03 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** ULTRASONOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULAR    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

**Especialidad Procedimiento** URGENCIAS  
**Fecha** 2/27/2013 3:45:28 PM    **Estado** EJECUTADO    **Finalidad** DIAGNOSTICO    **A. Quirúrgico**  
**Nombre Procedimiento** CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL    **Periodicidad** 1 VEZ  
**Observación**  
**Especialista** Jorge Mario Mesa Romero    **Especialidad** Médico MEDICINA GENERAL

Telefono de contacto profesional:



**Tipo de Documento:** CC **Número de Documento:** 10180692 **Edad:** 44 años 1 meses 12 días **Sexo:** MASCULINO  
**Nombre del Afiliado:** JADER ATEHORTUA BURITICA **Fecha Nacimiento:** 10/12/1972  
**Dirección:** CALLE 1 N 6 C 16 EST **Teléfono:** 7777887 3045886549  
**Ocupación:** EMPLEADO(A)  
**Grupo Poblacional:** **Pertenencia Étnica:**  
**Convenio:** CAFESALUD POS URGENCIAS CENTRO DE ATENCION DE URGENCIAS AV 68 ESIMED - Pos Evento  
**Dirección IPS:** Avenida 68 No 13 71 **Nit IPS Primaria:** 800215908 **Teléfono IPS:** 6606237  
**Municipio IPS:** Bogotá D.C. **Cód. habilitación IPS:** 110010485732  
**Nombre Acompañante:** **Dirección Acompañante:**  
**Teléfono Acompañante:** **Parentesco:** **Cama:** -  
**Página 1 de 2** **Fecha y Hora Impresión:** 4/27/2018 8:59:48 AM  
**Fecha filtro inicial:** 01/23/2017 10:21 **Fecha filtro final:** 01/23/2017 12:30

### EVOLUCION

**Fecha Evolución** 1/23/2017 12:17:00 PM  
**Subjetivo** 1- BURSITIS PREROTULIANA DER.  
2- HIPERURICEMIA  
3- HTA

**Objetivo** Rx RODILLAS COMPARATIVAS: EDEMA DE TEJIDOS BLANDOS EN BURSA PREROTULIANA DERECHA SIN IMAGENES RADIO-OPACAS EN SU INTERIOR, RESTO NORMAL.  
SE PRESENTA PACIENTE A ORTOPEDISTA DE TURNO INDICA MANEJO POR MEDICINA INTERNA Y ORTOPEDIA EN CONSULTA EXTERNA Y ANALGESIA UNICAMENTE CON ACTM HASTA CONFIRMAR FUNCION RENAL.

Sístole	132.0000	Diástole	78.0000	TAM	96.0000
FC	78.0000	FR	20.0000	Temperatura	36.6000
Peso	0.0000	Talla	0.0000		
Glucometría	0.0000	Saturación	0.0000		

**Signos Vitales**

**Análisis** SE EXPLICA AL PACIENTE EL CUADRO Y SU MANEJO, SE DAN ORDENES DE M. INTERNA Y ORTOPEDIA, SE DA FORMULA CON ACTM Y SE GENERA INCAPACIDAD.

**Diagnósticos**  
**Nombre Diagnóstico** Otras bursitis prerrotulianas **CIE 10** M704  
**Observaciones Diagnóstico**  
**Especialista** Cristian Gustavo Leguizamo Lopez **Especialidad** Médico

### ORDENES NO FARMACOLOGICAS

**Fecha Ordenado** Jan 23 2017 11:20AM **Estado** PENDIENTE  
**Recomendaciones Generales de Manejo**  
**Periodicidad** 1 VEZ  
**ESPECIALISTA QUE ORDENÓ:** Cristian Gustavo Leguizamo Lopez **Especialidad** Médico URGENCIAS

### AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS

**Especialidad Procedimiento** MEDICINA INTERNA  
**Fecha** 1/23/2017 12:20:32 PM **Estado** PENDIENTE **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirúrgico** BÁSICA  
**Nombre Procedimiento** MEDICINA INTERNA CONSULTA **Periodicidad**  
**Observación**  
**Especialista** Cristian Gustavo Leguizamo Lopez **Especialidad** Médico URGENCIAS

**Especialidad Procedimiento** ORTOPEDIA



<b>Tipo de Documento:</b> CC	<b>Número de Documento:</b> 10180592	<b>Edad:</b> 44 años 1 meses 12 días	<b>Sexo:</b> MASCULINO
<b>Nombre del Afiliado:</b> JADER ATEHORTUA BURITICA	<b>Fecha Nacimiento:</b> 10/12/1972		
<b>Dirección:</b> CALLE 1 N 6 C 16 EST	<b>Teléfono:</b> 7777887 3045886549		
<b>Ocupación:</b> EMPLEADO(A)	<b>Grupo Poblacional:</b>		
<b>Convenio:</b> CAFESALUD POS URGENCIAS CENTRO DE ATENCION DE URGENCIAS AV 68 ESIMED - Pos Evento		<b>Pertenencia Étnica:</b>	
<b>Dirección IPS:</b> Avenida 68 No 13 71	<b>Nit IPS Primaria:</b> 800215908	<b>Teléfono IPS:</b> 6606237	
<b>Municipio IPS:</b> Bogotá D.C.	<b>Cód. habilitación IPS:</b> 110010485732		
<b>Nombre Acompañante:</b>	<b>Dirección Acompañante:</b>		
<b>Teléfono Acompañante:</b>	<b>Parentesco:</b>	<b>Cama:</b>	-
<b>Página 2 de 2</b>		<b>Fecha y Hora Impresión:</b> 4/27/2018 8:59:48 AM	
<b>Fecha filtro inicial:</b> 01/23/2017 10:21	<b>Fecha filtro final:</b> 01/23/2017 12:30		

<b>Fecha</b>	1/23/2017 12:20:32 PM	<b>Estado</b>	PENDIENTE	<b>Finalidad</b>	DIAGNOSTICO	<b>A. Quirúrgico</b>	BÁSICA
<b>Nombre Procedimiento</b>	ORTOPEDIA CONSULTA				<b>Periodicidad</b>		
<b>Observación</b>							
<b>Especialista</b>	Cristian Gustavo Leguizamo Lopez		<b>Especialidad</b>		Médico URGENCIAS		
<hr/>							
<b>Especialidad Procedimiento</b>	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS						
<b>Fecha</b>	1/23/2017 11:20:00 AM	<b>Estado</b>	EJECUTADO	<b>Finalidad</b>	DIAGNOSTICO	<b>A. Quirúrgico</b>	
<b>Nombre Procedimiento</b>	873420 RADIOGRAFIA DE RODILLA AP LATERAL				<b>Periodicidad</b> 1 VEZ		
<b>Observación</b>	COMPARATIVAS.						
<b>Especialista</b>	Cristian Gustavo Leguizamo Lopez		<b>Especialidad</b>		Médico URGENCIAS		
<hr/>							
<b>Especialidad Procedimiento</b>	URGENCIAS						
<b>Fecha</b>	1/23/2017 11:21:16 AM	<b>Estado</b>	EJECUTADO	<b>Finalidad</b>	DIAGNOSTICO	<b>A. Quirúrgico</b>	
<b>Nombre Procedimiento</b>	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL				<b>Periodicidad</b> 1 VEZ		
<b>Observación</b>							
<b>Especialista</b>	Cristian Gustavo Leguizamo Lopez		<b>Especialidad</b>		Médico URGENCIAS		

Teléfono de contacto profesional: