

RADICADO: 68001-40-007-2021-00018-00

De las excepciones de mérito formuladas por la parte demandada (138-215) se corre traslado a la parte actora por el termino de CINCO (5) DÍAS. Corren entre el 8 al 14 de septiembre de 2022 (artículo 370 del C.G. del P, en concordancia con el articulo 110 ibídem). Bucaramanga, 6 de septiembre de 2022.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'L' followed by a horizontal line extending to the right.

**LAURA MARCELA LUNA GUERRERO
SECRETARIA**

Contestación a la demanda/ Rad. 2021 - 00018 /Dte María de Carmen Murillo /Ddo. Colmena Seguros S.A.

Héctor Mauricio Medina Casas <hmedina@mypabogados.com.co>

Mar 18/05/2021 2:00 PM

Para: Juzgado 07 Civil Municipal - Santander - Bucaramanga <j07cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: abogado.alvarezcastillo@hotmail.com <abogado.alvarezcastillo@hotmail.com>; Natalia Andrea Neira Palomino <bucaramanga@mypabogados.com.co>

 1 archivos adjuntos (5 MB)

21.05.18 Contestación demanda Exp. 2021-018.pdf;

Señores

**JUZGADO SEPTIMO (7) CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
E.S.D.**

Referencia: Proceso verbal No. 680014003-007-2021-00018-00

Demandante: MARIA DEL CARMEN MURILLO y OTROS.

Demandados: COLMENA SEGUROS S.A. y OTRO.

Asunto: Contestación a la demanda.

Respetados señores,

Por medio del presente correo electrónico radico la contestación a la demanda de la referencia en calidad de apoderado judicial de COLMENA SEGUROS S.A..

En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto Legislativo 806 de 2020 y el numeral 14 del artículo 78 del Código General del Proceso, este correo electrónico también se remite a las demás partes.

Folios: setenta y siete (77)

Por favor acusar recibo.



**Héctor Mauricio Medina Casas
Socio Director**

Cl. 78 # 9-57, Piso 6 - Bogotá D.C.
Cra. 12 No. 34 - 67 Ofc. 702 - Bucaramanga
PBX : (571) 610 4058



DOCUMENTO CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADO.

La información contenida en este correo electrónico está protegida bajo las previsiones sobre secreto profesional y puede ser considerada legalmente como privilegiada. Está dirigida únicamente al destinatario inicial. Si usted no es el destinatario inicial, cualquier revelación, copia o distribución en relación con este documento está prohibida por la Ley. Si usted lo recibe por error, por favor reenvíelo al remitente y destruya el mensaje original. Gracias.

Señores

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

E. S. D.

Referencia: Proceso verbal No. 680014003-007-2021-00018-00

Demandante: MARIA DEL CARMEN MURILLO y OTROS.

Demandados: COLMENA SEGUROS S.A. y OTRO.

Asunto: Contestación a la demanda.

Respetados señores,

HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderado judicial de **COLMENA SEGUROS S.A.**, mediante el presente escrito, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida en su contra en los siguientes términos.

I. OPORTUNIDAD DE ESTA CONTESTACIÓN. -

La contestación se presenta dentro del término de veinte (20) días establecido en el auto que admitió la demanda, el cual comenzó a contabilizarse pasados dos (2) días luego de la notificación electrónica que envió el apoderado del demandante al buzón de notificaciones judiciales de mi representada el 15 de abril de 2021.

En esa medida el término vence el día 18 de mayo del 2021, por lo que la presente contestación se entiende radicada oportunamente.

II. SÍNTESIS DE LA DEFENSA. -

Los demandantes en calidad de herederos y cónyuge solicitan el cumplimiento de lo contenido en el contrato de seguro Póliza de Seguro de Vida Individual Deudores No. 3704-14502 a la cual se vinculó el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d) a través de solicitud de certificado individual No. 4750116 del 28 de julio de 2015.

No obstante lo anterior no podrá prosperar en la medida que el contrato de marras se vició con nulidad relativa del contrato de seguro en virtud de la reticencia comprobada en la que incurrió el asegurado EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) puesto que para la fecha de la declaración de asegurabilidad (28 de julio de 2015), así como para la fecha de la práctica del examen médico de ingreso (10 de agosto de 2015), al señor BARRAGAN BAYONA le había sido diagnosticada *hipertensión arterial, hiperlipidemia mixta, hernia umbilical con obstrucción*, entre otros padecimientos que no informó de forma oportuna y que de haberse conocido por COLMENA SEGUROS S.A. lo hubiesen retraído de asegurar y/o conminado a contratar en condiciones más onerosas.

III. PARTES INTERVINIENTES. -

1. Demandante:

1.1. MARIA DEL CARMEN MURILLO, mayor de edad, identificado con C.C. 63.362.387 y domicilio en la ciudad de Bucaramanga.

1.2. JONATHAN BARRAGAN MURILLO, mayor de edad, identificado con C.C. 13.514.542 y domicilio en la ciudad de Bucaramanga.

1.3. ARNOLDO JOSÉ BARRAGAN PINZÓN, mayor de edad, identificado con C.C. 13.514.542 y domicilio en la ciudad de Bucaramanga.

1.4. LINA JEHANY BARRAGAN PINZÓN, mayor de edad, identificado con C.C. 37.843.285 y domicilio en la ciudad de Bucaramanga.

2. Demandado:

2.1 BANCO CAJA SOCIAL S.A., sociedad comercial identificada con NIT. 860.007.335-4, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. y representada legalmente por quien haga sus veces.

2.2. COLMENA SEGUROS S.A., sociedad comercial identificada con NIT. 800.226.175-3, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. y representada legalmente por ALMA ARIZA FORTICH o quien haga sus veces.

IV. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA. -

1. ES CIERTO.
2. ES CIERTO.
3. NO ES CIERTO, toda vez que el beneficiario a título oneroso del seguro es el BANCO CAJA SOCIAL BCSC S.A., lo anterior en la medida que la póliza vida individual para deudores No. 3704-14502 tenía como objeto amparar el saldo insoluto del crédito No. 0501200091253 otorgado por la entidad bancaria al señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.).
4. ES CIERTO de conformidad con el registro civil de defunción allegado.
5. ES CIERTO.
6. ES CIERTO y aclaro que la base de la objeción la constituyó la falta de información relevante frente al estado real de salud del señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), la cual se verificó al contrastar la historia clínica del asegurado con la declaración de asegurabilidad suscrita el 28 de julio de 2015, así como con lo consignado en el examen médico de ingreso que se le efectuó al señor BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.).
7. NO ES CIERTO puesto que el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) leyó y firmó la solicitud de certificado individual de seguro junto con la declaración de asegurabilidad. En igual medida sin que se constituya en obligación legal a cargo de mi representada, el día 10 de agosto de 2015 se procedió a practicar examen médico de ingreso al señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d) que no sugirió ninguna patología o enfermedad que pudiese advertir a COLMENA SEGUROS S.A. una alteración del riesgo y por consiguiente, no se desplegaron actuaciones adicionales tendientes a verificar la información brindada por el asegurado, máxime cuando en este tipo de contratos el principio de la ubérrima buena fe es imperante.

8. NO ES CIERTO que la historia clínica se deba solicitar de forma previa a la inclusión del asegurado en la póliza vida, pues los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio indican de forma clara la obligación del tomador en declarar de forma sincera su estado del riesgo. En igual sentido, dicha apreciación no constituye un hecho sino una conjetura del apoderado, por demás, errónea.
9. NO ES CIERTO que EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) no faltara a la verdad en su declaración de asegurabilidad y posterior examen médico de ingreso, toda vez que una vez contrastados dichos documentos con la historia clínica, se evidenciaron antecedentes importantes como lo es la enfermedad grave y crónica de la hipertensión arterial entre otros.
10. NO ES CIERTO toda vez que en la declaración de asegurabilidad se le puso de presente un cuestionario de enfermedades y situaciones frente a las que marcó NO, como se puede evidenciar tanto en dicho documento, como en el examen médico de ingreso.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:					
MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO
CANCER			ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS		
SIDA			INFARTO		
ACCIDENTES CEREBROVASCULAR			ES MUJER PRIMIGESTANTE MAYOR A 40 AÑOS?		
INSUFICIENCIA RENAL			LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS CITADAS ARRIBA!		

ha sufrido o sufre alguna enfermedad de los siguientes aparatos sistemas u organos?	SI	NO
Paralisis, epilepsia, vertigo, dolo de cabeza frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rocio diabetes, pancreatitis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reumatismo, artritis o enfermedades de los huesos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades del baso, anemias?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón, dolor en el pecho, tension art. Alta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma, tos cronica, tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ulcera del estomago,doudeno, apendicitis, vesicula, higado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades renales, calculos, prostata, testiculos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ojos, oido, nariz?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cicatrices traumaticas o quirurgicas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ha tenido enfermedades venereas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Le han practicado exámenes de laboratorio para investigar SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

11. NO ES CIERTO toda vez que no existe norma expresa en dicho sentido. En efecto, se le recuerda al apoderado que el artículo 1158 del Código de Comercio establece que aún bajo el evento en que la aseguradora prescinda de la práctica de examen médico, -situación que no es la que nos ocupa puesto que al señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) sí se le practicó examen médico- el tomador/asegurado estará en la obligación de declarar sinceramente su estado del riesgo.
12. NO ES CIERTO, pues aún sin estar en la obligación legal de hacerlo, mi representada además de presentar cuestionario claro en la declaración e asegurabilidad, en fecha del 10 de agosto de 2015 practicó examen de ingreso al señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), en el cual nuevamente

se le efectuaron preguntas relacionadas con su estado de salud y en el que no declaró que padecía hipertensión arterial, entre otras enfermedades del corazón, que fueron las que en últimas incidieron en su muerte natural causada por un infarto del miocardio.

13. NO ES CIERTO, porque al demandante sí se le practicó examen médico en fecha del 10 de agosto de 2015, el cual no arrojó resultado que obligase a la aseguradora a ahondar en el estado del riesgo del señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) puesto que se partió de la buena fe del asegurado.
14. NO ES CIERTO, pues aún sin estar en la obligación legal de hacerlo, mi representada además de presentar cuestionario claro en la declaración e asegurabilidad, en fecha del 10 de agosto de 2015 practicó examen de ingreso al señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), en el cual nuevamente se le efectuaron preguntas relacionadas con su estado de salud y en el que no declaró que padecía hipertensión arterial, entre otras enfermedades del corazón, que fueron las que en últimas incidieron en su muerte natural causada por un infarto del miocardio.
15. NO ME CONSTA, pues no es un hecho que esté relacionado directamente con mi representada, sino con BANCO CAJA SOCIAL BCSC S.A.
16. NO ME CONSTA que el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) no haya sido informado en los términos narrados en el hecho, máxime cuando se entiende que con su firma se presume haber leído y comprendido las condiciones en las que se contrató el seguro y las implicaciones de faltar a la verdad en la declaración de asegurabilidad, pues dentro de la misma solicitud de certificado individual se plasmó la siguiente información:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DE LOS ASEGURADOS

Declaro en mi nombre que lo anozado en el certificado de seguro es verídico, que las actividades a las que me dedico son normales, no genero ningún riesgo o azarosidad contra mi vida, que en la fecha gozo de buena salud, no he sido diagnosticado y/o no padecido de enfermedades de tipo: contagioso, cardiovascular, neurológico, enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, SIDA, diabetes, epilepsia, asma, trombosis, anemia, leucemia, derrame cerebral, enfema pulmonar, artritis reumatoides, insuficiencia renal, tumores, trastornos inmunológicos, ni defectos o limitaciones físicas o mentales. No tengo intervenciones quirúrgicas pendientes. No consumo bebidas alcohólicas en exceso, ni consumo sustancias psicoactivas y en caso de ser mujer no padecio de tumores del seno o cuello de matriz. COLMENA vida y riesgos laborales se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento /incapacidad, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro ART.1058-1158 CC.

17. NO ME CONSTA, no es un hecho de mi representada.
18. NO ES CIERTO pues la objeción al amparo de vida contenido en la póliza vida grupo No. 3704-14502 se fundamentó en la reticencia comprobada del asegurado EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) por haberse encontrado que para el momento de la suscripción de la declaración e asegurabilidad, como del posterior examen e ingreso, presentaba patologías crónicas como lo es la hipertensión arterial y otras enfermedades relacionadas con el corazón.
19. NO ES CIERTO pues el abogado al parecer desconoce que, pese a no ser una obligación legal, mi representada sí practicó examen médico de ingreso al señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), en el cual manifestó al médico entrevistador que no padecía ninguna de las enfermedades allí enlistadas, ni ninguna otra.
20. ES PARCIALMENTE CIERTO.

ES CIERTO que se acudió a la conciliación extrajudicial en derecho ante la Procuraría General de la Nación.

NO ES CIERTO que las convocadas no hayan asistido, pues el acta de fecha 18 de noviembre de 2020 data que por parte de COLMENA SEGUROS S.A. asistió el Dr. Ledyn Leonardo Camargo Avendaño y que en atención a la falta de ánimo conciliatorio, la misma se declaró fallida.

V. SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. -

Señor Juez, me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, tanto principales como subsidiarias, en cuanto a mi representada COLMENA SEGUROS S.A. se refiere, toda vez que aquella formuló una objeción seria frente a la reclamación de los demandantes, la cual radica en que la Póliza de Seguro de Vida Grupo a la cual se vinculó el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) es nula relativamente en virtud de reticencia comprobada en que incurrió el asegurado al momento de contratarla y en esa medida, no podrá solicitarse afectación alguna.

No obstante lo anterior, me pronunciaré sobre cada una de ellas:

1. ME OPONGO porque el contrato de seguro se vició con nulidad relativa del contrato de seguro, derivada de la reticencia en la que incurrió el asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, así como de atender las preguntas formuladas por el galeno en el examen médico de ingreso, y en esa medida, no podrá condenarse a mi representada a reconocer y pagar la indemnización pretendida bajo el amparo de vida.
2. ME OPONGO por las razones anteriormente expuestas.
3. ME OPONGO en atención a que al no existir declaración alguna respecto de la afectación de la póliza de vida, no podrá por contera ordenarse pago alguno con cargo a ésta, ni mucho menos condenarse a la devolución de dineros pagados por los demandantes.
4. ME OPONGO en atención a que al no existir declaración alguna respecto de la afectación de la póliza de vida, no podrá por contera ordenarse pago alguno con cargo a ésta, ni mucho menos condenarse a la devolución de dineros pagados por los demandantes.
5. ME OPONGO en atención a que al no existir declaración alguna respecto de la afectación de la póliza de vida, no podrá por contera ordenarse pago alguno por concepto de costas y agencias en derecho.

VI. RAZONES Y FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA. -

Mi poderdante no puede ser condenada en el presente litigio como quiera que se configuró la nulidad relativa de la Póliza de Seguro de Vida Individual Deudores No. 3704-14502 a la cual se vinculó el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) a través de solicitud de certificado individual No. 4750116 del 28 de julio de 2015 (1) y sobre la práctica de exámenes médicos previos a la inclusión del asegurado en la póliza y la inexistencia de obligación de la aseguradora en ahondar en el estado del riesgo (2).

1. Nulidad relativa la Póliza de Seguro de Vida Individual Deudores No. 3704-14502 a la cual se vinculó el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d) a través de solicitud de certificado individual No. 4750116.-

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que en los contratos de seguro el tomador y/o asegurado están obligados a declarar sinceramente el estado del riesgo, es decir, se deben informar todos los hechos y circunstancias significativas que le permitan al asegurador formar su consentimiento y así tasar la prima u optar por no suscribir el seguro, el citado artículo establece:

“Artículo 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.

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(...)”

La mencionada disposición y en especial la connotación “*sinceramente*” obliga al asegurado a informar a la aseguradora fidedigna, veraz y oportunamente el estado del riesgo, pues su actuar debe observar la buena fe, aún más cuando el asegurador le somete a su consideración un escrito de lo que le interesa conocer para suscribir el contrato e indica enfáticamente la importancia de ello.

En tal sentido, cuando el asegurado y/o tomador incumplen la obligación mencionada se traiciona la confianza que el asegurador depositó en su co-contrante y lo induce a error viciándose su consentimiento, toda vez que la aseguradora lo formó, fijó la prestación a su favor (prima) y se obligó a pagar una indemnización con base en la información declarada, la cual al comprobarse que no ser cierta o inexacta, afecta los términos contractuales dejándola en una clara posición de desventaja, puesto que de haber conocido esas circunstancias omitidas o informadas insuficientemente no hubiera contratado o lo hubiera hecho bajo condiciones más onerosas (una extra prima).

Es por lo anterior que el legislador para no avalar esos abusos contractuales, violación a la buena fe y proscribir la inducción a error en el consentimiento de la aseguradora, pero sobre todo para mantener el equilibrio contractual, estableció la configuración de la nulidad relativa del contrato en los casos de declaraciones reticentes o inexactas del estado del riesgo y en efecto, que la aseguradora no está obligada a reconocer la indemnización. Al respecto, es fundamental tener en cuenta la sentencia del 30 de noviembre de 2000 de la Corte Suprema de Justicia Sentencia, M.P. Jorge Antonio Castillo Rugeles, expediente 5473, la cual señala lo siguiente:

“... Para efectos de la calificación del riesgo que va a asumir, el artículo 1058 autoriza al asegurador a preparar libremente, alguna pauta, y a proponer al tomador del seguro un cuestionario que éste está obligado a responder sinceramente en su integridad. Es imperativo, pues, considerar que el asegurador requiere que el tomador del seguro conteste todas las preguntas del citado cuestionario, porque éstas se enderezan a permitir a aquél que conozca cabalmente los hechos o circunstancias

que a su juicio le permiten ora conceder el seguro solicitado, ya rechazarlo u otorgarlo pero con estipulación de condiciones más onerosas.

(...) Esta corporación, en su sentencia del 31 de marzo de 1954 (...), en cuanto al referido cuestionario dijo y ahora reitera: ‘Los cuestionarios o preguntas que hace el asegurador al asegurado para conocer la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro” (subrayado fuera de texto)

(...) Una de esas nítidas manifestaciones del aludido principio reluce, para decirlo claramente, en lo concerniente con el deber del asegurado de hacerle saber al asegurador todas aquellas circunstancias que influyan en la apreciación del riesgo, para cuya determinación, dada su complejidad y onerosidad, se confía el asegurador, por regla general, en las informaciones suministradas por aquél, a quien, por consiguiente, se le exige en el punto una conducta “intachablemente diligente”, ya que toda reticencia o inexactitud en la información de cualquier incidencia que pueda hacer ver como más o menos probable la realización del hecho condicionante de la obligación del asegurador, es suficiente para enturbiar de tal forma la igualdad de condiciones entre las partes que, inclusive puede llegar a afectar la licitud de la negociación.

En cuanto a la obligación de declarar el estado de riesgo en los seguros de vida grupo, la Corte considera:

“La falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.

(...)

No puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo”. (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez. 4 de Marzo de 2016).

Así las cosas, en el caso *sub-examine*, se evidencia que el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d) fue reticente al momento suscribir la declaración de asegurabilidad el 28 de julio de 2015, así como el examen médico de ingreso del 10 de agosto del mismo año, como quiera que para esa fecha, según lo establecido en la historia clínica, al asegurado ya se le habían diagnosticado las siguientes enfermedades:

FECHA	ANTECEDENTES
08/09/2014	Hipertensión arterial, con manejo farmacológico (repetido).
08/09/2014	Hiperlipidemia mixta (repetido).

13/05/2015 Hernia umbilical con obstrucción, sin gangrena.

Esta información concerniente a sus verdaderas condiciones de salud no fue relacionada al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, en el que expresamente aceptó lo siguiente:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD								
LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:								
MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO
CANCER			ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS			TIENE ALGUNA LIMITACION FISICA O MENTAL CONGENITA O ADQUIRIDA		
SIDA			INFARTO			ES PRIMIGESTANTE?		
ACCIDENTES CEREBROVASCULAR			ES MUJER PRIMIGESTANTE MAYOR A 40 AÑOS?			ESTA EMBARAZADA?		
INSUFICIENCIA RENAL			LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS CITADAS ARRIBA?			ENTRE 0 Y 3 MESES <input type="checkbox"/> ENTRE 3 Y 6 MESES <input type="checkbox"/> ENTRE 6 Y 9 MESES <input type="checkbox"/>		

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DE LOS ASEGURADOS
 Declaro en mi nombre que lo asociado en el certificado de seguro es verídico, que las actividades a las que me dedico son normales, no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida, que en la fecha gozo de buena salud, no he sido diagnosticado y/o no padecio ni he padecido de enfermedades de tipo: contagioso, cardiovascular, neurológico, enfermedades como hipertensión arterial, cancer, SIDA, diabetes, epilepsia, asma, tromboisis, anemia, leucemia, derrame cerebral, efisema pulmonar, artritis reumatoidea, insuficiencia renal, tumores, trastornos inmunológicos, ni defectos o limitaciones físicas o mentales. No tengo intervenciones quirúrgicas pendientes. No consumo bebidas alcohólicas en exceso, ni consumo sustancias psicoactivas y en caso de ser mujer no padecio de tumores del seno o cuello de matriz. COLMENA vida y riesgo: laborator se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento/incapacidad, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro ART.1058-1158 C.C.

Así mismo y en atención a que mi representada tuvo acceso a la historia clínica del asegurado una vez se ha recibido su reclamación por parte de la demandante, del estudio acucioso de la misma, podemos ver algunos ejemplos de enfermedades previamente diagnosticadas y conocidas por el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) y que claramente no declaró, por ejemplo:

1. En fecha del 08 de septiembre de 2014, en historia clínica visible a folio 25 y siguientes del pdf adjunto como prueba documental, encontramos:

DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX
 Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)
CONDUCTAS: 1. REMISION
 1. Tipo de Consulta: Consulta externa CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
 2. Tipo de Consulta: Consulta General CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR
 Observaciones: 2 MESES
 2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS
 1. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 09/08/2014
 Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE
 2. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 10/08/2014
 Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE
 3. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 09/08/2014
 Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO
 4. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 10/08/2014
 Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO
 5. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60 Fecha Entrega: 10/21/2014
 Posologia: TOMAR UNA CADA 12 HORAS

DIAGNOSTICO: (E78.2) HIPERLIPIDEMIA MIXTA Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

2. Enfermedad que por ser del tipo crónica y grave, requiere sendas citas e control como se evidencia en atenciones del 10 de noviembre de 2014¹, 23 de diciembre de 2014 y así sucesivamente de forma mensual:

Datos de la Consulta
 Fecha de la Consulta: 11/10/2014 13:46:00 Tipo de Consulta: De Control
Datos Complementarios
Datos del Paciente
 Edad: 56
 Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS
 Estado Civil: Casado
 Teléfono: 6773391
Responsable del Usuario
 Nombre: SOLO
 Parentesco: Ninguno
 Teléfono: 6773391
 Acompañante
 Nombre: SOLO
 Teléfono: 6773391

¹ Folio 22 del pdf "historia clínica" aportada como prueba documental.

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: PARA CONTROL DE LA TENSION EN SCV
 Enfermedad Actual: LLEGA DESPUES HORA CITA,,,,,,PROTEGIDO DE 56 AÑOS, ENO CONROL SCV POR SER HIERTENSO, CON HIPERLPIDEMIA MIXTA
 ME TRAE LAB: 22 AGOSTO 2014 CREATININA: 0.92 TG. 25 COLESTEROL: 259
 EN TTO CON LOSARTANTABX 50 MGS C/12H /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE
 EN LA CITA CON DRA ANA XIOMARA POR EKG CON HEMIBLOQUEO LO ENVIÓ A CARDIOLOGO Y ESTE VIERNES LO VERA EL CARDIOLOGO,

- Finalmente y para no extendernos en la literalidad de la historia clínica del asegurado EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d), en cita del 25 de mayo de 2015² acudió a control de la tensión y además se le diagnosticó en la misma fecha una hernia umbilical con obstrucción:

Consulta del miércoles 13 de mayo de 2015 06:47 AM en UAB FLORIDABLANCA

Nombre del Profesional: Carmenza Del Rocio Cortes Cortes - MEDICINA GENERAL (Registro No. 252197/04)

Número de Autorización: 01475-1511977973

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

DIAGNOSTICO: (K42.0) HERNIA UMBILICAL CON OBSTRUCCIÓN, SIN GANGRENA Tipo de Dx:IMPRESION
 DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)
DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX
 Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

Lo anterior no solo permite evidenciar la clara reticencia en la que incurrió el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d), sino que además permite ampliar la objeción por reticencia que en su momento hizo mi representada en comunicación del 15 de abril de 2019.

En conclusión, el contrato de seguro de vida celebrado entre mi representada y el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d) se encuentra afectado de nulidad relativa a la luz de los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, razón suficiente para que el juzgador proceda a declararla y en efecto, negar las pretensiones de la demanda

2. Sobre la práctica de exámenes médicos de ingreso y la inexistencia de responsabilidad en ahondar en el estado del riesgo.-

La legislación colombiana y la jurisprudencia han sido muy claras en exigirle a los intervinientes del contrato de seguro, en especial al declarante del estado del riesgo, actuaciones apegadas a la buena fe, pues es sólo a partir de la información sobre el riesgo que el tomador y/o asegurado entreguen a la aseguradora es que esta fija las condiciones (Prima, exclusiones, condiciones de cobertura, exclusiones) para asumir el riesgo, por ende lo que se comunique debe ser lo más fidedigno y corresponder a la realidad.

En los seguros de grupo deudores que por esencia son los que toma el banco sobre la vida de un tercero cuyo fallecimiento o configuración de incapacidad total y permanente, eventualmente implicaría que no se recibiría el pago de un crédito, surge para el deudor- asegurado la responsabilidad de informarle a la aseguradora el verdadero estado del riesgo, es decir, los hechos o situaciones que puedan incidir de manera significativa en la causación del riesgo asegurado (la muerte o Incapacidad Total y Permanente).

La responsabilidad se concreta en el deber de informar el verdadero estado de salud, pues únicamente a partir de lo declarado la aseguradora conoce el riesgo, por consiguiente, contrario a lo que pretende el demandante, la aseguradora no

² Folio 13 en adelante del pdf "historia clínica" aportada como prueba documental.

debe desplegar actividades para conocer el riesgo, pues hacerlo desnaturaliza el respeto a la buena fe de parte del tomador y/o asegurado generando la pérdida de la dinámica en la práctica aseguradora e invención de obligaciones no establecidas en la ley. Al respecto la doctrina especializada sobre ha dicho:

“La carga de declarar veraz y certeramente el estado del riesgo existe en cabeza de la parte asegurada, dado que es ella la que está en contacto permanente con el interés que va a asegurar y con los riesgos que lo amenazan; en consecuencia es ella la que está en condiciones de conocer cuáles son las circunstancias, los hechos que determinan la intensidad y la probabilidad de realización de tales riesgos. La aseguradora está en completa imposibilidad de verificar por sí misma en cada caso el estado del riesgo, dado el carácter masivo de su operación; por ello las inspecciones del riesgo que la aseguradora eventualmente realiza directamente o a través de sus intermediarios son excepcionales y se dan solo en contados casos y por exigencias muy particulares. Pero aún si no existiera esa imposibilidad, aun verificada una inspección del riesgo por parte del asegurador, para esta seguiría siendo difícil conocer a cabalidad su estado real. De tal manera, por su misma naturaleza, este deber de información es un deber que corresponde a la parte asegurada”³.

Igualmente, Hernán Fabio López Blanco sostiene:

“las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es o no cierto lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe, no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente”

En consecuencia, al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, por cuanto él contrae las obligaciones solamente con base el dicho del tomador, lo que implica someterse a la voluntad de la contraparte y contratar, lo que origina que el contrato de seguro sea de ubérrima buena fe.

También es cierto que la misma Corte en la sentencia T -058 de 2016 dejó claro que esta exigencia en las pólizas de seguro de vida se presenta únicamente en las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos *inter partes* que por regla general tienen las sentencias de tutela, es decir, que no es una actuación que obligatoriamente deban cumplir las aseguradoras en todos los eventos, sino que es una circunstancia que se define en cada caso concreto.

De igual forma, en el citado fallo la Corte fue enfática en precisar que esa regla en general sólo aplica a los contratos de medicina prepaga o pólizas de salud, pero no se extiende a todos los seguros, pues sostuvo que *“las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos”*.

De modo que, no puede inferirse, como lo hacen algunos operadores jurídicos, la existencia de una regla sobre la materia en las pólizas de vida, sobre todo porque en los contratos de medicina prepagada o pólizas médicas el examen médico

³ ORDÓÑEZ, ANDRÉS. Lecciones de derecho de seguros No. 3; Las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro. Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2008, p.20.

previo es indispensable porque está involucrada la prestación del servicio público de salud y en el caso de los seguros de vida individuales o de grupo “están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley”.

Así pues, se advierte que en los contratos de seguro de vida individual y colectivo se aplica sin ningún otro requisito adicional lo establecido en el artículo 1058 y 1158 del Código de Comercio que consagran la obligación del asegurado de declarar su verdadero estado de salud, aunque el asegurador prescinda del examen médico, so pena de quedar expuesto que se le apliquen las sanciones a que su infracción dé lugar.

Dicho lo anterior y pese a que no existe actualmente ley o regla jurisprudencial que ordene a las aseguradoras a practicar exámenes médicos de ingreso en las pólizas vida grupo deudores, para el caso de marras, COLMENA SEGUROS S.A. sí practicó examen médico en fecha del 10 de agosto de 2015, en el cual se le pusieron de presente las siguientes preguntas por parte del médico entrevistador:

ha sufrido o sufre alguna enfermedad de los siguientes aparatos sistemas u organos?	SI	NO
Paralisis, epilepsia, vertigo, dolo de cabeza frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rocio diabetes, pancreatitis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Reumatismo, artritis o enfermedades de los huesos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades del baso, anemias?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades del corazón, dolor en el pecho, tension art. Alta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma, tos cronica, tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ulcera del estomago,doudeno, apendicitis, vesicula, higado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedades renales, calculos, prostata, testiculos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ojos, oido, nariz?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cicatrices traumaticas o quirurgicas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ha tenido enfermedades venereas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Le han practicado exámenes de laboratorio para investigar SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Situación que de cara al principio de la ubérrima buena fe, no da lugar a que COLMENA SEGUROS S.A. ahonde de la forma diligente y auscultiva como reprocha el apoderado, lo anterior en la medida que está trasladando a la aseguradora una carga que no tiene por ley ni jurisprudencia y segundo, estaría desconociendo el propio dicho del demandante a quien no solo se le preguntó una vez por su estado de salud en la declaración de asegurabilidad, sino que tambien se le indagó en una segunda oportunidad a través del examen medico ya indicado, sin que en ninguna de las dos respuestas se evidenciara alguna circunstancia que mereciera especial atención de parte de mi representada frente a la asunción del riesgo de vida del señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d)

De manera que no debe admitirse por el Despacho las consideraciones de la parte demandante en primero, indicar que no se efectuaron exámenes previos a la inclusión del asegurado EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d) en la Póliza de Seguro de Vida Individual Deudores No. 3704-14502, porque máxime cuando no son necesarios ni obligatorios, sí se efectuaron para el caso que nos ocupa, razón por demás para que COLMENA SEGUROS S.A. esté completamente legitimada para objetar el amparo por nulidad relativa del contrato de seguro en virtud de la reticencia comprobada del asegurado.

VII. EXCEPCIONES DE MÉRITO.

1. Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia.

Teniendo en cuenta que de la documental arrimada se extrae que COLMENA SEGUROS S.A. objetó la reclamación presentada por la madre de los beneficiarios frente al amparo de vida por reticencia del asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pues no declaró enfermedades diagnosticadas y tratadas de forma previa a la suscripción de la póliza.

2. Inexistencia de obligación en ahondar en el estado del riesgo.

Como ya se indicó, no existe fundamento legal ni jurisprudencial para exigirle a la aseguradora que ahonde en el estado del riesgo, máxime cuando se le ha puesto de presente al asegurado una declaración de asegurabilidad y además, sin que sea obligatorio, se le practicó examen médico de ingreso en donde no se evidenció circunstancia alguna que permitiera a COLMENA SEGUROS S.A. no amparar el riesgo de vida de EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) o hacerlo en condiciones más onerosas.

3. Prescripción del contrato de seguro

En aplicación del artículo 1081 del Código de Comercio, se configuró la prescripción de la acción con la que contaba el demandante.

4. Genérica y/o innominada.

Esta excepción se propone con base en el Art. 282 del C.G.P., para que en el evento de que pruebe en el curso del proceso algún aspecto que impide el éxito de las pretensiones de la demanda, se pueda alegar y se reconozca en la sentencia.

VIII. PRUEBAS. -

Solicito se tengan como pruebas las siguientes:

1. Documentales:

- 1.1. Solicitud de certificado individual Póliza de Seguro de Vida Individual Deudores No. 3704-14502.
- 1.2. Examen médico de ingreso del 10 de agosto de 2015.
- 1.3. Condiciones generales del seguro.
- 1.4. Reclamación del 02 de enero de 2019.
- 1.5. Solicitud de documentos del 08 de enero de 2018.
- 1.6. Objeción por reticencia del 15 de abril de 2019.
- 1.7. Historia clínica parcial del demandante desde el año 2014.
- 1.8. Radicación derecho de petición ante FOSCAL para obtener historia clínica completa.

2. Interrogatorio de Parte:

Ruego el favor al despacho de decretar y practicar el interrogatorio de parte de la señora MARIA DEL CARMEN MURILLO, para que responda las preguntas que le formularé por escrito en pliego abierto o cerrado. En caso de que el absolvente concurra a la audiencia, me reservo el derecho de sustituir o

completar las preguntas del pliego por cuestionamientos verbales.

3. Testimonio:

Solicito citar al Dr. JUAN PABLO MERIZALDE, director médico de COLMENA SEGUROS S.A. quien con su relato nos podrá detallar las razones por las cuales se objetó la reclamación por el amparo de vida respecto del asegurado EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.) por reticencia. El testigo podrá ser citado a través del suscrito o en la Avenida el Dorado No. 69 C - 03 piso 4 en la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico notificaciones@colmenaseguros.com

4. Oficio:

Solicito oficiar a la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER (FOSCAL) para que remita la totalidad de la historia clínica del paciente EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), identificado en vida con la C.C. 91.214.108 desde el año 2012 a la fecha de su muerte, en diciembre del 2018.

En cumplimiento de lo estipulado en el inciso segundo del artículo 173 del Código General del Proceso, le aclaro al juzgado que se procedió a radicar derecho de petición ante la respectiva entidad con el fin de acreditar la solicitud de la información requerida, no obstante lo anterior, a la fecha de presentación de esta contestación no se ha obtenido respuesta por parte de la IPS.

IX. ANEXOS. -

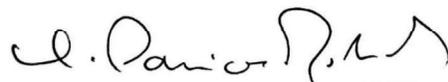
1. Poder debidamente otorgado.
2. Mensaje de datos mediante el cual se remitió el poder.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal de COLMENA SEGUROS S.A.

X. NOTIFICACIONES. -

COLMENA SEGUROS S.A. recibirá notificaciones en la Avenida el Dorado No. 69 C - 03 piso 4 en la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico notificaciones@colmenaseguros.com

El suscrito las recibirá en la Secretaría de su despacho y en la Carrera 12 #34-67 oficina 702 Edificio Los Castellanos de la ciudad de Bucaramanga y a los canales digitales para los fines del proceso, que son bucaramanga@mypabogados.com.co, dependientebga@mypabogados.com.co y hmedina@mypabogados.com.co, desde los cuales se podrá enviar documentos, recibir notificaciones, radicar memoriales y los demás temas afines de conformidad con el Decreto 806 de 2020.

Del Señor Juez,



HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS,
C.C. No. 79.795.035 de Bogotá D.C.
T.P. 108.945 del C.S. del Jra.
(NN)

RV: Poder especial - Proceso Judicial nuevo MARÍA DEL CARMEN MURILLO- Rad. 2021 - 018



Héctor Mauricio Medina Casas

Para Giovanni Mancilla Pinto; Natalia Andrea Neira Palomino

CC Germán Andrés Cajamarca Castro

Mensaje enviado con importancia Alta.



MARÍA DEL CARMEN MURILLO- Poder.pdf
244 KB

De: notificaciones@colmenaseguros.com <notificaciones@colmenaseguros.com>

Enviado el: jueves, 22 de abril de 2021 11:39 a. m.

Para: Héctor Mauricio Medina Casas <hmedina@mypabogados.com.co>

CC: Germán Andrés Cajamarca Castro <gcajamarca@mypabogados.com.co>; Heidy Johana García Pineda <hgarcia@fundaciongruposocial.co>

Asunto: Poder especial - Proceso Judicial nuevo MARÍA DEL CARMEN MURILLO- Rad. 2021 - 018

Importancia: Alta

Estimado Dr. Medina,

Cordial Saludo.

Me permito allegar para su conocimiento y fines pertinentes, poder especial conferido dentro del proceso judicial de la referencia.

Gracias.

Cordialmente,

Lina María López Rincón
Abogada de Procesos Judiciales
Secretaría General

Calle 72 No. 10 - 71 Bogotá, D.C, Colombia
Teléfono: (571) 324 1111 Ext: 14744
Celular: 316-2551707



Señor
JUZGADO 7 CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
E. S. D.

Referencia: Poder - Proceso ordinario laboral
Demandante: MARIA DEL CARMEN MURILLO
Demandado: COLMENA SEGUROS S.A.
Radicación: 2021-00018-00

ALMA ARIZA FORTICH, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 45.766.003 de Cartagena, obrando en mi calidad de Apoderada General de la sociedad **COLMENA SEGUROS** identificada con Nit. 800226175-3, calidad que acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que se adjunta, por medio del presente escrito otorgo poder especial amplio y suficiente, al doctor **HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 79'795.035 Bogotá, abogado titulado, con Tarjeta Profesional N° 108.945 del Consejo Superior de la Judicatura con correo electrónico inscrito en el Registro Nacional de Abogados del Consejo Superior de la Judicatura, hmedina@mypabogados.com.co, para que apodere a la sociedad que represento en la acción de la referencia.

Nuestro apoderado queda especialmente facultado mediante el presente poder para conciliar, notificarse, recibir, desistir, sustituir, transigir, reasumir, interponer todos los recursos y ejercitar todas las acciones necesarias o indispensables para el buen éxito del mandato conferido y en fin todas las facultades de ley.

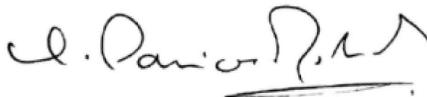
El presente poder se confiere en virtud del artículo 5° del Decreto 806 de 2020, por lo que se remite desde la cuenta de notificaciones judiciales de la compañía, notificaciones@colmenaseguros.com, inscrita en el Certificado de Cámara de Comercio y se manifiesta que el apoderado cuenta con la dirección de correo electrónico hmedina@mypabogados.com.co, inscrita en el Registro Nacional de Abogados del Consejo Superior de la Judicatura.

Cordialmente,



ALMA ARIZA FORTICH
C.C. N° 45.766.003 de Cartagena
Apoderada General
COLMENA SEGUROS

Acepto,



HECTOR MAURICIO MEDINA CASAS
C.C. No. 79.795.035 de Bogotá
T. P. No. 108.945 del C. S. de La J.
Correo electrónico: hmedina@mypabogados.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3170112148488645

Generado el 18 de mayo de 2021 a las 12:42:56

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 DE VIDA COLMENA S.A., pero también podrá actuar bajo las denominaciones "COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A." o "COLMENA SEGUROS S.A. o "RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA"

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 1865 del 14 de abril de 1994 de la Notaría 42 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A.

Escritura Pública No 1968 del 14 de agosto de 1996 de la Notaría 16 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, pero también podrá actuar bajo el nombre "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA" o bajo el nombre "ARP COLMENA"

Escritura Pública No 775 del 26 de mayo de 1999 de la Notaría 16 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, pero también podrá actuar bajo las denominaciones "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA" o "ARP COLMENA" o COLMENA RIESGOS PROFESIONALES o COLMENA ARP

Escritura Pública No 2177 del 25 de junio de 2004 de la Notaría 64 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de la sociedad es la ciudad de Bogotá D.C. RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, pero también podrá actuar bajo las denominaciones "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA" o "ARP COLMENA" o COLMENA RIESGOS PROFESIONALES o COLMENA ARP. PARAGRAFO: La sociedad podrá utilizar la expresión "COLMENA" como parte de su denominación mientras la compañía haga parte del grupo empresarial encabezado por la Fundación Social. En consecuencia con lo anterior, si por algún motivo la compañía dejare de ser parte del mencionado grupo empresarial, la Fundación Social podrá libremente determinar si faculta o no a la Sociedad para continuar utilizando dicha expresión como parte integrante de su nombre.

Escritura Pública No 3830 del 19 de diciembre de 2008 de la Notaría 73 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). cambio su razón social por COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., pero también podrá actuar bajo las denominaciones "COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A." o "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA" y bajo las siguientes siglas "COLMENA VIDA" o "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA" o "ARP COLMENA" o "COLMENA RIESGOS PROFESIONALES" o "COLMENA ARP". PARAGRAFO: La sociedad podrá utilizar la expresión "COLMENA" como parte de su denominación mientras la compañía haga parte del grupo empresarial encabezado por la Fundación Social. En consecuencia con lo anterior, si por algún motivo la compañía dejare de ser parte del mencionado grupo empresarial, la Fundación Social podrá libremente determinar si faculta o no a la Sociedad para continuar utilizando dicha expresión como parte integrante de su nombre

Escritura Pública No 1523 del 24 de junio de 2009 de la Notaría 73 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). modifiko su razón social por la de COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., pero también podrá actuar bajo las denominaciones "COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A." o "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA" y bajo las siguientes siglas "COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES" o "COLMENA VIDA" o "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA" o "ARP COLMENA" o "COLMENA RIESGOS PROFESIONALES" o "COLMENA ARP" y es de nacionalidad



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3170112148488645

Generado el 18 de mayo de 2021 a las 12:42:56

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

colombiana. PARAGRAFO La sociedad podrá utilizar la expresión "COLMENA" como parte de su denominación y/o de sus siglas mientras la compañía haga parte del grupo empresarial encabezado por la Fundación Social. En consecuencia con lo anterior, si por algún motivo la compañía dejare de ser parte del mencionado grupo empresarial, la Fundación Social podrá libremente determinar si faculta o no a la sociedad para continuar utilizando dicha expresión como parte integrante de su nombre.

Escritura Pública No 4922 del 18 de septiembre de 2013 de la Notaría 73 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). , modifica su razón social de COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., pero también podrá actuar bajo las denominaciones "COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A." o "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA" , por la de COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., pero también podrá actuar bajo las denominaciones "COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A." o "RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA" y bajo las siguientes siglas "COLMENA VIDA Y RIESGOS LABORALES" o "COLMENA VIDA" o "RIESGOS LABORALES COLMENA" o "ARL COLMENA" o "COLMENA RIESGOS LABORALES" o "COLMENA ARL", o "COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES", "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA", "ARP COLMENA", "COLMENA RIESGOS PROFESIONALES" o "COLMENA ARP". Parágrafo: la sociedad podrá utilizar la expresión "COLMENA" como parte de su denominación y/o de sus siglas mientras la compañía haga parte del grupo empresarial liderado por la Fundación Social. En consecuencia con lo anterior, si por algún motivo la compañía dejare de ser parte del mencionado grupo empresarial, la Fundación Social podrá libremente determinar si faculta o no a la Sociedad para continuar utilizando dicha expresión como parte integrante de su nombre.

Escritura Pública No 2759 del 25 de mayo de 2015 de la Notaría 73 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). modifica su razón social por COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., pero también podrá actuar bajo las denominaciones "COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A." o "COLMENA SEGUROS S.A. o "RIESGOS LABORALES COLMENA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA" , y bajo las siguientes siglas "COLMENA SEGUROS" o "SEGUROS COLMENA" o "COLMENA VIDA Y RIESGOS LABORALES " o "COLMENA VIDA" o "RIESGOS LABORALES COLMENA" o "ARL COLMENA" o "COLMENA RIESGOS LABORALES" o "COLMENA ARL", o "COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES", "RIESGOS PROFESIONALES COLMENA", "ARP COLMENA", "COLMENA RIESGOS PROFESIONALES" o "COLMENA ARP". Parágrafo: la sociedad podrá utilizar la expresión "COLMENA" como parte de su denominación y/o de sus siglas mientras la compañía haga parte del grupo empresarial liderado por la Fundación Social. En consecuencia con lo anterior, si por algún motivo la compañía dejare de ser parte del mencionado grupo empresarial, la Fundación Social podrá libremente determinar si faculta o no a la Sociedad para continuar utilizando dicha expresión como parte integrante de su nombre

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 661 del 21 de abril de 1994

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente que será reemplazado en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, por cuatro (4) suplentes primero, segundo, tercero y cuarto respectivamente, elegidos por la Junta Directiva para períodos de un (1) año, que podrán ser reelegidos indefinidamente o removidos en cualquier tiempo. En todo caso, se entenderá que las personas designadas como suplentes del presidente conservarán tal calidad, hasta tanto no se produzca una nueva designación en los terminos señalados por la ley y por estos estatutos. REPRESENTACIÓN LEGAL. El Presidente será el Representante Legal de la Sociedad y tendrá a su cargo la dirección y administración de los negocios sociales. Así mismo, ejercerán la representación legal de la sociedad los cuatro (4) suplentes del Presidente. PARÁGRAFO. Para efectos de conciliaciones judiciales, se concede la representación legal al Secretario General de la Sociedad, sin perjuicio de la representación legal radicada en cabeza del Presidente. FUNCIONES: Las funciones del Presidente son las siguientes: a) Desarrollar su gestión bajo los parámetros determinados por la naturaleza y actividad de la sociedad, de conformidad con lo previsto por la Ley y por estos estatutos. b) Orientar, dentro de los límites propios de su competencia, todas las actividades de la sociedad. c) Celebrar con las limitaciones previstas en estos estatutos, los actos que tiendan a cumplir los fines sociales. d)

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3170112148488645

Generado el 18 de mayo de 2021 a las 12:42:56

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

Ejecutar o hacer ejecutar las operaciones en que la sociedad haya de ocuparse, sujetándose a los estatutos y a las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. e) Representar a la Sociedad judicial y extrajudicialmente y autorizar con su firma los actos y contratos en que ella intervenga. f) Constituir apoderados que representen a la sociedad judicial o extrajudicialmente. g) Servir de consultor y asesor de la Junta Directiva en todas las actividades de la Sociedad. h) Convocar a la Junta Directiva y a la Asamblea General de Accionistas a sesiones extraordinarias cuando lo juzgue conveniente o, respecto de ésta cuando lo solicite un número plural de accionistas que represente por lo menos el veinticinco por ciento (25%) del capital suscrito. i) Cuidar de la recaudación de los fondos sociales. j) Organizar lo relativo a la administración de personal. k) Presentar a la Asamblea General de Accionistas conjuntamente con la Junta Directiva de la sociedad, las cuentas de fin de ejercicio que incluirán un informe de gestión, un informe especial en los términos del artículo 29 de la Ley 222 de 1995, los estados financieros de propósito general, un proyecto de distribución de las utilidades repartibles y todos aquellos documentos que las leyes exijan l) Presentar a la Junta Directiva un proyecto de apropiación de reservas técnicas y de las reservas que ordenan las disposiciones legales para las compañías de seguros. Presentar balances mensuales y un informe sobre la marcha de los negocios con la periodicidad que le indique la Junta Directiva. m) Presentar a consideración de la Junta Directiva para su aprobación y de manera previa a su celebración, los contratos que por su cuantía cierta o estimada o por su naturaleza deban ser autorizados por ella conforme a lo establecido en el numeral 8 del artículo 47. n) Informar a la Junta Directiva sobre las operaciones de la Sociedad y presentar detalladamente los informes que ésta solicite. (Escritura Pública 2759 del 25 de mayo de 2015 Notaria 73 de Bogotá)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Andrés David Mendoza Ochoa Fecha de inicio del cargo: 22/02/2021	CC - 79981340	Presidente
Andres Eduardo Cardona Quintero Fecha de inicio del cargo: 23/04/2021	CC - 80197682	Primer Suplente del Presidente
María Clemencia Jaramillo Vargas Fecha de inicio del cargo: 15/10/2015	CC - 39693172	Segundo Suplente del Presidente
Luz Marina Lacouture Lacouture Fecha de inicio del cargo: 05/11/2015	CC - 39777571	Tercer Suplente del Presidente
Alma Rocio Ariza Fortich Fecha de inicio del cargo: 15/10/2015	CC - 45766003	Cuarto Suplente del Presidente

RAMOS: Resolución S.B. No 766 del 28 de abril de 1994 vida individual

Resolución S.B. No 767 del 28 de abril de 1994 vida grupo

Resolución S.B. No 778 del 29 de abril de 1994 seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 2250 del 14 de octubre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 1175 del 05 de julio de 1996 se revoca la autorización para operar el ramo de seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

Resolución S.F.C. No 2093 del 17 de noviembre de 2011 Accidentes personales y Seguros de Exequias

Resolución S.F.C. No 1418 del 10 de septiembre de 2012 desempleo

Resolución S.B. No 0719 del 07 de junio de 2018 operar el ramo de seguro de salud.




SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3170112148488645

Generado el 18 de mayo de 2021 a las 12:42:56

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

**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."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





EN CUMPLIMIENTO AL DECRETO No. 384 DE FEBRERO 20/93 EMANADO POR EL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y DE LA CIRCULAR EXTERNA No. 033 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA PRESENTA LA SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL Y PRINCIPALES CONDICIONES DE LA POLIZA DEVIDA GRUPO DEUDORES.

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

POLIZA No. 012012-001

TOMADOR Y BENEFICIARIO: BANCO CAJA SOCIAL	NIT: 860.007.335-4
IMPORTANTE: Contestar todas las preguntas sinceramente y con absoluta veracidad, ya que la inexactitud produce la anulación del Seguro de vida. Si usted no goza de buena salud, lo remitiremos a los exámenes médicos exigidos por la aseguradora para determinar otras condiciones especiales en su seguro de vida.	

PRIMER ASEGURADO

DATOS DEL ASEGURADO (Para ser diligenciado únicamente por el asegurado)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EZEQUIEL BARRAGA BATONA	C.C.O.C.E:	91214108	FECHA NACIMIENTO:	10/09/1958
OCCUPACIÓN / ACTIVIDAD ESPECÍFICA:	COMERCIANTE	DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 36 + 16A-18	CIUDAD:	Barranquilla
BENEFICIARIOS PRIMER ASEGURADO (Únicamente para Créditos diferentes a Hipotecario)		TELÉFONO: 6973391			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN			
1					
2					
3					
4		100%			

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO
CANCER		<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS		<input checked="" type="checkbox"/>	TIENE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA O MENTAL CONGÉNITA O ADQUIRIDA		<input checked="" type="checkbox"/>
SIDA		<input checked="" type="checkbox"/>	INFARTO		<input checked="" type="checkbox"/>	ES PRIMIGESTANTE!		<input checked="" type="checkbox"/>
ACCIDENTES CEREBROVASCULAR		<input checked="" type="checkbox"/>	ES MUJER PRIMIGESTANTE MAYOR A 40 AÑOS?		<input checked="" type="checkbox"/>	ESTA EMBARAZADA?		<input checked="" type="checkbox"/>
INSUFICIENCIA RENAL		<input checked="" type="checkbox"/>	LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS CITADAS ARRIBA!		<input checked="" type="checkbox"/>	ENTRE 0 Y 3 MESES <input type="checkbox"/> ENTRE 3 Y 6 MESES <input type="checkbox"/> ENTRE 6 Y 9 MESES <input type="checkbox"/>		

SEGUNDO ASEGURADO

DATOS DEL ASEGURADO (Para ser diligenciado únicamente por el asegurado)					
NOMBRES Y APELLIDOS:		C.C.O.C.E:		FECHA NACIMIENTO:	
OCCUPACIÓN / ACTIVIDAD ESPECÍFICA:		DIRECCIÓN DOMICILIO:		CIUDAD:	
BENEFICIARIOS SEGUNDO ASEGURADO (Únicamente para Créditos diferentes a Hipotecario)		TELÉFONO:			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN			
1					
2					
3					
4		100%			

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO	MARQUE CON UNA X	SI	NO
CANCER			ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS			TIENE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA O MENTAL CONGÉNITA O ADQUIRIDA		
SIDA			INFARTO			ES PRIMIGESTANTE!		
ACCIDENTES CEREBROVASCULAR			ES MUJER PRIMIGESTANTE MAYOR A 40 AÑOS?			ESTA EMBARAZADA?		
INSUFICIENCIA RENAL			LE HAN DIAGNOSTICADO O TRATADO ALGUNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS CITADAS ARRIBA!			ENTRE 0 Y 3 MESES <input type="checkbox"/> ENTRE 3 Y 6 MESES <input type="checkbox"/> ENTRE 6 Y 9 MESES <input type="checkbox"/>		

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DE LOS ASEGURADOS

Declaro en mi nombre que lo anotado en el certificado de seguro es verídico, que las actividades a las que me dedico son normales, no generan ningún riesgo o ansiedad contra mi vida, que en la fecha gozo de buena salud, no he sido diagnosticado y/o no padezco ni he padecido de enfermedades de tipo: contagioso, cardiovascular, neurológico, enfermedades como hipertensión arterial, cáncer, SIDA, diabetes, epilepsia, asma, trombosis, anemia, leucemia, derrame cerebral, efema pulmonar, artritis reumatoidea, insuficiencia renal, tumores, trastornos inmunológicos, ni defectos o limitaciones físicas o mentales. No tengo intervenciones quirúrgicas pendientes. No consumo bebidas alcohólicas en exceso, ni consumo sustancias psicoactivas y en caso de ser mujer no padezco de tumores del seno o cuello de matriz. **COLMENA** vida y riesgos laborales se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento/incapacidad, se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro ART.1058-1158 CC.

AUTORIZACIONES Y OTRAS DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS

- Autorizo al Banco Caja Social, mi inclusión en la póliza de vida Grupo Deudores, anteriormente anotada con el amparo básico de Muerte y anexo de Incapacidad Total y Permanente, para cubrir el saldo insoluto de la Deuda o el valor inicial de desembolso de mis obligaciones con el Banco Caja Social según el crédito y condiciones particulares de la póliza y a ser amparado por coberturas de Enfermedades Graves y/o Beneficio por Hospitalización si la línea de crédito lo estipula, por los valores que se tiene contemplados en las condiciones particulares de la póliza.
- Sin perjuicio en lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a **COLMENA** vida y riesgos laborales a que, aun después de mi fallecimiento, verifique y pida ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución hospitalaria, la información y/o copia certificada de mi historia clínica o carta dental.
- Autorizo a **COLMENA** vida y riesgos laborales para incluir, consultar, reportar y procesar, a partir de la fecha de expedición de esta solicitud certificado y durante la vigencia de este seguro en cualquier momento, la información allí contenida y/o de cualquier relación comercial con esta aseguradora al ente regulador vigente o a cualquier central de información o base de datos, u otras aseguradoras del sector.
- Las condiciones particulares y generales son las contenidas en las cláusulas y anexos de la presente póliza que el asegurado declara conocer.

VIGENCIA DEL CERTIFICADO

La vigencia de este certificado será determinable de conformidad con la fecha de activación abajo anotada. El seguro se renovará de manera automática por los periodos iguales a los inicialmente contratados en los periodos de pago siempre y cuando se efectúe el pago de la prima.

INICIO DE VIGENCIA

Los amparos entran en vigencia a partir de la fecha de aprobación del crédito, observando lo expuesto en el texto de "Inicio de la cobertura individual" citado en las condiciones al respaldo de este certificado.

El valor mensual de la(s) prima(s) se encuentra(n) incluido en la cuota del crédito que cobra el Banco Caja Social mensualmente.

Este documento es una solicitud de seguro, por lo tanto su validez de certificado de seguros requiere de la aceptación de la aseguradora. Se entenderá aceptado el riesgo en las condiciones declaradas por el solicitante cuando se desembolse el crédito excepto que se haya aceptado en condiciones especiales o se haya rechazado por parte de la aseguradora, casos en los cuales se notificará al solicitante por escrito.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA Y RECIBE EN: Ciudad: **Barranquilla** 28/07/2015

Ezequiel Barraga
 FIRMA PRIMER ASEGURADO
 CC: **91214108**
 FIRMA AUTORIZADA COMPAÑÍA DE SEGUROS



INDICE DERECHO

FIRMA SEGUNDO ASEGURADO
 CC:

 FIRMA TOMADOR Y BENEFICIARIO 860.007.335-4



INDICE DERECHO

Un producto COLMENA vida y riesgos profesionales NIE 860.216.175-3 CPS-F-73_09/2013

**OBJETO DE LA POLIZA**

Proteger contra los riesgos de muerte, incapacidad total y permanente y demás riesgos previstos en esta póliza a los deudores y/o codeudores solidarios del Banco Caja Social.

1. CONDICIONES DE SEGURO DE VIDA CREDITO DIFERENTE A CREDITO HIPOTECARIO**ASEGURADO**

Todas las personas naturales que sean deudoras y/o codeudores solidarios del Banco, y los representantes legales de las personas jurídicas deudoras que el Banco considere deben tener la calidad de asegurados de acuerdo con la naturaleza de la entidad, que se incluyan en la presente póliza y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

BENEFICIARIO

Para las coberturas de vida e Incapacidad Total y permanente el primer beneficiario a título oneroso será el Banco hasta por el saldo insoluto de la Deuda, la diferencia si la hubiere, se pagará al asegurado tratándose del amparo de Incapacidad total y permanente. En caso de afección del amparo básico de vida será pagada al beneficiario(s) designado(s) por el asegurado, en la presente solicitud, o en su defecto los de ley.

VALOR ASEGURADO AMPARO BASICO DE VIDA

Será el valor de desembolso. En consecuencia el primer beneficiario es el Banco a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderá, además, los intereses moratorios y las primas de seguro de vida grupo deudores no canceladas por el deudor. La diferencia si la hubiere, se pagará al beneficiario(s) designado(s) por el asegurado o al solicitante certificado o en su defecto a los beneficiarios de ley.

VALOR ASEGURADO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El valor asegurado será el valor del desembolso. En consecuencia el primer beneficiario es el Banco a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre a la fecha en la cual la compañía informe por escrito al tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo no canceladas por el deudor. La diferencia si la hubiere se pagará al asegurado.

COSTO DEL SEGURO

La prima se cobrará mensualmente aplicando la tarifa de acuerdo con la edad, ocupación y monto del desembolso.

INDEMNIZACIÓN DE SEGURO CONJUNTO

En el caso que el crédito tenga dos asegurados la indemnización por la cobertura de vida se distribuirá en la siguiente forma:

- Si llegare a fallecer uno de los asegurados, se cancelará el saldo de la deuda al Banco, y el excedente si lo hubiere, se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado fallecido.
- Si los dos titulares fallecen simultáneamente, cada cobertura individual contribuirá con el 50% al pago del saldo insoluto de la deuda al Banco y el excedente de cada cobertura; si lo hubiere; se pagará a los beneficiarios designados por cada asegurado fallecido.

DOCUMENTOS PARA EL PAGO DE INDEMNIZACIONES A BENEFICIARIOS A TITULO GRATUITO

- Designación de Beneficiarios. A falta de designación de beneficiarios serán los de ley de acuerdo con el artículo 1142 del código de Comercio.
- Si es mayor de edad en todos los casos debe presentar fotocopia de la cedula de Ciudadanía.
- Si el Beneficiario es hijo del asegurado fallecido, debe presentar registro Civil de Nacimiento.
- Si el Beneficiario es menor de edad, fotocopia de la cedula de quien sea su representante legal.
- Si el beneficiario es cónyuge o compañero permanente se debe adjuntar Registro Civil de Matrimonio o Declaración Extra Juicio.
- Si los Beneficiarios son los padres, se debe adjuntar Registro civil de nacimiento del asegurado fallecido.

2. CONDICIONES DE SEGURO DE VIDA CREDITO HIPOTECARIO ASEGURADOS

Todas las personas naturales que sean deudores y/o codeudores solidarios del Banco Caja Social, y los representantes legales de las personas jurídicas deudoras que el Banco considere deben tener la calidad de asegurados de acuerdo con la naturaleza de la entidad, que se incluyan en la presente póliza respecto de la cual se pague la prima y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la compañía.

BENEFICIARIOS

Para las coberturas de vida e Incapacidad total y permanente a título oneroso, el Banco, hasta por el saldo insoluto de la deuda.

VALOR ASEGURADO AMPARO BASICO DE VIDA

Según el saldo insoluto de la deuda, esto es capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado.

VALOR ASEGURADO AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

El valor asegurado será el saldo insoluto de la deuda. Se tendrá como saldo insoluto de la deuda el capital no pagado más los intereses corrientes y de mora a la fecha en que la compañía informe por escrito al Tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado.

COSTO DEL SEGURO

Para créditos asociados a vivienda, la prima se cobrará mensualmente aplicando la tarifa de acuerdo con la edad, alcanzada y monto del saldo insoluto de la deuda de cada asegurado.

SEGURO CONJUNTO

Este seguro opera al 100% respecto de cada uno de los asegurados, es decir que en caso de fallecimiento o declaratoria de Incapacidad Total y Permanente de uno de los asegurados. En caso de fallecimiento simultáneo de los dos asegurados se pagará al Banco el saldo insoluto de la deuda y a los beneficiarios de Ley una suma igual.

NO PAGO DE LA PRIMA

Como consecuencia del no pago de la prima dentro del término que estipula la ley, cesarán las coberturas otorgadas en la presente certificado.

3. CONDICIONES DE SEGURO DE VIDA APPLICABLES A CUALQUIER MODALIDAD DE CREDITO**DEFINICIÓN DE COBERTURAS PARA LA MODALIDAD DE CREDITO QUE APLIQUE.****-VIDA**

Es el fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas, por cualquier causa natural no preexistente o accidental; incluyendo el suicidio y el homicidio. No tiene ninguna exclusión.

- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para efectos de este seguro se entiende por Incapacidad Total y Permanente del asegurado menor de 70 años, la incapacidad estructurada durante la vigencia del presente seguro y calificada médicamente con un grado de invalidez superior o igual al 50% con base en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social. Una vez pagada la indemnización por incapacidad total y permanente terminan los amparos de vida, enfermedades graves y beneficio por hospitalización, cesando la responsabilidad de la compañía de seguros. No tiene ninguna exclusión.

- ENFERMEDADES GRAVES

Se otorga cobertura en caso que se diagnostique al deudor alguna de las siguientes enfermedades: **CANCER, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL, INFARTO AL MIOCARDIO, Y AFECIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS** evidenciadas por el resultado de una angiografía y que, por recomendación de un especialista, hayan sido tratadas en una operación de BY-PASS o puente coronario para corregir una estenosis u oclusión de las arterias coronarias. La indemnización podrá ser abonada al crédito según decisión del Banco. Esta indemnización no constituye un menor valor de la indemnización de la cobertura de vida o de incapacidad total y permanente. Esta cobertura opera una vez respecto de cada asegurado durante la vigencia del programa de seguros. Si el asegurado tuviere varios créditos el amparo protege uno solo de ellos a su elección.

Exclusiones para Enfermedades Graves: Ningún beneficio es pagadero bajo este amparo si:

- La enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de iniciación del amparo.
- El asegurado padece y se le diagnostica una de las enfermedades cubiertas a consecuencia de o en conexión con:
 - El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o enfermedad de tipo similar bajo cualquier nombre, que sea diagnosticada por un médico autorizado.
 - La presencia del virus del SIDA descubierta mediante test de anticuerpos o virus de sida con resultado positivo, o cualquier enfermedad derivada de la anterior.
 - No cubre tumores de piel, cáncer in-situ no invasivo en cualquier órgano, cáncer de seno o cáncer de matriz.
 - Se excluye la angioplastia, tratamiento láser, operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardíaca o alteración congénita.

- BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN

Se otorga cobertura en caso que el deudor sea hospitalizado, como consecuencia de una enfermedad no preexistente o de un accidente, por once (11) días o más continuos (los once (11) días corresponden a día y hora calendario). Esta cobertura operará máximo una vez al año calendario por asegurado. Si el asegurado tuviere varios créditos el amparo protegerá uno solo de ellos a su elección.

Exclusiones para beneficio por hospitalización: No habrá cobertura si la hospitalización es causada por:

- Ejercicio de actividades ilícitas del asegurado.
- Cirugía plástica o cosmética a menos que sea necesaria practicarla como consecuencia de un accidente ocurrido en la vigencia del seguro.
- Embarazo, parto o aborto y las complicaciones que surjan de ellos.

VALOR ASEGURADO PARA ENFERMEDADES GRAVES

Esta cobertura cubre el equivalente al 100% del valor de la deuda, mínimo \$1.000.000,00 y máximo \$5.000.000,00, para créditos diferentes a crédito hipotecario y \$7.000.000,00 si es crédito hipotecario.

VALOR ASEGURADO PARA BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN

Si la hospitalización es de once (11) días o más continuos e inferior a treinta (30) días continuos, éste amparo cubrirá el valor de una cuota del crédito. Si la hospitalización se prolonga por más de treinta (30) días continuos, se cubrirá una cuota adicional por cada mes o fracción de mes adicional continuo sin ser superior a seis (6) cuotas.

INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual de Vida e Incapacidad total y permanente, se iniciará a partir de la aprobación del crédito. Si transcurridos cuarenta y cinco (45) días comunes desde la aprobación del crédito no se ha efectuado el desembolso, cesará el amparo individual otorgado y la cobertura sólo se reiniciará en el momento en que se haya efectuado el reembolso. Si ocurre un siniestro dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la aprobación del crédito sin que se hubiese efectuado el desembolso, la indemnización por incapacidad total y permanente se pagará al asegurado y la indemnización por muerte se pagará a los beneficiarios legales descontando el valor de la prima correspondiente al período transcurrido del seguro. En este caso el valor asegurado corresponderá al valor aprobado por el Banco. Lo dispuesto anteriormente opera siempre y cuando el solicitante del crédito haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad (diligenciamiento y firma de evidencia de asegurabilidad) para riesgos normales y para riesgos subnormales hubiese mediado aprobación formal de la Compañía de Seguros.

La cobertura individual para los demás amparos opera a partir del momento del desembolso del crédito.

EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

AMPARO	MÍNIMO INGRESO	MÁXIMO INGRESO	MÁXIMO PERMANENCIA
VIDA	18	75 años 11 meses 29 días	Terminación del crédito
ITP - EGR- BENEF X HOSPIT.	18	69 años 11 meses 29 días	70 años 11 meses 29 días

RETENCIÓN E INEXACTITUD

El concepto de retención e inexactitud se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que cualquiera de las coberturas se afecte por causas relacionadas directamente con los hechos materia de inexactitud o de retención en la declaración de asegurabilidad.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

- El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguno de los siguientes hechos:
 - Terminación o no renovación de la póliza.
 - Revocación de la póliza matriz por parte del Tomador.
 - Revocación de certificados individuales de seguro por parte del Tomador.
 - Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo de asegurados del Banco.
 - Por el fallecimiento o declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado o de uno de los asegurados (Seguro Conjunto).
 - Cuando la obligación se extinga íntegramente.
 - Cuando el asegurado opere por contratar los seguros con otra Compañía de Seguros y ésta sea aceptada como garantía adicional por el Banco.
 - En los demás casos estipulados en las disposiciones legales que reglamentan el seguro de vida grupo deudores.
 - Por mora en el pago de la prima.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Los requisitos de asegurabilidad que deben tenerse en cuenta de acuerdo al monto, actividad y edad del asegurado serán los dispuestos por la Aseguradora. Independiente del valor del crédito otorgado, cuando un deudor exprese de no gozar de buena salud, la Aseguradora exigirá los exámenes médicos que estime convenientes para la adecuada evaluación del riesgo. La Aseguradora aplicará extra-primas para los riesgos sub-normales por salud o actividad. Igualmente informará por escrito al Tomador sobre el otorgamiento o rechazo del seguro.

DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA INDEMNIZACIONES**BASICO VIDA**

- Certificado individual de seguro.
- Carta reclamación por parte del Tomador que incluya todos los datos de contacto del asegurado.
- Copia de Documento de identidad del asegurado.
- Registro civil de defunción (original o copia auténtica).
- Para muerte natural, historia clínica donde conste la fecha de diagnóstico de la enfermedad causa de la muerte.
- Si la entidad hospitalaria niega la entrega de dicho documento, anexar carta en la que conste que la institución rechazó la solicitud.
- Para muerte accidental u homicidio, adjuntar acta levantamiento de cadáver o necropsia en el que determine con claridad las circunstancias de tiempo, modo y lugar del hecho.
- Certificado del saldo de la deuda expedida por el Banco, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora y primas de seguro).

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Certificado individual de seguro.
- Carta reclamación por parte del Tomador que incluya todos los datos de contacto y referencia de créditos, saldos e intereses cubiertos del asegurado.
- Historia clínica completa.
- Declaración de la ITP emitida por las juntas de calificación de invalidez cuando el valor de la reclamación supere \$10.000.001,00.
- Certificado del saldo de la deuda expedida por el Banco, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora y primas de seguro a la fecha en que la compañía informe por escrito al Banco su aceptación respecto de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente).
- * Nota: Cuando la reclamación que afecte la cobertura de Incapacidad Total y permanente, no supere la suma de \$10.000.000,00, serán evaluadas por el médico calificador de la compañía especializado en medicina laboral, quien fundamentado en el manual de calificación de invalidez del sistema de seguridad social y en la historia clínica completa, determinará el porcentaje de invalidez.

ENFERMEDADES GRAVES

- Certificado individual de seguro.
- Carta reclamación por parte del Tomador que incluya todos los datos de contacto.
- Historia clínica completa.
- Informe del médico tratante sobre el diagnóstico de la enfermedad.
- Certificado del saldo de la deuda expedida por el Banco a la fecha de diagnóstico de la enfermedad, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora y primas de seguro).

BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

- Certificado individual de seguro.
- Carta reclamación por parte del Asegurado que incluya todos los datos de contacto del asegurado.
- Certificado de hospitalización donde se incluya la fecha de ingreso y de salida.
- Historia clínica donde conste la fecha de la enfermedad y causa de la hospitalización.
- Certificación del Banco sobre el valor de la cuota mensual del crédito.

Si del análisis de los documentos detallados en los apartes anteriores, surge la necesidad de documentación adicional, la Compañía de seguros solicitará directamente al Banco tratándose de las coberturas de vida e incapacidad total y permanente; para las coberturas adicionales se solicitarán directamente al asegurado.

En caso de reclamación los documentos deben ser remitidos mediante carta dirigida al Banco Caja Social en cualquier sucursal a nivel nacional.

Este documento bajo ninguna circunstancia reemplaza al contrato de seguro, por lo tanto las condiciones de la póliza principal prevalecerán.

Para condiciones generales y particulares remitirse al clasificado que se encuentra en poder del Tomador.

Para mayor información comuníquese con nuestra Línea Efectiva de COLMENA vida y riesgos laborales
en: Bogotá 401 0447 - Medellín 441 1246 - Cali 403 6400 - Barranquilla 353 7559
o a nivel nacional al: 01 8000 919667.

DATOS PRINCIPALES						
NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE: Enrique Baragon				CEDULA: 91214108		
FECHA DE NACIMIENTO 10/04/1942	GENERO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	OCCUPACION PRINCIPAL Comandante B/ga	CIUDAD B/ga	TELEFONO 0773311	ESTADO CIVIL C	
1. ANTECEDENTES PERSONALES						
CONSUMO ALCOHOL SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		FRECUENCIA Y CANTIDAD				
FUMA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		CUANTOS CIG./DIA? <input type="text"/>		DESDE HACE CUANTO TIEMPO? <input type="text"/>		
HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO O POR DROGADICCION ? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> HACE CUANTO? <input type="text"/>						
VIAJES AL EXTERIOR? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CUANTOS? <input type="text"/> A DONDE? <input type="text"/> ULTIMO VIAJE HACE CUANTO? <input type="text"/> MESES						
DEPORTE QUE PRACTICA No Mas de dos veces a la semana <input type="checkbox"/> Una vez a la semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>						
HA VARIADO SU PESO EN EL ULTIMO AÑO? KG. GANADOS <input type="text"/> KG. PERDIDOS <input type="text"/> CAUSAS? <input type="text"/>						
1.1. ANTECEDENTES QUIRURGICOS						
INTERVENCION No	FECHA —	CAUSA —	INSTITUCION —	CIUDAD —		
INTERVENCION	FECHA	CAUSA	INSTITUCION	CIUDAD		
INTERVENCION	FECHA	CAUSA	INSTITUCION	CIUDAD		
1.2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS						
Se ha practicado alguno de los siguientes exámenes:						
a. Radiografías		b. Electrocardiogramas		c. Analisis de sangre		d. Mamografía
e. Citología cervical		f. Prostata		g. Endoscopia		
FECHA	CAUSA	TRATAMIENTO		MEDICO/INSTITUCION		
a. No						
b. No	control	NO		No recuerda		
d. N/A						
e. N/A	control	NO		No recuerda		
g. NO						
ha sufrido o sufre alguna enfermedad de los siguientes aparatos sistemas u organos?				Ha tenido alguna enfermedad o tumor en:		
				<input type="checkbox"/> Senos <input type="checkbox"/> Matriz <input type="checkbox"/> Ovarios		
Paralisis, epilepsia, vertigo, dolo de cabeza frecuente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Si el solicitante es mujer:		
Rocio diabetes, pancreatitis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		antecedentes Ginecoobetricos		
Reumatismo, artritis o enfermedades de los huesos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Menarquia		
Enfermedades del baso, anemias?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Esta Actualmente embarazada?		
Enfermedades del corazón, dolor en el pecho, tension art. Alta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		No. De Meses		
Asma, tos cronica, tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		No. De Partos		
Ulcera del estomago, doudeno, apendicitis, vesicula, higado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Fecha del ultimo parto		
Enfermedades renales, calculos, prostata, testiculos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		No. De Abortos		
Ojos, oido, nariz?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Causa		
Cicatrices traumaticas o quirurgicas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Menopausia?		
Ha tenido enfermedades venereas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		cuales? <input type="text"/>		
Le han practicado exámenes de laboratorio para investigar SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		Resultado <input type="text"/>		
2. ANTECEDENTES FAMILIARES						
Parentesco	edad si vive	Estado de salud / causa de la muerte			edad al morir	
padre		Neutral			87	
madre		Depresion/anorexia			67	
Hermanos/as		Depresion				
No. Vivos 4	No. Muertos 1					
Si indico alguna enfermedad favor indicar fecha de la enfermedad, diagnostico, tratamiento o resultado						

Información del solicitante

Tipo identificación:	Cédula de Ciudadanía	N identificación:	91214108
Primer apellido:	BARRAGAN	Segundo apellido:	BAYONA
Primer nombre:	EZEQUIEL	Segundo nombre:	
Fecha nacimiento:	jueves, 10 de abril de 1958	Fecha de asegurabilidad:	jueves, 10 de abril de 1958
Tipo solicitante:	Titular Principal	Ocupación:	Otros independientes
Género:	M-Masculino	Fecha Asegurabilidad Final:	jueves, 10 de abril de 1958
Perfil:	Perfil 2		
Plan asignado:			

Información residencia

Dirección residencia:	CL 56 16 A 18
Teléfono:	6773391
Ciudad:	BUCARAMANGA

Información laboral

Dirección laboral:	CL 56 15 A 18
Teléfono:	6773391
Ciudad:	BUCARAMANGA

Información Adicional

Celular:	3144117632
Correo electrónico:	

Declaración de asegurabilidad

Declaración de asegurabilidad:			
Pregunta	Respuesta	Observaciones	
Pensionado por invalidez			No
Cancer			No
<input type="checkbox"/> Sida			No <input type="checkbox"/>
Accidentes cerebrovasculares			No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal			No <input type="checkbox"/>
Enfermedades de las arterias coronarias			No
<input type="checkbox"/> Infarto			No <input type="checkbox"/>
Es mujer primigestante mayor a 40 años			No
<input type="checkbox"/> Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las citadas arriba?			No <input type="checkbox"/>
Tiene alguna limitación mental física o mental congénita o adquirida			No
<input type="checkbox"/> Es primigestante			No <input type="checkbox"/>

Está embarazada	No
-----------------	----

Declaración de asegurabilidad

Motivo remisión:	Requisito de asegurabilidad
------------------	-----------------------------

Amparos de producto Vida Individual

Exámenes según perfil:		
Perfil	Examen médico	Examen laboratorio
Perfil 2		Examen médico general

Resultados citas y/o exámenes médicos

Resultado cita médica:		
Médico evaluador	Ciudad Adjunto	EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA 1.jpg
COMPañÍA RSO	BUCARAMANGA	EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA.jpg

Resultados citas y/o exámenes médicos

Resultado exámenes médicos:
La búsqueda no arrojó resultados

Concepto calificador: Aprobado
Requiere extra prima?: No
Porcentaje:
Fecha Asegurabilidad Final: jueves, 10 de abril de 1958
Observaciones: Medicamente Estándar

Colmena Seguros S.A., en adelante Colmena, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el tomador/asegurado, otorga el presente seguro de vida individual temporal para los deudores de entidades financieras, sujeto a las siguientes condiciones:

Forman parte de este Contrato, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos, los parámetros técnicos fijados por la Superintendencia Financiera de Colombia y cualquier otro documento escrito y aceptado por las Partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA: ¿A quienes cubre este seguro?

Este seguro protege a los deudores principales y solidarios, de cualquier línea de crédito, entre otras: Hipotecario, Microcrédito, Comercial, Libre Destino, Rotativo, Libranza, Vehículo, así como a los locatarios en contratos de leasing del Banco Caja Social, adquiriendo este en todos los casos, la calidad de beneficiario a título oneroso.

CONDICIÓN SEGUNDA: ¿Qué cubre este seguro?

Coberturas básicas:

1.1. Muerte por cualquier causa. Si mueres dentro la vigencia de la póliza por causa natural no preexistente o accidental, o preexistente declarada y aceptada por Colmena, Colmena pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza.

Para determinar la cobertura del amparo, se entenderá la fecha del fallecimiento como la fecha del siniestro.

1.2. Incapacidad Total y Permanente (ITP). En caso de que sufras una incapacidad total y permanente que se estructure dentro de la vigencia del seguro, Colmena pagará la suma de dinero indicada en la carátula de la póliza.

La pérdida de capacidad laboral para este seguro, se entiende aquella que ha sido calificada como total por la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, o por las entidades competentes del Sistema General de Seguridad Social.

Las personas que hacen parte de regímenes especiales del Sistema de Seguridad Social Integral también deberán demostrar que su pérdida de capacidad laboral es total y la fecha de estructuración de su incapacidad está dentro del dictamen que determinó la invalidez.

Ten presente:

- La fecha de estructuración de tu invalidez es la fecha del siniestro.
- Si el valor asegurado para el amparo de Incapacidad Total y Permanente es igual o menor a \$10.000.000 nuestro departamento médico podrá evaluar la historia clínica aportada y de ser suficiente para determinar la Incapacidad Total y Permanente podrá ser aprobada la indemnización para pago sin exigir Dictamen de Calificación de incapacidad total y permanente
- Si Colmena paga la cobertura de incapacidad total y permanente, el seguro terminará y no podrás reclamar otros amparos.
- Colmena no cubre la Incapacidad Parcial y Permanente.

Coberturas adicionales:

Cuando expresamente se indique en la carátula de la póliza, se podrán otorgar las siguientes coberturas adicionales:

1.3. Enfermedades graves. En caso que te sea diagnosticada por primera vez, durante la vigencia de este seguro, alguna de las enfermedades o procedimientos definidos a continuación, Colmena pagará la suma indicada en la carátula de la póliza.

Cáncer: La presencia de un tumor maligno caracterizado por el Crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la Invasión del tejido. Esto incluye leucemia, linfomas, la enfermedad de Hodgking y melanomas malignos.

¡Ten presente!

La presente póliza no te cubre tumores, cáncer de la piel, seno, matriz, cáncer in situ o no invasivos en cualquier órgano.

Evento cerebro vascular: Es la aparición repentina de síntomas característicos de déficit neurológico causados por un evento vascular agudo en el cerebro, sea este isquémico o hemorrágico, que deriva en secuelas neurológicas permanentes y evidentes.

¡Ten presente!

No se cubren las Isquemias cerebrales transitorias, los eventos cerebro vasculares derivados por el consumo de drogas tóxicas, heroicas o alucinógenas, y ni ningún tipo lesión ocurrida por trauma cráneo encefálico.

Insuficiencia renal: La etapa final o terminal de la insuficiencia renal por deterioro de la función renal de manera crónica e irreversible de ambos riñones, que trae como consecuencia la necesidad de iniciar diálisis renal, o se debe realizar trasplante renal.

Infarto Agudo al miocardio: Enfermedad cardiaca en la que se produce de forma repentina la muerte de una parte del miocardio debido a una falta prolongada de oxígeno, evento que típicamente se manifiesta con:

- Dolores agudos del pecho.
- Alteraciones recientes del electrocardiograma.
- Aumento de las enzimas cardiacas, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Intervención quirúrgica de las arterias coronarias y angioplastia: Procedimiento quirúrgico efectuado como consecuencia de una enfermedad de las arterias coronarias diagnosticada dentro de la vigencia de la póliza, que requiera la práctica únicamente de un "By Pass" o una Angioplastia.

¡Ten presente!

Podrás reclamar una sola vez por la cobertura de enfermedades graves durante toda la vigencia de la póliza, es decir, Colmena no pagará dos veces por el amparo de enfermedades graves.

Beneficios por hospitalización: Si eres hospitalizado como consecuencia de una enfermedad o de un accidente no preexistentes, Colmena pagará, según el número de días continuos que permanezcas hospitalizado, las cuotas de tu crédito de acuerdo a la siguiente tabla:

Número de días continuos de hospitalización	Número de cuotas
11 a 30 días	1 cuota
31 a 60 días	2 cuotas
61 a 90 días	3 cuotas
91 a 120 días	4 cuotas
121 a 150 días	5 cuotas
151 a 180 días	6 cuotas

Esta cobertura operará máximo una vez por año calendario y el valor de las cuotas será pagado al Banco Caja Social.

¡Ten presente!

Colmena no pagará si la hospitalización es consecuencia de una cirugía plástica o cosmética, a menos que sea necesaria porque es consecuencia de un accidente ocurrido en la vigencia del seguro. Tampoco pagará si la hospitalización se presenta con ocasión a un embarazo, parto o aborto o las complicaciones que surjan de ellos.

CONDICIÓN TERCERA. Exclusiones del seguro para todas las coberturas

Ninguna de las coberturas del seguro cubre los eventos que sean consecuencia de:

- **Patologías o enfermedades, físicas o mentales, congénitas o adquiridas que sean preexistentes**, es decir, que hayan sido diagnosticadas, o conocidas por el asegurado, o por la cual se haya recibido tratamiento, y no hayan sido declaradas por el asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del seguro.
- El ejercicio de actividades ilícitas por parte del asegurado.
- Si mueres como consecuencia de guerra civil y/o internacional.

CONDICIÓN CUARTA. ¿Cuáles son las edades de ingreso y permanencia?

La edad mínima de ingreso a la póliza es 18 años.

Las edades máxima de ingreso y permanencia dependen de la cobertura:

Cobertura	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de permanencia
Muerte por cualquier causa	75 años + 364 días	Hasta cancelación de la deuda
Incapacidad Total y Permanente	69 años + 364 días	70 años + 364 días
Enfermedades Graves	69 años + 364 días	70 años + 364 días
Beneficios por hospitalización	69 años + 364 días	70 años + 364 días

Para el caso de la línea de crédito de Libranzas la edad de ingreso será hasta los 79 años, 11 meses y 29 días, con permanencia hasta los 84 años, 11 meses y 29 días.

CONDICIÓN QUINTA: PLANES OTORGADOS

De acuerdo a tu estado de salud y el tipo de crédito, Colmena podrá otorgarte las coberturas indicadas en cada uno de los siguientes planes:

Plan 1 Completo:

- Muerte por Cualquier Causa
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves
- Beneficios por Hospitalización

Plan 2 Básico:

- Muerte por Cualquier Causa
- Incapacidad Total y Permanente

Plan 3 Vida:

- Muerte por Cualquier Causa

CONDICIÓN SEXTA. Vigencia de la póliza.

La póliza se mantendrá vigente mientras se efectúe el pago de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago establecida.

CONDICIÓN SÉPTIMA. ¿Cuáles son los valores asegurados de las coberturas según el tipo de tu crédito?

Tipo de crédito	Cobertura y valor asegurado			
	Muerte por Cualquier Causa	Incapacidad Total y Permanente	Enfermedades Graves	Beneficios por hospitalización
Consumo, Comercial, Microcrédito	Valor inicial del desembolso del crédito	Valor inicial del desembolso del crédito.	10% del valor de la deuda, mínimo \$1.000.000, máximo \$5.000.000	El número de cuotas, según el número de días continuos que permanezcas hospitalizado.
Hipotecario, Leasing Habitacional, Titularizado	Saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del asegurado	Saldo insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaratoria de ITP.	10% del valor de la deuda, mínimo \$1.000.000, máximo \$7.000.000	El número de cuotas, según el número de días continuos que permanezcas hospitalizado.
Libranzas	Valor inicial del desembolso del crédito	Valor inicial del desembolso del crédito.	No se otorga la cobertura	No se otorga la cobertura
Rotativo	Saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento del asegurado	Saldo insoluto de la deuda a la fecha en que Colmena notifique al Banco Caja Social la aceptación de la declaratoria de ITP.	No se otorga la cobertura	No se otorga la cobertura

¡Ten presente!

- Por saldo insoluto de la deuda se entiende el capital no pagado más los intereses corrientes calculados a la fecha de fallecimiento o a la fecha de aceptación de la ITP por parte de Colmena a la tasa pactada para el respectivo crédito.

En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida individual no canceladas por el deudor.

- Si se presenta simultáneamente una reclamación por beneficios por hospitalización y enfermedades graves y el saldo insoluto de la deuda queda cubierto con la indemnización de beneficios por hospitalización, el valor de la indemnización por el amparo de enfermedades graves te será entregado.
- Para los créditos en los cuales el valor asegurado es el saldo insoluto de la deuda no habrá lugar a pago de remanente.

CONDICIÓN OCTAVA. Seguro conjunto

Cuando existan dos (2) asegurados respecto de un mismo crédito, cada uno de ellos deberá estar asegurado mediante una póliza de Vida Individual Deudor. Si se produce la muerte o incapacidad total y permanentemente de algunos de los dos, el seguro pagará el valor asegurado, y se darán por terminadas todas las coberturas para ambos asegurados.

En caso de fallecimiento simultáneo de los asegurados Colmena pagará al Banco Caja Social el saldo de la deuda. Para ello descontará el 50% del valor asegurado de cada una de las pólizas individualmente contratadas sobre la misma deuda. El remanente, es decir el 50% que no fue destinado para cubrir el saldo, se pagará a los beneficiarios de cada asegurado.

¡Ten presente!

- Si la muerte del segundo asegurado ocurre dentro de las 24 horas siguientes a la del primero, se tomará como muerte simultánea.
- El seguro conjunto solamente aplicará para créditos de vivienda, en consecuencia se otorgará cobertura para el deudor principal, el deudor solidario o el locatario según corresponda.

CONDICIÓN NOVENA. Requisitos de Asegurabilidad

Créditos de Vivienda, consumo, comercial y microcrédito

En las siguientes tablas encontraras los requisitos de asegurabilidad establecidos por Colmena de acuerdo a tu edad y el monto solicitado del crédito.

RANGO DE EDAD	ENTRE Y	Menor o igual a	\$ 50.000.001	\$ 125.000.001	\$ 180.000.001	\$ 260.000.001	\$ 310.000.001	\$ 420.000.001	\$ 650.000.001
		\$ 50.000.000	\$ 125.000.000	\$ 180.000.000	\$ 260.000.000	\$ 310.000.000	\$ 420.000.000	\$ 650.000.000	\$ 800.000.000
18-54		PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 1	PERFIL 3	PERFIL 4
55-59		PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4	PERFIL 4	PERFIL 4
60-75		PERFIL 1	PERFIL 2	PERFIL 3	PERFIL 4				

TABLA DE REQUISITOS MEDICOS	
DESCRIPCION DE LOS REQUISITOS / PERFILES	
Perfil 1	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad.
Perfil 2	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad. + EXAMEN MEDICO GENERAL
Perfil 3	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad. + EXAMEN MEDICO GENERAL - ANALISIS DE ORINA - ELECTROCARDIOGRAMA
Perfil 4	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad. + EXAMEN MEDICO GENERAL - ANALISIS DE ORINA - ELECTROCARDIOGRAMA - QUIMICA SANGUINEA (GLUCEMIA, COLESTEROL, HDL, LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD), TRIGLICERIDOS, CREATININA, Y V.I.H.
Perfil 5	Diligenciamiento de declaración de asegurabilidad. + EXAMENES ESPECIALES SOLICITADOS POR MEDICO CALIFICADOR

Créditos rotativos:

Para el caso de los créditos rotativos, no se aplicarán los requisitos de asegurabilidad descritos en el numeral anterior.

Créditos de libranzas:

- Los pensionados por invalidez: Ingresarán a la póliza sin la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.
- Dado que la edad de ingreso en este tipo de crédito es superior a 75 años, en esos casos se aplicarán los mismos requisitos establecidos para los perfiles de riesgo del rango 60-75 años.

¡Ten presente!

- No se te aplicarán extra primas de riesgo por ocupación o actividad.
- Los criterios anteriormente enunciados se realizan en función al monto del crédito y la edad del solicitante, excepto que indiques no gozar de buena salud en la declaración de asegurabilidad, motivo por el cual se te solicitará la realización de un examen médico y aquellos exámenes adicionales que Colmena estime convenientes para la adecuada evaluación del riesgo. Después de dicha evaluación se te informará por escrito sobre la aceptación o rechazo del seguro a más tardar cinco (5) días hábiles después de que se te practiquen los exámenes médicos y de laboratorio ordenados.

CONDICIÓN DÉCIMA. Inicio de la cobertura.

La cobertura de la póliza iniciará para los créditos nuevos desde la fecha de desembolso del crédito y para los créditos en curso desde la fecha de aceptación del riesgo por parte de Colmena.

CONDICIÓN UNDÉCIMA. Cálculo de la prima.

Si el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, la prima se calculará aplicando al saldo insoluto de la deuda la tasa correspondiente al género y la edad alcanzada, de acuerdo al plan otorgado. Esto quiere decir que el valor sobre el cual se liquida la prima será variable durante la existencia del crédito.

Si el valor asegurado corresponde al valor inicial del crédito (desembolso), es decir que el valor asegurado es constante durante toda la vigencia de la póliza, la prima se calculará aplicando al valor asegurado la tasa correspondiente al género y la edad que resulte de: sumar la edad alcanzada al momento de suscribir la póliza, y la mitad del tiempo en años del plazo del crédito.

Para los créditos rotativos la prima mensual se calculará aplicando la tasa correspondiente sobre el saldo promedio de la deuda del mes facturado.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. Pago de la prima.

El pago de la prima se podrá realizar:

- Mediante débito automático a la cuenta bancaria de donde se efectúe simultáneamente el pago de la cuota del crédito,
- Por medio de la tarjeta de crédito previamente autorizada por el Tomador/Asegurado.
- Por pago directo a la cuenta recaudadora de Colmena.

Se dispone de un plazo de sesenta (60) días corrientes sin recargo de intereses, para el pago de la prima.

Si durante dicho período de gracia ocurre un siniestro, Colmena tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas causadas y pendientes de pago.

Si las primas posteriores a la primera no son pagadas dentro del plazo mencionado anteriormente o dentro del período de gracia, se producirá la terminación automática de tu contrato y Colmena quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la terminación.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. Valor máximo asegurado:

El valor máximo asegurado es el equivalente a ochocientos millones de pesos (\$800'000.000,00) por deudor ya sea en una o varias operaciones de crédito.

¡Ten presente!

Los créditos que superan el monto antes mencionado serán objeto de un estudio detallado por parte de Colmena.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. Reajuste de valores asegurados.

Si la entidad financiera te prorroga, refinancia, renueva el crédito o te otorga un nuevo crédito, el mismo no será objeto de cobertura por la presente póliza. En tal caso, podrás solicitar a Colmena el otorgamiento de una nueva póliza.

Para el otorgamiento de un nuevo seguro en las anteriores circunstancias, Colmena mantendrá las condiciones de asegurabilidad y antigüedad hasta por la suma asegurada establecida en la primera póliza.

En caso de que el valor del nuevo crédito sea superior a la suma asegurada establecida en la primera póliza, Colmena podrá solicitar requisitos de asegurabilidad adicionales.

Colmena acepta que para créditos rotativos no habrá solicitud adicional de requisitos médicos, por lo tanto se mantendrá la cobertura por los valores reajustados.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. ¿Por cuales causas termina el seguro?

- Por mora en el pago de la prima vencido el plazo otorgado para tal fin.
- Por solicitud del Tomador/Asegurado mediante aviso escrito a Colmena y siempre que sea autorizado por el Banco Caja Social.
- Cuando la obligación crediticia se extinga íntegramente.

- d. Por el fallecimiento del asegurado.
- e. Por pago de la suma asegurada en el amparo de incapacidad total y permanente.
- f. Por el pago de la suma asegurada en el seguro conjunto.

Salvo el amparo de Muerte por cualquier causa e ITP, los demás amparos podrán ser revocados unilateralmente por Colmena mediante el envío de una comunicación escrita dirigida al asegurado con por lo menos diez (10) días hábiles de antelación a la terminación efectiva de la cobertura.

La terminación de este seguro no perjudicará las reclamaciones originadas antes de dicha cancelación.

Si después de la terminación de este seguro Colmena recibiera una prima, no significará que el seguro ha sido restablecido y por lo tanto, la obligación de Colmena es únicamente devolver dichas primas.

CONDICIÓN DECIMA SÈXTA Pago Automatico

Colmena podrá realizar pagos automáticos de siniestros para las coberturas Muerte por Cualquier Causa e Incapacidad Total y Permanente, de conformidad con las siguientes reglas:

- El valor de la reclamación no exceda de una cuantía de \$6.000.000.
- Que no hayas incurrido en mora en el pago de la prima.
- Cuando el evento reclamado se encuentre demostrado por parte del Tomador/Asegurado o Beneficiario y se haya encontrado viable su pago.

CONDICIÓN DECIMA SÈPTIMA. Mora en el pago de la prima.

El seguro terminará de manera automática por el no pago de la prima vencido el plazo otorgado para tal fin.

No obstante lo anterior, El Banco Caja Social en su condición de beneficiario oneroso podrá pagar por el asegurado las primas en mora correspondientes al valor de la garantía, para evitar la terminación automática del contrato de seguro.

Para los créditos rotativos el Banco Caja Social asume el pago de la prima para pólizas en mora por parte del Tomador/Asegurado hasta una altura de cuatro (4) meses. A partir del vencimiento de este término cesará la cobertura.

Para créditos de vivienda el Banco Caja Social podrá pagar las primas de las pólizas en mora hasta por un plazo de ocho (8) meses. Si posteriormente el tomador/asegurado paga las primas que fueron pagadas por el Banco Caja Social, el valor de las mismas le será restituido al Banco.

En todo caso, Colmena deberá dar aviso al Banco Caja Social en su condición de primer beneficiario a título oneroso, por escrito y con un mes de anticipación, el hecho que el asegurado incurrió en mora en el pago de la prima, a efecto de que aquel pueda ejercer la facultad que consagra la presente condición.

CONDICIÓN DECIMA OCTAVA. Aviso al Banco Caja Social sobre la revocación de la póliza.

Cuando el tomador/asegurado solicite la revocación de la presente póliza, esta **no** podrá ser revocada por Colmena, en lo que respecta a las coberturas básicas. Colmena dará aviso escrito al Banco Caja Social con no menos de un (1) mes de antelación a la fecha prevista de revocación.

El Banco Caja Social deberá autorizar la revocación presentada por el Tomador/Asegurado.

Tratándose de las coberturas adicionales, Colmena o el Tomador/Asegurado podrán revocarlas mediante aviso escrito con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha de envío de la comunicación.

CONDICIÓN DECIMA NOVENA. Plazo de respuesta a las reclamaciones

La Compañía tendrá un plazo máximo de 10 días hábiles para dar respuesta a las reclamaciones por siniestros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. Beneficiarios.

En caso de siniestro, el valor asegurado para cualquier cobertura será pagado en estricto orden, primero a:

- El Banco Caja Social hasta el saldo insoluto de la deuda.
- Si después de pagar al Banco Caja Social, existe un remanente, entonces ese valor se pagará a los beneficiarios designados por el asegurado o a los beneficiarios legales cuando no exista designación.

¡Ten presente!

La designación como beneficiario oneroso al Banco Caja Social no podrá ser revocada ni modificada por el tomador/asegurado sin la previa y expresa autorización del banco.

La designación de beneficiarios a título gratuito podrá ser revocada o modificada por el tomador/asegurado en cualquier momento mientras la póliza se encuentre vigente, mediante comunicación escrita dirigida a Colmena, y surtirá efecto desde el momento en que dicha comunicación sea entregada a Colmena.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. ¿Cuáles son los documentos sugeridos para el trámite de una reclamación?

A ti o a tu beneficiario le corresponderá demostrar la ocurrencia del siniestro. Se sugiere que en caso de presentarse un siniestro que afecte alguno de los amparos otorgados en la póliza, sean allegados los siguientes documentos según apliquen, sin que se constituyan como los únicos medios de prueba para comprobar el derecho al pago de la suma asegurada:

- Muerte por cualquier causa
- ITP
- Enfermedades Graves
- Beneficios por hospitalización

Documentos sugeridos	A	B	C	D
Formato Solicitud de Indemnización, el cual podrá ser descargado de la página www.colmenaseguros.com/seguros-personas/ en la sección trámites.	•	•	•	•
Copia del documento de identificación del asegurado y los beneficiarios.	•	•	•	•
Copia del registro civil de defunción.	•			
Copia del registro civil de nacimiento del asegurado y los beneficiarios.	•			
Historia clínica completa, donde conste la causa y fecha del diagnóstico que generó la muerte.	•			
Tratándose de muerte accidental u homicidio se deben adjuntar los documentos legales idóneos que determinen que la persona fallecida fue plenamente identificada, y las circunstancias de tiempo, modo y lugar.	•			
Certificación del saldo insoluto de la deuda expedida por El Banco Caja Social, discriminando los diferentes conceptos que hacen parte de la liquidación (saldo de capital a la fecha del siniestro, intereses corrientes, intereses de mora, primas de seguro de vida)	•	•	•	
Copia de la historia clínica completa del asegurado o informe del médico tratante sobre el estado de salud con la fecha y causa de la incapacidad, y/o de la hospitalización.		•	•	•
Copia del dictamen de pérdida de la capacidad laboral en firme, emitido por una junta de calificación de invalidez, regional o nacional, o por las entidades competentes del Sistema General de Seguridad Social.		•		
Certificado de hospitalización donde se incluya la fecha de ingreso y de salida.				•
Certificación del Banco Caja Social sobre el valor de la cuota mensual del crédito.				•
Informe del médico tratante con fecha del diagnóstico de la enfermedad.			•	
Los demás documentos que Colmena considere sirvan como soporte para agilizar la definición de reclamación.	•	•	•	•

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. Notificaciones, domicilio y territorialidad

Para los efectos del presente contrato, podrás realizar notificaciones a Colmena a través de los canales dispuestos por esta para la atención del consumidor financiero.

Cuando Colmena te realice alguna notificación, la prueba de ella será la constancia del envío de la comunicación por correo, dirigida a la última dirección que registraste. Se fija como tu domicilio inicial para notificaciones, la dirección indicada en la carátula de la póliza.

La presente póliza otorga cobertura a nivel mundial, pero se regirá por las leyes de la República de Colombia. Si el riesgo asegurado ocurre fuera del territorio nacional, tendrá cobertura siempre que estés domiciliado en el territorio colombiano.

ASEGURADORA



FIRMA AUTORIZADA
Colmena Seguros S.A.

Bucaramanga, 02 de enero de 2019

Señores
COLMENA SEGUROS
E.S.M

Ref. Reclamación seguro básico de vida del crédito
No. 0501200091253 Banco Caja Social.

Respetados señores:

De manera atenta me permito solicitar el seguro básico de vida del crédito No. 0501200091253 del Banco Caja Social, el cual estaba a nombre de mi esposo EZEQUIEL BARRAGÁN BAYONA identificado con cedula de ciudadanía número 91.214.108 de Bucaramanga, quien falleció el pasado 17 de diciembre de 2018 por un infarto al corazón, para lo cual adjunto:

- Copia de cedula de mi esposo ampliada al 150%
- Copia registro de defunción
- Formato único de reclamación
- Certificado del crédito del Banco Caja Social
- Copia partida de matrimonio
- Copia certificado defunción expedido por la clinica
- Copia de mi cedula de ciudadanía

Agradezco brindar toda la información correspondiente al proceso a:

Nombre: María del Carmen Murrillo Suarez
CC: 63.362.387 de Bucaramanga

Parentesco: Conyugue

Dirección: Calle 56 # 16ª-18 Barrio Reposo (Floridablanca)

Numero celular: 314-2023362

Cordialmente,


Carmen Murrillo Suarez
CC: 63.362.387 de Bucaramanga

Bogotá D.C. 8 de Enero de 2019

Señor(a)

MARIA DEL CARMEN MURILLO SUAREZ

Dirección: Calle 56 N° 16 A 18 Barrio El Restrepo

Teléfono: 3142023362

Bucaramanga - Santander

No. Radicado: IMN-2019-26770-139939

ASUNTO:	RECLAMACIÓN	N°	IMN-2019-26770
	PRODUCTO	-	VIDA INDIVIDUAL DEUDORES
	AMPARO	-	BASICO DE VIDA
	PÓLIZA MATRIZ	N°	3704 -14502
	CREDITO	N°	0501200091253
	ASEGURADO	-	EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA
	IDENTIFICACIÓN	-	91214108

Respetado (a) señor (a):

En atención a la reclamación por la posible afectación del amparo y demás datos de la póliza correspondientes a los contenidos en el asunto nos permitimos manifestar lo siguiente:

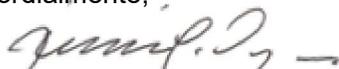
Una vez revisados los documentos soportes de dicha reclamación, encontramos que no reúne los requisitos establecidos en el artículo 1077 del Código de Comercio, en concordancia igualmente con lo establecido en las condiciones de la póliza en cuanto a los documentos necesarios para el trámite de una reclamación.

Por lo anterior y con el fin de dar trámite a su reclamación, sin admisión de responsabilidad y sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 1081 del Código de Comercio, es indispensable que nos remita los siguientes documentos:

- Historia clínica completa que indique la causa final del fallecimiento
- Historia clínica previa al ingreso de la póliza desde el 28/07/2014 al 28/07/2015

Para la recepción o presentación de los documentos solicitados, agradecemos comunicarse en Bogotá al teléfono fijo 4010447 opciones 2 y 3 y desde cualquier parte del país, a la línea gratuita 018000919667 opciones 2 y 3. Así mismo puede remitir la documentación solicitada al correo electrónico: indemnizaciones@colmenaseguros.com

Cordialmente,



Gerencia Técnica de Seguros de Personas
Colmena Seguros

Bogotá D.C., 15 de abril de 2019

Señora

MARIA DEL CARMEN MURILLO SUAREZ

Calle 56 N° 16A - 18 Barrio Reposo

Tel.: 3142023362

Floridablanca, Santander

No. Radicado: IMN-2019-26770-145557

ASUNTO:

PRODUCTO

PÓLIZA

TOMADOR / ASEGURADO

CEDULA

CRÉDITO

AMPARO AFECTADO

FECHA EMISION DEL

CERTIFICADO

- **VIDA INDIVIDUAL PARA DEUDORES**

N° 3704-14502

- **EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA**

- **91.214.108**

N° 0501200091253

- **BÁSICO DE VIDA**

- **17 DE JUNIO DE 2016**

Respetada señora:

Continuando con la solicitud de indemnización presentada con motivo del fallecimiento del señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), el cual tuvo lugar el 17 de diciembre de 2018, respetuosamente le manifestamos lo siguiente:

Colmena Seguros S.A. expidió la póliza vida individual para deudores N° 3704-14502 en favor del señor Ezequiel Barragan Bayona para amparar al crédito N° 0501200091253, con continuidad de cobertura de la póliza vida grupo deudores expedida bajo certificado individual N° 4750116, cuya solicitud de seguro y declaración de asegurabilidad fue suscrita el 28 de julio de 2015.

Para el caso del amparo *Básico de Vida* en particular, la cobertura otorgada por la póliza se encuentra definida de la siguiente manera:

“MUERTE POR CUALQUIER CAUSA: *Mediante este amparo LA COMPAÑÍA pagará al beneficiario la suma asegurada, una vez comprobado legalmente el fallecimiento del asegurado dentro de la vigencia de la póliza por cualquier causa natural no preexistente o accidental, incluyendo el suicidio y el homicidio*

(...)“

En este mismo sentido, las condiciones generales de la póliza contemplan las siguientes exclusiones:

CONDICIÓN CUARTA. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA: CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO CUBREN PÉRDIDA ALGUNA QUE SEA CONSECUENCIA DE:

- a. **LA MUERTE, INCAPACIDAD, ENFERMEDAD U HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO ORIGINADA O DERIVADA POR CUALQUIER CAUSA, PATOLOGÍA O ENFERMEDAD, FÍSICA O MENTAL, CONGÉNITA O ADQUIRIDA, PREEXISTENTE, QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, O CONOCIDA POR EL ASEGURADO, O POR LA CUAL SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO, O QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIESE PASAR DESAPERCIBIDA, Y NO HAYA SIDO DECLARADA POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.**

(...)"

Conforme a la verificación realizada de los antecedentes de salud por nuestro Departamento Médico, se estableció según historia clínica de agosto de 2014, que en aquel momento el asegurado ya padecía la *Hipertensión Arterial* que lo aquejaba. Adicionalmente, evidenciamos en la historia clínica de mayo de 2015 su antecedente de *Dislipidemia Mixta*. Tal información no fue manifestada por el señor Ezequiel Barragan al suscribir la declaración de asegurabilidad y tampoco durante la realización de los exámenes médicos de ingreso.

Lo anterior significa que nos encontramos ante unas enfermedades preexistentes que no fueron declaradas al momento de expedir al seguro, y dado que el evento por el cual reclama está relacionado con los padecimientos no informados, se encuentra expresamente excluido de la cobertura, conforme la anterior descripción.

Además de lo anterior, las enfermedades padecidas que no fueron informadas al momento de diligenciar la declaración de seguro de la póliza vida individual para deudores, ni manifestadas durante el examen médico de ingreso, no le permitieron a esta compañía de seguros realizar una evaluación consciente de la realidad del riesgo que se le proponía, que le posibilitara analizar bajo qué condiciones lo asumiría o si se inhibiría de aceptarlo. Este hecho generó que el presente caso se enmarque dentro del supuesto establecido en el artículo 1058 de nuestro estatuto mercantil, precepto jurídico que reza:

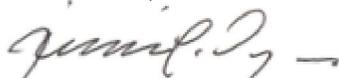
“ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud 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. (...)

De conformidad con el artículo precedente, es obligación legal de toda persona que pretende trasladar un riesgo al ente asegurador, declarar sinceramente el estado de dicho riesgo, según cuestionario o declaración de seguro que le sea propuesta por la Compañía de Seguros.

En ese sentido, de acuerdo a lo mencionado líneas arriba, el asegurado no cumplió con dicha obligación, siendo acreedor de la sanción consagrada en la norma en mención, que no es otra diferente a la nulidad relativa del contrato de seguro, por incurrir en reticencia y/o inexactitud en la información relacionada en la declaración de seguro.

En consecuencia y teniendo en cuenta que por las características del reclamo no es posible afectar ninguno de los amparos de la póliza, **Colmena Seguros OBJETA** de manera seria y fundada la solicitud con base en las circunstancias mencionadas y con fundamento en el contrato de seguros respectivo.

Cordialmente,



Gerencia Técnica de Seguros de Personas
Colmena Seguros

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA
Fecha de Nacimiento: 04/10/1958 **Contrato:** 89579004 (Documento: CC 91214108)
Edad: 60 Años - **Sexo:** Masculino **Dirección Residencia:** CL 56 NRO 16A 18 REPOSO
Teléfono Residencia: 6819309 **Ciudad Residencia:** Bucaramanga
Aseguradora: Salud Total EPS **Tipo de Vinculación:** REGIMEN CONTRIBUTIVO
Consulta del lunes 28 de diciembre de 2015 04:50 PM en UAB FLORIDABLANCA
Nombre del Profesional: Santiago Cabarcas Pajaro - MEDICINA GENERAL (Registro No. 681064/97)
Número de Autorización: 01475-1534485798
Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 12/28/2015 16:50:00 Tipo de Consulta: De Primera Vez

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 57 Raza: Mestiza Escolaridad: Primaria
Estado Civil: Casado Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Responsable del Usuario

Nombre: SOLO
Parentesco: Ninguno
Teléfono: 6773391

Acompañante

Nombre: Ninguno
Teléfono: 6773391

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: " Dolor articular en los codos "
Enfermedad Actual: Masculino de 57 años de edad, quien consulta por que continua con lo dolores articulares en codos y rodillas cuadro clinico de +/- 1 mes de evolucion, que se le presento despues de episodio viral hace un mes, peromlos exámenes realizados le salieron en parametros normales.

Sospecha Enfermedad Prof: No

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No
Sintomático de Piel: No
Organos de los Sentidos : No Refiere
Cardiopulmonar: No Refiere
Gastrointestinal: No Refiere
Genitourinario: No Refiere
Osteomuscular: No Refiere
Neurológico: No Refiere
Endocrino: No Refiere
Linfoinmunoematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : No Refiere
Piel y Faneras: No Refiere
Mental: No Refiere

Antecedentes

Alergias

Causa de Alergia:
Ninguna

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: No

Patológicos: HTA CONTORLADA./, HIPERLIPIDEMIA MIXTA.. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Hospitalarios: NIEGA.. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL.. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Alérgicos: NIEGA .. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Hipersensib. MC: Sin establecer
Farmacológicos: LOSARTANTABX 50 mgr C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE ., ASA
TABX100 MGR AL .ALMUERZO DIA POR MEDIO Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Ocupacionales: COMERCIANTE . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Venereos: NIEGA . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Quirúrgicos: PTERIGION OI ... Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Transfusionales: GS: O+ . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Traumáticos: NIEGA . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Perinatales: NO Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:00)
Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS , BUENA RELACION FAMILIAR, no mascotas. en barrio reposo
(foridabalnca) Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Alimentarios: YA HACE DIETA. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Inmunológicos: NIEGA . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Factores de Riesgo: No Interés en Salud : No
Paraclínicos de Red:
22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBIA
DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURTIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG
02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Padre: NIEGA Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)
Hermanos: NIEGA Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Tabaquismo

Tabaquismo: No
Exp Pasiva a Tabaco: No

ENO

Dengue: No

Examen Físico

Signos Vitales

Riesgo Cardiovascular: No
Talla: UMT: Peso: UMP: IMC: TAS: TAD: TAM: FC: FR: Temp:
1.64 Mts 78 Kg 29 100 60 73 84 18 37 Formulas Apoyo: No

TFG

Limite Inferior Edad: 85.8

Plan de Estudio y Manejo :

Examen Físico

Estado General: Adulto medio en aparente buen estado general

EF Organos de los Sentidos: Normocefalo, PINRAL , ORL narinas permeables , faringe normal
EF Cardiopulmonar: Torax campos pulmonares claros sin agregados en este momento, RsCsRs sin soplos
EF Gastrointestinal: Abdomen blando depresible no doloroso a la palpacion , no visceromegalias , Rs intestinales normales.
EF Genitourinario: Sin alteraciones
EF Osteomuscular: No hay signos inflamatorios articulares.
EF Neurológico: Sin alteraciones
EF Endocrino: Sin alteraciones
EF Linfoidemunohematopoyético: Sin alteraciones
EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

Examen Físico

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones
EF Mental: Sin Alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

Masculino de 57 años de edad, quien consulta por que continua con lo dolores articulares en codos y rodillas cuadro clinico de +/- 1 mes de evolucion, que se le presento despues de episodio viral hace un mes, peromlos exámenes realizados le salieron en parametros normales. al examen fisico No hay signos inflamatorios articulares. resto ok cuadro clinico

sugestivo de artropatía transitoria se da manejo y recomendaciones medicas.

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

NO APLICA

Adherencia al Tto: No

Causa Externa: Enfermedad General Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad: NO

APLICA

Días de Incapacidad: 0 Estadio IRC: V

Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones: Se le dan recomendaciones de dieta saludable y ejercicio físico moderado de acuerdo a su edad y condición física.

La información brindada al paciente es entendida : Si Información brindada al paciente: Se le dan recomendaciones de dieta saludable y ejercicio físico moderado de acuerdo a su edad y condición física.

DIAGNOSTICO: (M03.6*) ARTROPATÍA REACTIVA EN OTRAS ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE
Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS

1. (CMD 10)-NAPROXENO 250 MG TABLETA O CAPSULA, No. 60

Posología: 1 Tableta (s) cada 12 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

2. (CMD 10)-TIAMINA TABLETA O CAPSULA 300 MG, No. 30

Posología: 1 Tableta (s) cada 1 Día(s) por 30 Día(s), vía Oral

Santiago Cabarcas Pajaro

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación:

Numero de Identificación: 73129392

Registro Profesional: 681064/97

Código Institucional: 8436000067

Consulta del lunes 30 de noviembre de 2015 06:21 PM en UAB FLORIDABLANCA

Nombre del Profesional: Angie Durley Vargas Ortiz - MEDICINA GENERAL (Registro No. 1318818/10)

Número de Autorización: 01475-1531998080

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 11/30/2015 18:21:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 57 Raza: Mestiza Escolaridad: Primaria

Estado Civil: Casado Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Responsable del Usuario

Nombre: SOLO

Datos Complementarios

Responsable del Usuario

Parentesco: Ninguno

Teléfono: 6773391

Acompañante

Nombre: ASISTE SOLO

Teléfono: 6773391

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: dolor articular y fiebre

Enfermedad Actual: Paciente con clínica de 3 días de malestar general, artralgia predominio en las manos y la muñecas, asociado a edemas que ha mejorado, además osteomialgia, cefalea.

Refiere desde ayer lesiones pustulosas.

Hace 2 días lo inyectaron pero no sabe que, actualmente esta tomando nimesulida y complejo b.

Sospecha Enfermedad Prof: No

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No
Sintomático de Piel: No
Organos de los Sentidos : No Refiere
Cardiopulmonar: No Refiere
Gastrointestinal: No Refiere
Genitourinario: No Refiere
Osteomuscular: No Refiere
Neurológico: No Refiere
Endocrino: No Refiere
Linfoinmunoematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : No Refiere
Piel y Faneras: No Refiere
Mental: No Refiere

Antecedentes

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: No

Patológicos: HTA CONTROLADA./, HIPERLIPIDEMIA MIXTA.. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Hospitalarios: NIEGA.. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL.. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Alérgicos: NIEGA .. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Hipersensib. MC: Sin establecer

Farmacológicos: LOSARTANTABX 50 mgr C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE ., ASA TABX100 MGR AL .ALMUERZO DIA POR MEDIO Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Ocupacionales: COMERCIANTE . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Venereos: NIEGA . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Quirúrgicos: PTERIGION OI ... Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Transfusionales: GS: O+ . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Traumáticos: NIEGA . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Perinatales: NO Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:00)

Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS , BUENA RELACION FAMILIAR, no mascotas. en barrio reposo (foridabalnca) Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Antecedentes Personales

Alimentarios: YA HACE DIETA. Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Inmunológicos: NIEGA . Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Factores de Riesgo: No Interés en Salud : No

Paraclínicos de Red:

22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBHIA DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURTIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG 02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Padre: NIEGA Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Hermanos: NIEGA Dr(a). Angie Durley Vargas Ortiz (11/30/2015 18:21:17)

Tabaquismo

Tabaquismo: No

Exp Pasiva a Tabaco: No

Examen Físico

Signos Vitales

Riesgo Cardiovascular: No

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:	Temp:	
1.64	Mts	81	Kg	30.1	110	70	83	72	20	36	Formulas Apoyo: No

TFG

Limite Inferior Edad: 85.9

Tamizaje visual: No

Plan de Estudio y Manejo :

Examen Físico

Estado General: BUENAS CONDICIONES GENERALES

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

EF Cardiopulmonar: RSCRS no soplos adecuada ventilacion en todos los campos no agregados.

EF Gastrointestinal: Sin alteraciones

EF Genitourinario: Sin alteraciones

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: Sin alteraciones

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfocitopenia: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

EF Piel y Faneras: Lesion pustulosa # 3 2 en espalda y una a nivel pectoral derecho de unos 2 mm

EF Mental: Sin Alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

Paciente con síndrome febril subjetivo de 3 días, asociado a artralgia y mialgias, se ha inyectado complejo b y esta tomando, manejo del dolor con nimesulide, con mejoría parcial al examen no sinovitis, estable hemodinamicamente afebril, se deja manejo sintomático con acetaminofen control con hemograma, tiene 3 lesiones pustulosas pequeña se recomienda ácido fusídico tópicamente. Al examen estable hemodinamicamente leve rash se deja antihistamínico.

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

NO APLICA

Adherencia al Tto: No

Causa Externa: Enfermedad General Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad: NO

APLICA

Días de Incapacidad: 0 Direccionado a P y P: No Estadío IRC: No Aplica Sospecha de

Hipotiroidismo: No

Reporte RAM a Medicamento: No Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones:

Análisis y Manejo

La información brindada al paciente es entendida : Si Información brindada al paciente: .

DIAGNOSTICO: (R50.9) FIEBRE, NO ESPECIFICADA Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

1. (CMD 10)-CLORFENIRAMINA MALEATO 4 MG TABLETA, No. 20

Posología: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 20 Día(s), vía Oral -USO: UNA TABLETA EN LA NOCHE

2. (CMD 10)-TIAMINA TABLETA O CAPSULA 300 MG, No. 30

Posología: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: UNA TABLETA CADA 24 HORAS CON EL ALMUERZO

3. ACETAMINOFEN 500 MG TABLETA, No. 20

Posología: 1 Tableta (s) cada 6 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral -USO: UNA A DOS TABLETA CADA A 6 HORAS POR MALESTAR O FIEBRE

2. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1. Procedimiento: (9022080000) Laboratorio Clínico HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO

Observación: EL MIÉRCOLES EN LA MAÑANA

DIAGNOSTICO: (M25.5) DOLOR EN ARTICULACIÓN Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1. Procedimiento: (9038010000) Laboratorio Clínico ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

DIAGNOSTICO: (L08.9) INFECCIÓN LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO, NO ESPECIFICADA Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

Angie Durley Vargas Ortiz

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación:

Numero de Identificación: 63531124

Registro Profesional: 1318818/10

Código Institucional: 1489000075

Consulta del lunes 28 de septiembre de 2015 06:17 AM en UPP FLORIDABLANCA

Nombre del Profesional: Emma Alexandra Romero Olier - MEDICINA GENERAL (Registro No. 6812265/02)
Número de Autorización: 01462-1521994877
Tipo de Consulta: CONSULTA GENERAL CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 09/28/2015 06:17:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 57

Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Estado Civil : Casado

Teléfono: 6773391 - 3144117632

Responsable del Usuario

Nombre: SOLO

Parentesco:

Ninguno

Teléfono:

6773391

Datos Complementarios

Acompañante

Nombre:

viene solo

Teléfono: 6773391

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: vengo a control de los medicamentos

Enfermedad Actual: paciente de 57 años de edad en control programa de riesgo cardiovascular en manejo para hipertensión losartan una tableta día atorvastatina ASA no ha consultado por urgencias niega dolor en pecho niega palpitaciones dieta hiposodosa hipoglucida ejercicio interdiario hospitalizado hace mes y medio por calculos renales

Morisky - Green

Olvida tomar los Medicamentos: No

Toma Medicamentos a horas: Si

Total Adherencia: Paciente Adherente

Si esta bien suspende TTO: No

Si le sienta mal suspende TTO: No

Resultado Adherencia: 0

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No Aplica

Sintomático de Piel: No Aplica

Organos de los Sentidos : niega

Cardiopulmonar: niega

Gastrointestinal: No Refiere

Genitourinario: No Refiere

Osteomuscular: niega dolor en piernas

Neurológico: niega cefalea

Endocrino: No Refiere

Linfomunohematopoyético : No Refiere

Vascular Periférico : No Refiere

Piel y Faneras: No Refiere

Mental: No Refiere

Antecedentes

Antecedentes Personales

Patológicos: HTA CONTROLADA./, HIPERLIPIDEMIA MIXTA.. Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Hospitalarios: NIEGA.. Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL.. Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Alérgicos: NIEGA .. Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Hipersensib. MC: Sin establecer

Farmacológicos: LOSARTANTABX 50 mgr C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE . , ASA TABX100 MGR AL .ALMUERZO DIA POR MEDIO Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Ocupacionales: COMERCIANTE . Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Venerosos: NIEGA . Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Quirúrgicos: PTERIGION OI ... Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Transfusionales: GS: O+ . Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Traumáticos: NIEGA . Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS , BUENA RELACION FAMILIAR, no mascotas. en barrio reposo (foridabalnca) Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Alimentarios: YA HACE DIETA. Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Inmunológicos: NIEGA . Dr(a). Emma Alexandra Romero Olier (09/28/2015 06:17:24)

Factores de Riesgo: No

Antecedentes Personales

Paraclínicos de Red: 22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBIA DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURTIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG 02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Factores de Riesgo

Consumo de Alcohol: No

Consumo sust psicoactivas: No

Tabaquismo

Tabaquismo: No

Exp Pasiva a Tabaco: No

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Padre: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Hermanos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Interés Salud

Interés Salud

Diagnostico(s) Cardiovascular: Hipertensión sin complicación

Crónicos no Infecciosos

Retinopatía: No

EVP: No

Año Dx Enfermedades Autoinmune

Examen Físico

TFG

Creatinina: Si

Creat: 0.92 Fecha Creat: 08/22/2014

Raza: Mestiza

ERC

TFG: 102.2 TFGF:

Estadio IRC: 0

Caracterización: Sin Deterioro Renal

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	FC:	FR:	Temp:
1.64	Mts	82	Kg	30.5	130	80	80	20	36

Paraclínicos

Glicemia: Fecha GI:

87 08/22/2014

Proteinuria en 24 horas: 0

Trae Resultado Microalbuminuria: NO

Trae Resultado PO: SI

Proteínas en P.O.: No

Glicemia: NO Hemoglobina Glicosilada: NO

TFG

Limite Inferior Edad: 86 Clasificación I.M.C.: Sobrepeso

Perímetro Abdominal: 97

Examen Físico

Estado General: buen estado general alerta orientado

EF Organos de los Sentidos: mucosa oral humec uell sin masas no adenopatias no soplos

EF Cardiopulmonar: murmullo vesicualr sin sobreagregados ruidos cardiacos rticmcios isin soplos

EF Gastrointestinal: blando depresible sin maas i megalia no dlór

Examen Fisico

EF Genitourinario: sin lesiones

HPB: NO

EF Osteomuscular: sin lesiones no edemas

EF Neurológico: sin d eficit sensiivo ni motor

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoinmunoematopoyético: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: pulsos presnetes de buena intensidad

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

EF Mental: Sin Alteraciones

Formulas

CoLLDL

Fecha Perfil Lipidico:

12/22/2014

CoHDL: 39

CoLLDL: 167

Pruebas Dx

Laboratorios

Anticuerpos contra Hepatitis B: 0 % saturación de transferrina: 0 Acido Fólico: 0 Acido

Urico: 0

Ags Hepatitis B: 0 BUN: 0 Calcio: 0 Ferritina: 0

Fosforo Sérico: 0 Hemoglobina: 0 Hepatitis C: 0 Hierro: 0

Potasio: 0 PTH: 0 Sodio: 0

Transferrina: 0 Vitamina B12: 0 Albumina: 0 PPD: 0

Ecografía Renal: .

Análisis y Manejo

Antec. y/o Evento RCV M: Ninguna de las Anteriores

Riesgo Framingham

Edad M: 55 - 59 Puntaje Edad M: 4

LDL M: 160 - 190 Puntaje LDL M: 1

TAS/TAD M: 120 - 129 / 80 - 84 Puntaje TAS/TAD M: 0

Colesterol M: 240 - 279 Puntaje Colesterol M: 2

HDL M: 35 - 44 Puntaje HDL M: 1

Fumador M: No

Puntaje Fumador M: 0

Riesgo Enf Coronaria M: 8

% riesgo enf coronaria M: 18

Resultado Framingham M: Riesgo cardiovascular medio

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

paiente con hipertension controlada adherente asitoamico con hiperlipidmeia en manejo y diteta se idncia seguir recomendaciones continuar con dieta ejercicio cotnrol ern 3 meses no suspender los medicamentos

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

ATENCION EN HIPERTENSION ARTERIAL

Causa Externa: Enfermedad General Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad:

NO APLICA

Dias de Incapacidad: 0 Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones: dieta balanceada hiposodcia hipogluclid

aumentar inegsta de frutas y verduras

consumo moderado de alcohol

no consumo de enalatos y embutidos

ejercicio 30 minutos diarios

Análisis y Manejo

no suspender los medicamentos

signos de alarma

DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO
Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta General CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR
2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS
 1. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30
Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
 2. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 10/28/2015
Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
 3. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 11/28/2015
Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
 4. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15
Posologia: 1 Tableta (s) cada 48 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: tomar una tableta al almuerzo dia por medio
 5. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 10/28/2015
Posologia: 1 Tableta (s) cada 48 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: tomar una tableta al almuerzo dia por medio
 6. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 11/28/2015
Posologia: 1 Tableta (s) cada 48 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: tomar una tableta al almuerzo dia por medio
 7. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 30
Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
 8. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 30 Fecha Entrega: 10/28/2015
Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral
 9. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 30 Fecha Entrega: 11/28/2015
Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

DIAGNOSTICO: (E78.2) HIPERLIPIDEMIA MIXTA Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO Clase de
Dx:INICIAL (CONSULTA)

Emma Alexandra Romero Olier
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación: CEDULA DE CIUDADANIA
Numero de Identificación: 37557592
Registro Profesional: 6812265/02
Código Institucional: 1475000001

Consulta del lunes 25 de mayo de 2015 01:34 PM en UPP FLORIDABLANCA
Nombre del Profesional: Mercedes Rangel Chaparro - MEDICINA GENERAL (Registro No. 5396/1993)
Número de Autorización: 01462-1507545915
Tipo de Consulta: CONSULTA GENERAL CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 05/25/2015 13:34:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 57
Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS
Estado Civil : Casado
Teléfono: 6773391

Datos Complementarios

Responsable del Usuario

Nombre: SOLO
Parentesco:
Ninguno
Teléfono:
6773391

Acompañante

Nombre:
solo
Teléfono: 6773391

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: por control de la tension oen scv
Enfermedad Actual: protegido de 57 años enscvpor tener hta, dispidmeia, obesidad
en tto con LOSARTANTABX 50 mgr C/12HORAS
/A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE .

, ASA TABX100 MGR AL ALMUERZO DIA POR MEDIO
se ha sentido bien
se motiva dieta, caminata

Morisky - Green

Olvida tomar los Medicamentos: No
Toma Medicamentos a horas: Si
Total Adherencia: Paciente Adherente
Si esta bien suspende TTO: No
Si le sienta mal suspende TTO: No
Resultado Adherencia: 0
Revisión Por Sistemas
Tos Mayor de 15 días: No
Sintomático de Piel: No
Organos de los Sentidos : No Refiere fosfenos, no epstaxis, no v ertigo
Cardiopulmonar: no tos no disnea, no door pecho
Gastrointestinal: no dolorabdo, no vomito
Genitourinario: No Refiere poliuria
Osteomuscular: No Refiere
Neurológico: No Refiere perdida conocimient
Endocrino: no sed, no szensaiocn frialdadz
Linfoinmunoematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : no c alambre
Piel y Faneras: No Refiere
Mental: no isoomniok no tristeza

Antecedentes

Antecedentes Personales

Patológicos: HTA CONTORLADA./, HIPERLIPIDEMIA MIXTA, Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (05/25/2015 13:33:59)

Hospitalarios: NIEGA, Dr(a). Carmenza Del Rocio Cortes Cortes (05/13/2015 06:46:42)

Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL . Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Alérgicos: NIEGA . Dr(a). Carmenza Del Rocio Cortes Cortes (05/13/2015 06:46:42)

Hipersensib. MC: Sin establecer

Farmacológicos: LOSARTANTABX 50 mgr C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE ., ASA TABX100 MGR AL ALMUERZO DIA POR MEDIO Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (05/25/2015 13:33:59)

Ocupacionales: COMERCIANTE Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Venereos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Antecedentes Personales

Quirúrgicos: PTERIGION OI .. Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (05/25/2015 13:33:59)

Transfusionales: GS: O+ Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Traumáticos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS , BUENA RELACION FAMILIAR, no mascotas Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Alimentarios: YA HACE DIETA Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (12/23/2014 13:16:45)

Inmunológicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Factores de Riesgo: No

Paraclínicos de Red: 22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBIA DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURTIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG 02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Factores de Riesgo

Consumo de Alcohol: No

Consumo sust psicoactivas: No

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Padre: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Hermanos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Interés Salud

Interés Salud

Diagnostico(s) Cardiovascular: Hipertensión sin complicación
Crónicos no Infecciosos
Retinopatía: No
EVP: No
Año Dx Enfermedades Autoinmune

Examen Físico

TFG

Creatinina: Si
Creat: 0.92 Fecha Creat: 08/22/2014
Raza: Mestiza

ERC

TFG: 102.6 TFGF:
Estadio IRC: 0
Caracterización: NO ERC

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	FC:	FR:	Temp:
1.64	Mts	82	Kg	30.5	125	70	76	20	36.8

Paraclínicos

HbGI: Fecha HbGI: Glicemia: Fecha GI:
0 01/01/1999 87 08/22/2014
Proteinuria en 24 horas: 0
Trae Resultado Microalbuminuria: NO
Trae Resultado PO: SI
Proteínas en P.O.: No Fecha PO: 08/22/2014

TFG

Límite Inferior Edad: 86.3 Clasificación I.M.C.: Sobrepeso
Perímetro Abdominal: 100

Examen Físico

Examen Físico

Estado General: alerta hidratado, buen estado gral
EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones pinno edema en parpados, fondo de ojo nomrla
EF Cardiopulmonar: no soplos, no arritmias, adecuad a ventilacion en acp
EF Gastrointestinal: blando, depresible, no moegalias
EF Genitourinario: Sin alteraciones
HPB: NO
EF Osteomuscular: Sin alteraciones
EF Neurológico: no alteraciones neurologics focales sensitivas ni motrics
EF Endocrino: tirodes tamaño normal
EF Linfoinmunohematopoyético: Sin alteraciones
EF Vascular Periférico: pulsos++ no acrocianosis
EF Piel y Faneras: Sin alteraciones
EF Mental: euitimico, lucido, orientado

Formulas

CoLDL

Fecha Perfil Lipidico:
12/22/2014
CoHDL: 39
CoLDL: 167

Pruebas Dx

Ecografía Renal: .

Análisis y Manejo

Antec. y/o Evento RCV M: Ninguna de las Anteriores

Riesgo Framingham

Edad M: 55 - 59 Puntaje Edad M: 4
LDL M: 160 - 190 Puntaje LDL M: 1
TAS/TAD M: < 120/< 80 Puntaje TAS/TAD M: 0
Colesterol M: 240 - 279 Puntaje Colesterol M: 2
HDL M: 35 - 44 Puntaje HDL M: 1
Fumador M: No

Puntaje Fumador M: 0

Riesgo Enf Coronaria M: 8

% riesgo enf coronaria M: 18

Resultado Framingham M: Riesgo cardiovascular medio

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

rotegido de 57 años enscvpor tener hta, dislipidmeia, obesidad

en tto con LOSARTANTABX 50 mgr C/12HORAS

/A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE .

, ASA TABX100 MGR AL ALMUERZO DIA POR MEDIO

se ha sentido bien

con tension arteria normal se motiva a continuar dieta, caminata+se envia tto para 3 meses y cita scv agosto

2015 en scv

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

ATENCION EN HIPERTENSION ARTERIAL

Causa Externa: Enfermedad General Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad:

NO APLICA

Dias de Incapacidad: 0 Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones: se envnia a taller educativo hta

se motivaa adieta, caminata

ejercicios moderados 150 min semana

DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO

Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta General CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

1. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

2. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 06/25/2015

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

3. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 07/25/2015

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

4. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15

Posologia: 1 Tableta (s) cada 48 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: tomar una tableta al almuerzo dia por medio

5. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 06/25/2015

Posologia: 1 Tableta (s) cada 48 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: tomar una tableta al almuerzo dia por medio

6. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 07/25/2015

Posologia: 1 Tableta (s) cada 48 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral -USO: tomar una tableta al almuerzo dia por medio

7. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 30

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

8. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 30 Fecha Entrega: 06/25/2015

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

9. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 30 Fecha Entrega: 07/25/2015

Posologia: 1 Tableta (s) cada 24 Hora(s) por 30 Día(s), vía Oral

DIAGNOSTICO: (E78.2) HIPERLIPIDEMIA MIXTA Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO Clase de

Dx:INICIAL (CONSULTA)

DIAGNOSTICO: (E66.0) OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS Tipo de Dx:CONFIRMADO

REPETIDO Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

Mercedes Rangel Chaparro

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación:

Numero de Identificación: 63322220

Registro Profesional: 5396/1993

Código Institucional: 1512000047

Consulta del miércoles 13 de mayo de 2015 06:47 AM en UAB FLORIDABLANCA

Nombre del Profesional: Carmenza Del Rocio Cortes Cortes - MEDICINA GENERAL (Registro No. 252197/04)

Número de Autorización: 01475-1511977973

Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 05/13/2015 06:47:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 57 Raza: Mestiza Escolaridad: Primaria
Estado Civil : Casado Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Responsable del Usuario

Nombre: SOLO
Parentesco: Ninguno

Datos Complementarios

Responsable del Usuario

Teléfono: 6773391

Acompañante

Nombre: Ninguno
Teléfono: 6773391

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: "DOOR ABDOMINAL"SE ME APICHAN LOS OIDO
Enfermedad Actual: CUADRO DE DOLOR ABDOMINA TIPO PICADA EN REGION ABDOINAL .CUADRO DE 2 AÑOS DADO POR OTALGIA BILATERAL DE FORMA OCASIONAL,REFIERE QUE UN AMIGO SE MURIO DE CANCER DEL ESTOMAGO Y CREE QUE EL TINE CANER,TAMBIEN ASOCIA QUE TOMA METRONIDAZOL DE FORMA OCASION

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No
Sintomático de Piel: No
Organos de los Sentidos : ODIOS DOLOR ABDOMINAL
Cardiopulmonar: No Refiere
Gastrointestinal: No Refiere
Genitourinario: No Refiere
Osteomuscular: No Refiere
Neurológico: No Refiere
Endocrino: No Refiere
Linfoinmunoematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : No Refiere
Piel y Faneras: No Refiere
Mental: No Refiere

Antecedentes

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: Si

Patológicos: HTA CONTORLADA/. HIPERLIPIDEMIA MIXTA. Dr(a). Carmenza Del Rocio Cortes Cortes (05/13/2015 06:46:42)

Hospitalarios: NIEGA, Dr(a). Carmenza Del Rocio Cortes Cortes (05/13/2015 06:46:42)

Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL . Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Alérgicos: NIEGA . Dr(a). Carmenza Del Rocio Cortes Cortes (05/13/2015 06:46:42)

Hipersensib. MC: Sin establecer

Farmacológicos: LOSARTANTABX 50 MGRS C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE . , ASA TABX100 MGR AL ALMUERZO DIA POR MEDIO Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Ocupacionales: COMERCIANTE Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Venereos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Quirúrgicos: PTERIGION OI . Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Transfusionales: GS: O+ Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Traumáticos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Perinatales: Niega

Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS , BUENA RELACION FAMILIAR, no mascotas Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Alimentarios: YA HACE DIETA Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (12/23/2014 13:16:45)

Inmunológicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Factores de Riesgo: No
Paraclínicos de Red:

22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBIA
DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG
02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Padre: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Hermanos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Tabaquismo

Tabaquismo: No
Exp Pasiva a Tabaco: No

Examen Físico

Signos Vitales

Riesgo Cardiovascular: No
Talla: UMT: Peso: UMP: IMC: TAS: TAD: TAM: FC: FR: Temp:
1.64 Mts 82 Kg 30.5 170 80 109 89 16 36 Formulas Apoyo: No

TFG

Limite Inferior Edad: 86.3

Tamizaje visual: No

Plan de Estudio y Manejo :

Examen Fisico

Estado General: BUEN ESTADO GENERAL

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

EF Cardiopulmonar: Sin alteraciones

EF Gastrointestinal: ABDOMEN BALNDO DEPRESIBLE NO DOLOROS ALAL PALCPION NO SE PAL ´PAN MASAS
PRESENTA MASA UMBILICAL ANILLO HERNIARIO DILATADO NO REDUCE DEPRMEDIO MEDIANO

EF Genitourinario: Sin alteraciones

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: Sin alteraciones

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoidemohematopoyético: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

EF Mental: Sin Alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

CUADRO DE PROBABLE PPI.ASOCIADO A HERNI UMBILICAL

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

NO APLICA

Adherencia al Tto: No

Causa Externa: Enfermedad General Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad: NO

APLICA

Dias de Incapacidad: 0 Estadio IRC: 0

Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones: SE RECOMIENDA EVITAR EL CONSUMO DE LACTESO Y REINICIAR TOMA DE MEDICAMENTO DE
TENSION SIGNOS DE ALARMAN-REALIZAR EJERCICIO

La información brindada al paciente es entendida : Si Información brindada al paciente: ES COMPREDNIDA

DIAGNOSTICO: (B82) Parasitosis intestinales, sin otra especificación Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX
Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

1. (CMD 10)-METRONIDAZOL 500 MG TABLETA, No. 15
Posologia: 500 miligramo(s) cada 8 Hora(s) por 5 Día(s), vía Oral
2. (CMD 10)-PAMOATO DE PIRANTEL TABLETA 250 MG, No. 4
Posologia: 250 miligramo(s) cada 2 Día(s) por 2 Día(s), vía Oral
3. MESALAZINA TABLETA RECUBIERTA 500 MG, No. 30
Posologia: 500 miligramo(s) cada 1 Día(s) por 1 Día(s), vía Oral

DIAGNOSTICO: (K42.0) HERNIA UMBILICAL CON OBSTRUCCIÓN, SIN GANGRENA Tipo de Dx:IMPRESION
DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)
DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX
Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

Carmenza Del Rocio Cortes Cortes
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación:
Numero de Identificación: 39791186
Registro Profesional: 252197/04
Código Institucional: 1489000069

Consulta del viernes 20 de marzo de 2015 01:13 PM en UPP FLORIDABLANCA

Nombre del Profesional: Mercedes Rangel Chaparro - MEDICINA GENERAL (Registro No. 5396/1993)
Número de Autorización: 01462-1431294296
Tipo de Consulta: CONSULTA GENERAL CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 03/20/2015 13:13:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 56

Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Estado Civil : Casado

Teléfono: 6773391

Responsable del Usuario

Nombre: SOLO

Parentesco:

Ninguno

Teléfono:

6773391

Acompañante

Nombre:

solo

Teléfono: 6773391

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: por control de la tension en scv

Enfermedad Actual: protegido de 56 años en scv por tener hta, dislipidemia, obesidad

me trae lab . 22 dic 2014: 22 dic 2014 : colesterol 244 hdl 39 tg: 187

en tto con LOSARTANTABX 50 MGRS C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE . , ASA TABX100

MGR AL ALMUERZO DIA POR MEDIO

se ha tomado medicacion a sus horas

el 8 sept 2014 la dra ana xiomara lo envio a cardiologo y el cardiologo le dijo que era normal lo que tenai, no

me trae la hc, se le pide traer en la proxima cita la hc de cardiologia, al parecer motivo de

Anamnesis

remision fue hemibloqueo

Morisky - Green

Olvida tomar los Medicamentos: No

Toma Medicamentos a horas: Si

Total Adherencia: Paciente Adherente

Si esta bien suspende TTO: No

Si le sienta mal suspende TTO: No

Resultado Adherencia: 0

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No

Sintomático de Piel: No

Organos de los Sentidos : No Refiere fosfenos, no epistaxis, no vertito

Cardiopulmonar: no tos, no disnea, no dolor pecho

Gastrointestinal: no dlro abd, no vomito

Genitourinario: no hematuria, no poliuria

Osteomuscular: no mialgias

Neurológico: no perdida conocimiento
Endocrino: No Refiere
Linfomunohematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : No Refiere
Piel y Faneras: No Refiere
Mental: No Refiere

Antecedentes

Antecedentes Personales

Patológicos: HTA CONTORLADA/. HIPERLIPIDEMIA MIXTA Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)
Hospitalarios: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL . Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Alérgicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Hipersensib. MC: Sin establecer
Farmacológicos: LOSARTANTABX 50 MGRS C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE . , ASA TABX100 MGR AL ALMUERZO DIA POR MEDIO Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Ocupacionales: COMERCIANTE Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Venereos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Quirúrgicos: PTERIGION OI . Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)
Transfusionales: GS: O+ Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Traumáticos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS , BUENA RELACION FAMILIAR, no mascotas Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (03/20/2015 13:12:45)

Alimentarios: YA HACE DIETA Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (12/23/2014 13:16:45)
Inmunológicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Factores de Riesgo: No
Paralínicos de Red: 22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBIA DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURTIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG 02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Alergias

Causa de Alergia:
Ninguna

Factores de Riesgo

Consumo de Alcohol: No
Consumo sust psicoactivas: No

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Antecedentes Familiares

Padre: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Hermanos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Interés Salud

Interés Salud

Crónicos Infecciosos

Chagas: No
Sífilis: No
Diagnostico(s) Cardiovascular: Hipertensión sin complicación

Crónicos no Infecciosos

Enfermedad Coronaria: No
Dislipidemia: Si
ECV: No
Retinopatía: No
EVP: No
EPOC: No
Hipotiroidismo: No
Enfermedades Autoinmunes: No
Año Dx Enfermedades Autoinmune
Litiasis Renal: No
Tto Dislipidemia: Toma un solo hipolipemiente

Examen Físico

TFG

Creatinina: Si
Creat: 0.92 Fecha Creat: 08/22/2014
Raza: Mestiza

ERC

TFG: 101.6 TFGF:
Estadio IRC: 0
Caracterizacion: NO ERC

Signos Vitales

Talla: UMT: Peso: UMP: IMC: TAS: TAD: FC: FR: Temp:
1.64 Mts 81 Kg 30.1 125 50 65 20 36.7

Paraclínicos

HbGl: Glicemia: Fecha GI:
0 87 08/22/2014
Proteinuria en 24 horas: 0
Trae Resultado Microalbuminuria: NO
Trae Resultado PO: SI
Proteinas en P.O.: No Fecha PO: 08/01/2014

TFG

Limite Inferior Edad: 86.4 Clasificación I.M.C.: Sobrepeso
Perímetro Abdominal: 99

Examen Físico

Estado General: alerta, hidratado, buen estado general
EF Organos de los Sentidos: pinr, no edemas en parpados, fondo de ojo normal
EF Cardiopulmonar: no soplos, no arritmias adecuada ventilacion enacp
EF Gastrointestinal: blando, depresible, no megalias
EF Genitourinario: Sin alteraciones
HPB: NO
EF Osteomuscular: Sin alteraciones

Examen Físico

EF Neurológico: no alteracions neurologicas focales sensitvas ni motrices
EF Endocrino: tirides tamaño normal
EF Linfoinmunoematopoyético: Sin alteraciones
EF Vascular Periférico: pulsos++ no acrocianosis,
EF Piel y Faneras: Sin alteraciones
EF Mental: eutimico, lucido, orientado

Formulas

CoLDL

Fecha Perfil Lipidico:
12/22/2014
CoHDL: 39
CoLDL: 167

Pruebas Dx

Ecografía Renal: .

Análisis y Manejo

Antec. y/o Evento RCV M: Ninguna de las Anteriores

Riesgo Framingham

Edad M: 55 - 59 Puntaje Edad M: 4
LDL M: 160 - 190 Puntaje LDL M: 1
TAS/TAD M: < 120/< 80 Puntaje TAS/TAD M: 0
Colesterol M: 240 - 279 Puntaje Colesterol M: 2
HDL M: 35 - 44 Puntaje HDL M: 1
Fumador M: No
Puntaje Fumador M: 0
Riesgo Enf Coronaria M: 8
% riesgo enf coronaria M: 18
Resultado Framingham M: Riesgo cardiovascular medio

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:
protegido de 56 años en scv por tener hta, con rcv medio
en tttto LOSARTANTABX 50 MGRS C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE . , ASA TABX100 MGR

AL ALMUERZO DIA POR MEDIO

tien la tension en rango bajo , asi que se deja tratamiento con losartan tabx50 mgr en la mañana, se da tto para 2 meses y cita scv en dos meses

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

ATENCION EN HIPERTENSION ARTERIAL

Causa Externa: Enfermedad General Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad: NO APLICA

Dias de Incapacidad: 0 Rep Probl Asoc a Dispositivo: No

Recomendaciones: se envia a taller educativo scv

se motiva a dieta, caminata ejercicios moderados

DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO

Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta General CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

1. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30

Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE

2. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 04/20/2015

Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE

2. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15

Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO

3. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 04/20/2015

Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO

4. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 30 Fecha Entrega: 03/20/2015

Posologia: tomar una tableta en la mañana

5. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 30 Fecha Entrega: 04/20/2015

Posologia: tomar una tableta en la mañana

DIAGNOSTICO: (E78.2) HIPERLIPIDEMIA MIXTA Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO Clase de

Dx:INICIAL (CONSULTA)

DIAGNOSTICO: (E66.0) OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS Tipo de Dx:CONFIRMADO

REPETIDO Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

Mercedes Rangel Chaparro

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación:

Numero de Identificación: 63322220

Registro Profesional: 5396/1993

Código Institucional: 1512000047

Consulta del martes 23 de diciembre de 2014 01:17 PM en UPP FLORIDABLANCA

Nombre del Profesional: Mercedes Rangel Chaparro - MEDICINA GENERAL (Registro No. 5396/1993)

Número de Autorización: 01462-1427481963

Tipo de Consulta: CONSULTA GENERAL CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 12/23/2014 13:17:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 56

Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Estado Civil : Casado

Teléfono: 6773391

Responsable del Usuario

Nombre: SOLO

Parentesco:

Ninguno

Teléfono:

6773391

Acompañante

Nombre:

SOLO

Teléfono: 6773391

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: POR LA TENSION EN SCV
Enfermedad Actual: PROTEGIDO DE 56 AÑOS EN SCV POR TENER HTA, DISLIPIDEMIA,

Anamnesis

OBESIDAD

EN TTO CON LOSARTANTABX 50 MGRS C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE , ASA TABX100 MGR AL DIA CON BUENA ADHERENCIA, SE HA SENTIDO BIEN
ME TRAE LAB: 22 DIC 2014: HDL 39 TG: 187 COLESTEROL 244

Morisky - Green

Olvida tomar los Medicamentos: No

Toma Medicamentos a horas: Si

Total Adherencia: Paciente Adherente

Si esta bien suspende TTO: No

Si le sienta mal suspende TTO: No

Resultado Adherencia: 0

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No

Sintomático de Piel: No

Organos de los Sentidos : No Refiere FOSFENOS NO EPISTAXIS

Cardiopulmonar: NO TOS, NO DISNEA, NO DOLOR PEPCHO

Gastrointestinal: NO DOLOR ABD, NO VOMITO

Genitourinario: NO HEMATURAI

Osteomuscular: NO MIALGIAS

Neurológico: NO PERDIDA CNOCIMIENTO, NO CONVULSIONES

Endocrino: NOO SED, NO SENSACION FRIO NI CALOR

Linfoinmunoematopoyético : No Refiere

Vascular Periférico : No Refiere DOLORES VENOSOS

Piel y Faneras: No Refiere

Mental: NO INSOMINIO, NO TRISTEZA

Antecedentes

Antecedentes Personales

Patológicos: HTA CONTORLADA/ HIPERLIPIDEMIA MIXTA Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (12/23/2014 13:16:45)

Hospitalarios: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Alérgicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Hipersensib. MC: Sin establecer

Farmacológicos: LOSARTANTABX 50 MGRS C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE , ASA TABX100 MGR AL ALMUERZO DIA POR MEDIO Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (12/23/2014 13:16:45)

Ocupacionales: COMERCIANTE Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Venereos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Quirúrgicos: PTERIGION OI Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Transfusionales: GS: O+ Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Traumáticos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS , BUENA RELACION FAMILIAR Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (12/23/2014 13:16:45)

Alimentarios: YA HACE DIETA Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (12/23/2014 13:16:45)

Inmunológicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Factores de Riesgo: No

Paraclínicos de Red: 22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBIA DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURTIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG 02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Factores de Riesgo

Consumo de Alcohol: No

Consumo sust psicoactivas: No

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Padre: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Hermanos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Interés Salud

Interés Salud

Crónicos Infecciosos

Chagas: No

Sífilis: No

Diagnostico(s) Cardiovascular: Hipertensión sin complicación

Crónicos no Infecciosos

Enfermedad Coronaria: No

Dislipidemia: Si

ECV: No

Retinopatía: No

EVP: No

EPOC: No

Hipotiroidismo: No

Enfermedades Autoinmunes: No

Año Dx Enfermedades Autoinmune

Litiasis Renal: No

Tto Dislipidemia: Toma un solo hipolipemiente

Examen Físico

TFG

Creatinina: Si

Creat: 0.92 Fecha Creat: 08/22/2014

Raza: Mestiza

ERC

TFG: 100.6 TFGF:

Estadio IRC: 0

Caracterización: NO ERC

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	FC:	FR:	Temp:
1.64	Mts	80	Kg	29.7	115	70	76	20	36.7

Paraclínicos

HbGl: Glicemia: Fecha Gl:

0 87 08/22/2014

Proteinuria en 24 horas: 0

Trae Resultado Microalbuminuria: NO

Trae Resultado PO: SI

Proteínas en P.O.: No Fecha PO: 08/22/2014

TFG

Límite Inferior Edad: 86.6 Clasificación I.M.C.: Sobrepeso

Perímetro Abdominal: 98

Examen Físico

Estado General: ALERTA, HIDRATDO, BUEN ESTADO GRAL

EF Organos de los Sentidos: P0INR, NO EDEMAS EN PARPAdos , FONDO OJO: NORMAL

EF Cardiopulmonar: NO SOPLOS,NO ARRITMIAS,

EF Gastrointestinal: BLANDO, DEPRESIBLE

EF Genitourinario: Sin alteraciones

HPB: NO

Examen Físico

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: NO ALERACIONES NEUROLOGICAS

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfoinmunohepatopoyético: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: PULSOS++ NO ACROCIANOSIS

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

EF Mental: EUITMICO, LUCIDO , ORIENTADO

Formulas

CoLDL

Fecha Perfil Lipidico:

12/22/2014
CoHDL: 39
CoLDL: 167

Pruebas Dx

Ecografía Renal: .

Análisis y Manejo

Antec. y/o Evento RCV M: Ninguna de las Anteriores

Riesgo Framingham

Edad M: 55 - 59 Puntaje Edad M: 4
LDL M: 160 - 190 Puntaje LDL M: 1
TAS/TAD M: < 120/< 80 Puntaje TAS/TAD M: 0
Colesterol M: 240 - 279 Puntaje Colesterol M: 2
HDL M: 35 - 44 Puntaje HDL M: 1

Fumador M: No

Puntaje Fumador M: 0

Riesgo Enf Coronaria M: 8

% riesgo enf coronaria M: 18

Resultado Framingham M: Riesgo cardiovascular medio

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo:

PROTEGIDO EN SCV POR SER HIPERTENSO CON DISLIDEMIA, EN TTO CON LOSARTANTABX 50 MGRS C/12HORAS /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE , ASA TABX100 MGR AL , CON BUENA ADHERENCIA, YH HAY BUENA RTA, CON TA NORMAL, SE ENVIA TT O PARA 3 MESS Y CITA 20 MARZO 2015 EN SCV

Interconsulta ambulatoria: No

Finalidad Consulta:

ATENCION EN HIPERTENSION ARTERIAL

Causa Externa: Enfermedad General Tipo Discapacidad: NINGUNA Grado Discapacidad:

NO APLICA

Dias de Incapacidad: 0

Recomendaciones: YA CON TALLER EDUCATIVO SCV, CAMINATA DIARIA, EJERCICIOS , DIETA HIPOGRASA, HIPOSODICA

DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx: CONFIRMADO REPETIDO

Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta General CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

1. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30

Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE

2. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 01/23/2015

Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE

3. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 02/23/2015

Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE

2. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15

Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO

3. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 01/23/2015

Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO

4. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 02/23/2015

Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO

5. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60

Posologia: TOMAR UNA CADA 12 HORAS

6. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60 Fecha Entrega: 01/23/2015

Posologia: TOMAR UNA CADA 12 HORAS

7. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60 Fecha Entrega: 02/23/2015

Posologia: TOMAR UNA CADA 12 HORAS

DIAGNOSTICO: (E78.2) HIPERLIPIDEMIA MIXTA Tipo de Dx: CONFIRMADO REPETIDO Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

DIAGNOSTICO: (E66.0) OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS Tipo de Dx: CONFIRMADO REPETIDO Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

Mercedes Rangel Chaparro
MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación:

Numero de Identificación: 63322220
Registro Profesional: 5396/1993
Código Institucional: 1512000047

Consulta del lunes 10 de noviembre de 2014 01:46 PM en UPP FLORIDABLANCA

Nombre del Profesional: Mercedes Rangel Chaparro - MEDICINA GENERAL (Registro No. 5396/1993)

Número de Autorización: 01462-1421759458

Tipo de Consulta: CONSULTA GENERAL CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 11/10/2014 13:46:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 56

Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Estado Civil : Casado

Teléfono: 6773391

Responsable del Usuario

Nombre: SOLO

Parentesco:

Ninguno

Teléfono:

6773391

Acompañante

Nombre:

SOLO

Teléfono: 6773391

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: PARA CONTROL DE LA TENSION EN SCV

Enfermedad Actual: L.LEGA DESPUES HORA CITA,,,,,,,,,PROTEGIDO DE 56 AÑOS, ENO CONROL SCV POR SER HIERTENSO, CON HIPERLPIDEMIA MIXTA

ME TRAE LAB: 22 AGOSTO 2014 CREATININA: 0.92 TG. 25 COLESTEROL: 259

EN TTO CON LOSARTANTABX 50 MGS C/12H /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE

EN LA CITA CON DRA ANA XIOMARA POR EKG CON HEMIBLOQUEO LO ENVIO A CARDIOLOGO Y ESTE VIERNES LO VERA EL CARDIOLOGO,

Morisky - Green

Olvida tomar los Medicamentos: No

Toma Medicamentos a horas: Si

Total Adherencia: Paciente Adherente

Si esta bien suspende TTO: No

Si le sienta mal suspende TTO: No

Resultado Adherencia: 0

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No

Sintomático de Piel: No

Organos de los Sentidos : No Refiere

Cardiopulmonar: No Refiere

Gastrointestinal: No Refiere

Genitourinario: No Refiere

Osteomuscular: No Refiere

Neurológico: No Refiere

Endocrino: No Refiere

Linfoinmunoematopoyético : No Refiere

Vascular Periférico : No Refiere

Piel y Faneras: No Refiere

Mental: No Refiere

Antecedentes

Antecedentes Personales

Patológicos: HTA / HIPERLIPIDEMIA MIXTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Hospitalarios: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Alérgicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Hipersensib. MC: Sin establecer
Farmacológicos: LOSARTANTABX 50 MGS C/12H /A TORVASTATINA TABX40 MG CADA NOCHE , ASA TABX100 MGR AL ALMUERZO DIA POR MEDIO Dr(a). Mercedes Rangel Chaparro (11/10/2014 13:46:19)

Ocupacionales: COMERCIANTE Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Venereos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Quirúrgicos: PTERIGION OI Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Transfusionales: GS: O+ Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Traumáticos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Alimentarios: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Inmunológicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Factores de Riesgo: No
Paraclínicos de Red: 22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBIA DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURTIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG 02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Factores de Riesgo

Factores de Riesgo

Consumo de Alcohol: No

Consumo sust psicoactivas: No

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Padre: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Hermanos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Interés Salud

Interés Salud

Crónicos Infecciosos

Chagas: No

Sífilis: No

Diagnostico(s) Cardiovascular: Hipertensión sin complicación

Crónicos no Infecciosos

Enfermedad Coronaria: No

Dislipidemia: Si

ECV: No

Retinopatía: No

EVP: No

EPOC: No

Hipotiroidismo: No

Enfermedades Autoinmunes: No

Año Dx Enfermedades Autoinmune

Litiasis Renal: No

Tto Dislipidemia: Toma un solo hipolipemiente

Examen Físico

Signos Vitales

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	FC:	FR:	Temp:
1.64	Mts	82	Kg	30.5	115	65	76	20	36.7

Paraclínicos

HbGl: Glicemia: Fecha GI:
0 87 08/22/2014

Microalbuminuria: 0

Proteinuria en 24 horas: 0

Proteínas en P.O.: No

TFG

Fecha Creat: Raza:

08/22/2014 Mestiza

Creat: 0.92

ERC

TFGF:

TFG: 103.3

Estadio IRC: 0

TFG

Limite Inferior Edad: 86.7 Clasificación I.M.C.: Obesidad Grado I

Perimetro Abdominal: 100

Examen Fisico

Estado General: ALERTA, HIDRATADO, BUEN ESTADO GRAL

EF Organos de los Sentidos: PINR, NO EDEMAS EN PÁRPADOS, FONDO DE OJO: NORMAL

EF Cardiopulmonar: NO SOPLOS, NO ARRITMIAS, ADECUADA VENTILACION EN ACP, NO INGURGITACION YUGULAR

EF Gastrointestinal: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MEGALIAS

Examen Fisico

EF Genitourinario: Sin alteraciones

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: NO ALTERACIONES NEUROLOGICAS FOCALES SENSITIVAS NI MOTRICES

EF Endocrino: TIROIDES TAMAÑO NORAML, NO SOPLO TIROIDEO

EF Linfocitopenia: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: NO EDEMAS, PULSOS ++ NO ACROCIANOSIS

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

EF Mental: EUTIMICO, LUCIDO, ORIENTADO

Formulas

CoLDL

Fecha Perfil Lipidico:

08/22/2014

CoHDL: 40

CoLDL: 174

Pruebas Dx

Ecografía Renal: .

Análisis y Manejo

Antec. y/o Evento RCV M: Ninguna de las Anteriores

Riesgo Framingham

Edad M: 55 - 59 Puntaje Edad M: 4

LDL M: 160 - 190 Puntaje LDL M: 1

TAS/TAD M: < 120/< 80 Puntaje TAS/TAD M: 0

Colesterol M: 240 - 279 Puntaje Colesterol M: 2

HDL M: 35 - 44 Puntaje HDL M: 1

Fumador M: No

Puntaje Fumador M: 0

Riesgo Enf Coronaria M: 8

% riesgo enf coronaria M: 18

Resultado Framingham M: Riesgo cardiovascular medio

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: PROTEGIDO EN SCV POR SER HIPERTENSO CON RCV MEDIO, EN TTO CON LOSARTAN 50 MGS C/12H /A TORVASTATINA 40 MG CADA NOCHE SE DA TTO PARA DOS MESES, SE ENVIA A TOMAR COLESTEROL, HDL Y TG, Y CITA SCV PARA FINALES DIC 2014,,,, TRAER HC DEL CARDIOLOGO QUE LO VALORARA EN 5 DIAS

Finalidad Consulta: ATENCION EN HIPERTENSION ARTERIAL

Causa Externa: Tipo Discapacidad:

Grado Discapacidad: NO APLICA

Enfermedad General NINGUNA

Dias de Incapacidad: 0

Recomendaciones: YA CON TALLER EDUCATIVO SCV, CONTINUAR DIETA PARA BAJAR PESO, CAMINATA, EJERCICIOS

DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx: CONFIRMADO REPETIDO

Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta General CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

1. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30

Posología: TOMAR UNA CADA NIOCHE

2. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 12/10/2014

Posología: TOMAR UNA CADA NIOCHE

3. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15

Posología: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO

2. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 12/10/2014

Posología: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO

3. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60

Posología: TOMAR UNA CADA 12 HORAS

4. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60 Fecha Entrega: 12/10/2014

Posología: TOMAR UNA CADA 12 HORAS

3. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1. Procedimiento: (9038150000) Laboratorio Clínico COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD

2. Procedimiento: (9038180000) Laboratorio Clínico COLESTEROL TOTAL

3. Procedimiento: (9038680000) Laboratorio Clínico TRIGLICERIDOS

DIAGNOSTICO: (E78.2) HIPERLIPIDEMIA MIXTA Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

DIAGNOSTICO: (E66.0) OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORÍAS Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

Mercedes Rangel Chaparro

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación:

Numero de Identificación: 63322220

Registro Profesional: 5396/1993

Código Institucional: 1512000047

Consulta del lunes 8 de septiembre de 2014 01:23 PM en UPP FLORIDABLANCA

Nombre del Profesional: Ana Xiomara Castañeda Contreras - MEDICINA GENERAL (Registro No. 1098639391)

Número de Autorización: 01462-1421756117

Tipo de Consulta: CONSULTA GENERAL CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 09/08/2014 13:23:00 Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 56

Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Estado Civil : Casado

Responsable del Usuario

Nombre: Ninguno

Parentesco:

Ninguno

Teléfono:

Ninguno

Acompañante

Nombre:

Ninguno

Teléfono: 0

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: control primera vez

Enfermedad Actual:

Anamnesis

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HTA EN MANEJO MEDICO ACUDE SOLO A INGRESO DE CONTROL DE SCV, TRAE REPORTE DE EKG RITMO SINUSAL HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO, LABORATORIOS CON HIPERLIPIDEMIA MIXTA PARCAIL DE OIRNA NORMAL, REFIERE EL PACIENTE HA PRESETNADO SENSACION DE MAREO REFIERE SENSACION "BORRACHERA", NO DOLOR TORACICO NO EDEMAS NO DISNEA NO OTROS SINTOMAS.

Morisky - Green

Olvida tomar los Medicamentos: No

Toma Medicamentos a horas: No

Total Adherencia: Paciente Adherente

Si esta bien suspende TTO: No
Si le sienta mal suspende TTO: No
Resultado Adherencia: 1
Revisión Por Sistemas
Tos Mayor de 15 días: No
Sintomático de Piel: No
Organos de los Sentidos : No Refiere
Cardiopulmonar: No Refiere
Gastrointestinal: No Refiere
Genitourinario: No Refiere
Osteomuscular: No Refiere
Neurológico: No Refiere
Endocrino: No Refiere
Linfoinmunoematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : No Refiere
Piel y Faneras: No Refiere
Mental: No Refiere

Antecedentes

Antecedentes Personales

Patológicos: HTA / HIPERLIPIDEMIA MIXTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Hospitalarios: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Tóxicos: FUMADOR POR 5 AÑOS DE 1 PAQUETE DIARIO BEBEDOR SOCIAL Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Alérgicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Hipersensib. MC: Sin establecer
Farmacológicos: LOSARTAN 50 MGS C/12H /A TORVASTATINA 40 MG CADA NOCHE Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)

Ocupacionales: COMERCIANTE Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Venereos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Quirúrgicos: PTERIGION OI Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Transfusionales: GS: O+ Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Traumáticos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Alimentarios: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Inmunológicos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)
Factores de Riesgo: No
Paraclínicos de Red: 22/08/2014 CHDL 40, TG 225, CTOTAL 259 GLICEMIA 87 , CREATININA 0.92 PARCIAL DE ORINA AMARILLO TURBIA DENSIDAD 1.020 NITRITOS NEGATIVO LEUCIOCITOS 25 GLUCOSURRIA NORMAL, SEDIMENTO NEGATIVO. EKG 02/09/2014 RITMO SINUSAL, HEMIBLOQUEO ANTEROSUPERIOR IZQUIERDO.

Alergias

Causa de Alergia:
Ninguna

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:22:55)
Padre: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Antecedentes Familiares

Hermanos: NIEGA Dr(a). Ana Xiomara Castañeda Contreras (09/08/2014 13:23:00)

Interés Salud

Interés Salud

Crónicos Infecciosos

Chagas: No
Sífilis: No
Diagnostico(s) Cardiovascular: Hipertensión sin complicación

Crónicos no Infecciosos

Enfermedad Coronaria: No
Dislipidemia: Si
ECV: No
Retinopatía: No
EVP: No
EPOC: No

Hipotiroidismo: No
Enfermedades Autoinmunes: No
Año Dx Enfermedades Autoinmune
Litiasis Renal: No
Tto Dislipidemia: Toma un solo hipolipemiente

Examen Físico

Signos Vitales

Talla: UMT: Peso: UMP: IMC: TAS: TAD: FC: FR: Temp:
1.64 Mts 83 Kg 30.9 100 70 78 18 37

Paraclínicos

HbGl: Glicemia: Fecha Gl:
0 87 08/22/2014

Microalbuminuria: 0

Proteinuria en 24 horas: 0

Proteínas en P.O.: No

TFG

Fecha Creat: Raza:
08/22/2014 Mestiza

Creat: 0.92

ERC

TFGF:

TFG: 104.7

Estadio IRC: 0

TFG

Limite Inferior Edad: 86.8 Clasificación I.M.C.: Obesidad Grado I

Examen Físico

Estado General: BUENAS CONDICIONES GENERALES LAERTA ORIENTADO

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

EF Cardiopulmonar: Sin alteraciones

EF Gastrointestinal: Sin alteraciones

EF Genitourinario: Sin alteraciones

EF Osteomuscular: Sin alteraciones

EF Neurológico: Sin alteraciones

EF Endocrino: Sin alteraciones

EF Linfocitopenia: Sin alteraciones

EF Vascular Periférico: Sin alteraciones

Examen Físico

EF Piel y Faneras: Sin alteraciones

EF Mental: Sin Alteraciones

Formulas

CoLDL

Fecha Perfil Lipidico:

08/22/2014

CoHDL: 40

CoLDL: 174

Pruebas Dx

Ecografía Renal: .

Análisis y Manejo

Antec. y/o Evento RCV M: Ninguna de las Anteriores

Riesgo Framingham

Edad M: 55 - 59 Puntaje Edad M: 4

LDL M: 160 - 190 Puntaje LDL M: 1

TAS/TAD M: < 120/< 80 Puntaje TAS/TAD M: 0

Colesterol M: 240 - 279 Puntaje Colesterol M: 2

HDL M: 35 - 44 Puntaje HDL M: 1

Fumador M: No

Puntaje Fumador M: 0

Resultado Framingham M: Riesgo cardiovascular bajo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: PACIENTE CON HTA CONTROLADA DISLIPIDEMIA NO CONTROLADA SE INICIA MEDICAMENTO SE CITA A CONTROL, EN 3 MESES SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA, SE REMITE A NUTRICION

PARA CAMBIOS DE HABITOS DE LIAMERNTAICON SE HACE ENFASIS EN EDUCAICONDE ACTIVIDAD FISICA DIARIA REGULAR. CITA CONTROL EN 3 MESES. SE SOLCICTA VALORAICON POR CARDIOLOGIA.

Finalidad Consulta: ATENCION EN HIPERTENSION ARTERIAL
Causa Externa: Tipo Discapacidad:
Grado Discapacidad: NO APLICA
Enfermedad General: NINGUNA
Dias de Incapacidad: 0
Recomendaciones: ALIEMTMNAICON HIPOGRASA HIPOSODICO
DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX
Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta externa CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA
2. Tipo de Consulta: Consulta General CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

Observaciones: 2 MESES

2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

1. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 09/08/2014
Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE
2. (CMD 10)-ATORVASTATINA TABLETA 40 MG, No. 30 Fecha Entrega: 10/08/2014
Posologia: TOMAR UNA CADA NIOCHE
3. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 09/08/2014
Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO
4. (CMD 30)-ACETIL SALICILICO ACIDO 100 MG TABLETA, No. 15 Fecha Entrega: 10/08/2014
Posologia: TOMA RUNA CADA DIA POR MEDIO
5. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60 Fecha Entrega: 10/21/2014
Posologia: TOMAR UNA CADA 12 HORAS

DIAGNOSTICO: (E78.2) HIPERLIPIDEMIA MIXTA Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)

Ana Xiomara Castañeda Contreras
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación:
Numero de Identificación: 1098639391
Registro Profesional: 1098639391
Código Institucional: 1512000073

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA
Fecha de Nacimiento: 04/10/1958 **Contrato:** 89579004 (Documento: CC 91214108)
Edad: 60 Años - **Sexo:** Masculino **Dirección Residencia:** CL 56 NRO 16A 18 REPOSO
Teléfono Residencia: 6819309 **Ciudad Residencia:** Bucaramanga
Aseguradora: Salud Total EPS **Tipo de Vinculación:** REGIMEN CONTRIBUTIVO
Consulta del jueves 21 de agosto de 2014 08:30 AM en UAB CAÑAVERAL
Nombre del Profesional: NORMA JULIA PACHECO JACOME - MEDICINA GENERAL (Registro No. 1823/1988)
Número de Autorización: 05120-1419970869
Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Identificación

Datos de la Consulta

Fecha de la Consulta: 08/21/2014 08:30:00 Tipo de Consulta: De Primera Vez

Datos Complementarios

Datos del Paciente

Edad: 56 Raza: Otra Escolaridad: Primaria
Estado Civil: Casado Ocupación: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS

Responsable del Usuario

Nombre: Ninguno
Parentesco: Ninguno
Teléfono: Ninguno

Acompañante

Nombre: Ninguno
Teléfono: 6 77 33 91

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: "SUFRO DE LA PRESION ALTA Y A VECES ME DAN COMO DESALIENTOS"
Enfermedad Actual: ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL. MANEJO FARMACOLOGICO CON LOSARTAN 50 MGS C/12H.
REFIERE QUE EN EL CURSO DE LAS DOS ULTIMAS SEMANAS HA PRESENTADO DOS EPISODIOS DE MAREO. NIEGA LIPOTIMIA.

Revisión Por Sistemas

Tos Mayor de 15 días: No Aplica
Sintomático de Piel: No Aplica
Organos de los Sentidos : No Refiere
Cardiopulmonar: No Refiere
Gastrointestinal: No Refiere
Genitourinario: No Refiere
Osteomuscular: No Refiere
Neurológico: No Refiere
Endocrino: No Refiere
Linfoinmunoematopoyético : No Refiere
Vascular Periférico : No Refiere
Piel y Faneras: No Refiere
Mental: No Refiere

Antecedentes

Alergias

Causa de Alergia:
Ninguna

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: No

Antecedentes Personales

Patológicos: HTA Dr(a). NORMA JULIA PACHECO JACOME (08/21/2014 08:30:00)
Hospitalarios: Niega
Tóxicos: Niega
Alérgicos: Niega
Hipersensib. MC: Sin establecer
Farmacológicos: LOSARTAN 50 MGS C/12H Dr(a). NORMA JULIA PACHECO JACOME (08/21/2014 08:30:00)
Ocupacionales: COMERCIANTE Dr(a). NORMA JULIA PACHECO JACOME (08/21/2014 08:30:00)
Venereos: Niega
Quirúrgicos: PTERIGION OI Dr(a). NORMA JULIA PACHECO JACOME (08/21/2014 08:30:00)
Transfusionales: Niega
Traumáticos: Niega
Perinatales: Niega
Sicosociales: VIVE CON LA ESPOSA Y DOS HIJOS Dr(a). NORMA JULIA PACHECO JACOME (08/21/2014 08:30:00)
Alimentarios: Niega
Inmunológicos: Niega

Antecedentes Familiares

Madre: HTA Dr(a). NORMA JULIA PACHECO JACOME (08/21/2014 08:30:00)
Padre: Niega
Hermanos: Niega

Examen Físico

Signos Vitales

Riesgo Cardiovascular: No

Talla:	UMT:	Peso:	UMP:	IMC:	TAS:	TAD:	TAM:	FC:	FR:	Temp:	
1.64	Mts	87	Kg	32.3	130	80	96	80	18	37	Formulas Apoyo: No

TFG

Limite Inferior Edad: 86,9

Plan de Estudio y Manejo :

Examen Físico

Estado General: BUENAS CONDICIONES GENERALES. AFEBRIL. HIDRATADO

EF Organos de los Sentidos: Sin alteraciones

EF Cardiopulmonar: RS CS RS SIN SOPLOS. BUENA VENTILACION PULMONAR, SIN SOBREGREGADOS.

EF Gastrointestinal: ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO PUNTOS DOLOROSOS.
HERNIA UMBILICAL REDUCTIBLE FACILMENTE.

EF Genitourinario: Sin alteraciones
EF Osteomuscular: Sin alteraciones
EF Neurológico: LUCIDO, ORIENTADO, NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO. ROT: ++/++++ SIN
EF Endocrino: Sin alteraciones
EF Linfocitopenia: Sin alteraciones
EF Vascular Periférico: NO EDEMAS.
EF Piel y Faneras: Sin alteraciones
EF Mental: Sin Alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: PACIENTE HIPERTENSO CONTROLADO. ORDENO ANTIHIPERTENSIVOS. SOLICITO PARACLINICOS DE APOYO. DERIVO A LIDER EN SALUD CARDIOVASCULAR. HABITOS DE VIDA SALUDABLES.

Finalidad Consulta: NO APLICA
Grado Discapacidad: NO APLICA
Tipo Discapacidad: NINGUNA
Causa Externa: Enfermedad General
Estadio IRC: 0

Análisis y Manejo

Dias de Incapacidad: 0
Recomendaciones: CONTROL EN PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR. HABITOS DE VIDA SALUDABLES.

Información brindada al paciente:

La información brindada al paciente es entendida : Si
COMPRENDE INFORMACION SUMINISTRADA

DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX
Clase de Dx: INICIAL (CONSULTA)

CONDUCTAS: 1. REMISION

1. Tipo de Consulta: Consulta General INGRESO LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

2. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS

1. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60

Posologia: 1 CADA 12 HORAS

2. LOSARTAN TABLETA O TABLETA RECUBIERTA 50 MG, No. 60 Fecha Entrega: 09/20/2014

Posologia: 1 CADA 12 HORAS

3. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

1. Procedimiento: (9038150000) Laboratorio Clinico COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD

2. Procedimiento: (9038180000) Laboratorio Clinico COLESTEROL TOTAL

3. Procedimiento: (9038950100) Laboratorio Clinico CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

4. Procedimiento: (8951000000) Procedimiento Diagnóstico ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD

5. Procedimiento: (9038410000) Laboratorio Clinico GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

6. Procedimiento: (9038680000) Laboratorio Clinico TRIGLICERIDOS

7. Procedimiento: (9071060000) Laboratorio Clinico UROANALISIS

DIAGNOSTICO: (R42X) MAREO Y DESVANECIMIENTO Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de
Dx: INICIAL (CONSULTA)

NORMA JULIA PACHECO JACOME

MEDICINA GENERAL

Tipo de Identificación: CEDULA DE CIUDADANIA

Numero de Identificación: 32544476

Registro Profesional: 1823/1988

Código Institucional: 8436000003



NIT.890205361-4

PACIENTE EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA
IDENTIFICACIÓN CC 91214108
EPISODIO 3431664

HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA	Identificación: CC 91214108
Edad: 60 Años	Sexo: Masculino
Ubicación: En Urgencias	Cama:
Esp. Tratante: 1 UT URGENCIAS T CAL P5 01	Aseguradora: SALUD TOTAL EPS CONTRIBUTIVO
Fecha Registro: 17-dic-18	Hora Registro: 21:58:55
	Tipo Atención: Ambulatorio

ANAMNESIS

Datos Generales:

Raza: Blanca
Motivo de Consulta: * Ingresa paciente en paro no presenciado traído por familiares *
Enfermedad Actual: Ingresa paciente en paro no presenciado traído por familiares.

REVISIÓN POR SISTEMAS

SÍNTOMAS GENERALES Dolor torácico desde hace 8 días

ANTECEDENTES PERSONALES

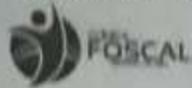
Patológicos HTA, EPOC

Hemociasificación: Sin Hemociasifi Sin Hemociasificación

EXAMEN FÍSICO POR REGIÓN

Región	No Aplica	Normal	Anormal	Hallazgos
CABEZA				
-CABEZA	X			
-CUERO CABELLUDO	X			
-CRÁNEO	X			
-CARA	X			
-OJOS		SI		PUPILAS DILATADAS NO REACTIVAS
-PABELLÓN AURICULAR	X			
-OÍDOS	X			
-NARIZ	X			
-BOCA	X			
-PARÓTIDAS	X			
CUELLO				
-CUELLO	X			
-FARINGE	X			
-LARINGE	X			
-TRÁQUEA	X			
-TIROIDES	X			
TÓRAX				
-TÓRAX	X			
-MAMAS	X			
-CORAZÓN		SI		EN PARO
-PULMONES		SI		EN APNEA
ABDOMEN				
-PARED ABDOMINAL	X			
-ORGANOS INTERNOS	X			
PELVIS				
-PELVIS	X			
-VEJIGA	X			

FIEL COPIA DE HISTORIA
CLÍNICA FOSCAL



NIT.B90205361-4

PACIENTE	EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA
IDENTIFICACIÓN	CC 91214108
EPISODIO	3431664

HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

FIEL COPIA DE HISTORIA
CLÍNICA FOSCAL

Natalia Andrea Neira Palomino

De: Natalia Andrea Neira Palomino
Enviado el: martes, 18 de mayo de 2021 12:26 p. m.
Para: notificaciones@foscal.com.co
CC: Héctor Mauricio Medina Casas
Asunto: Derecho de petición - Art. 23 C.N.//Colmena Seguros S.A.
Datos adjuntos: 21.05.18 Derecho de petición Foscal.pdf

Seguimiento:	Destinatario	Entrega
	notificaciones@foscal.com.co	
	Héctor Mauricio Medina Casas	Entregado: 18/05/2021 12:26 p. m.

Señores
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL
notificaciones@foscal.com.co
E.S.M.

Referencia: Derecho de Petición. Artículo 23 Constitución
Política y Artículo 173 del Código General del Proceso.
Asunto: Solicitud de historia clínica

Respetados señores:

HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS, identificado como aparece al pie de mi firma, domiciliado en Bogotá D.C. y actuando como apoderado de **COLMENA SEGUROS S.A.**, en ejercicio del artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, acudo ante ustedes para presentar el siguiente derecho de petición que se encuentra en el documento adjunto.

Folios: seis (6)

Favor acusar recibo.

Sin otro en particular, quedo atento a su pronta respuesta.



Natalia Andrea Neira
Abogada

Cl. 78 # 9-57, Piso 6 - Bogotá D.C.
Cra. 12 No. 34 - 67 Ofc. 702 - Bucaramanga
PBX: (57) 610 4058



DOCUMENTO CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADO.

La información contenida en este correo electrónico está protegida bajo las previsiones sobre secreto profesional y puede ser considerada legalmente como privilegiada. Está dirigida únicamente al destinatario inicial. Si usted no es el destinatario inicial, cualquier revelación, copia o distribución en relación con este documento está prohibida por la Ley. Si usted lo recibe por error, por favor reenvíelo al remitente y destruya el mensaje original. Gracias.

Señores
**FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL
E.S.M.**

Referencia: Derecho de Petición. Artículo 23 Constitución Política y Artículo 173 del Código General del Proceso.
Asunto: Solicitud de historia clínica

HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.795.035 expedida en Bogotá D.C, actuando como apoderado judicial de **COLMENA SEGUROS S.A.**, persona jurídica portadora del NIT. 800.226.175-3 en ejercicio del artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, respetuosamente acudo ante ustedes para presentar el siguiente Derecho de Petición:

I. HECHOS QUE FUNDAMENTAN LA PETICIÓN. -

Primero: La señora MARIA DEL CARMEN MURILLO y OTROS, instauró demanda declarativa verbal de menor cuantía en contra del BANCO CAJA SOCIAL y COLMENA SEGUROS S.A., proceso que se adelanta ante el Juzgado Séptimo (7) Civil Municipal de Bucaramanga, bajo radicado No 680014003-007-2021-00018-00. Lo anterior con el fin de que se declare y ordene el pago de la póliza de Seguro de Vida Individual No. 3704-14502 a la cual se vinculó el señor EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d) a través de solicitud de certificado individual No. 4750116 del 28 de julio de 2015.

Segundo: COLMENA SEGUROS S.A., estando en el término de traslado para dar contestación a la demanda, procederá a incluir dentro del acápite de pruebas, se oficie a la FUNDACION OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL para que remita la totalidad de la historia clínica del paciente EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), identificado en vida con la C.C. 91.214.108 desde el año 2012 a la fecha de su muerte, en diciembre del 2018.

Tercero: El suscrito, como apoderado judicial de COLMENA SEGUROS S.A., se permite presentar derecho de petición ante ustedes en estricto cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 173 del Código General del Proceso, con el fin de que obtener de forma directa la prueba, o bien, como requisito previo para el decreto de la prueba por parte del Despacho.

II. ASPECTOS JURÍDICOS QUE FUNDAMENTAN LA PETICIÓN. -

El artículo 13 y subsiguientes de la Ley 1437 de 2011 modificados por la Ley 1755 de 2015 desarrollan el artículo 23 de la Constitución política de Colombia de la siguiente forma:

“Artículo 13. Objeto y modalidades del derecho de petición ante autoridades. Toda persona tiene derecho de presentar peticiones respetuosas a las autoridades, en los términos señalados en este Código, por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución.

Toda actuación que inicie cualquier persona ante las autoridades implica el ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política, sin que sea necesario invocarlo. Mediante él, entre otras actuaciones, se podrá solicitar el reconocimiento de un derecho o que se resuelva una situación jurídica, que se le preste un servicio, pedir información, consultar, examinar y requerir copias de documentos, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos e interponer recursos (...).

De acuerdo con lo anterior, se advierte que con el derecho de petición se puede de requerir documentos y/o solicitar información.

El ejercicio de este derecho fundamental adquirió gran relevancia en los procesos judiciales a partir de la entrada en vigor de la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso), pues a las partes y los apoderados se les impuso la obligación de *“abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir”* (numeral 10 del artículo 78).

De ahí que, el inciso 2 del artículo 173 el Código General del Proceso establezca lo siguiente:

*“Artículo 173. Oportunidades probatorias. Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código.
En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado. El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente.”* (Subrayado y resaltado fuera de texto)

Tradicionalmente en los procesos judiciales cuando una de las partes requería de información y/o documentación de una entidad o un tercero ajeno al litigio se solicitaba al juzgador que oficiara con el fin de obtenerla. Ahora, en aplicación de la norma transcrita, es necesario obtenerla mediante derecho de petición y en el evento que no se logró tener respuesta satisfactoria, se debe demostrar que se agotó esa vía para que la prueba sea decretada y la información y/o documentación solicitada por el juzgado.

Así las cosas, considerando lo anterior, se presenta este derecho de petición con el fin de que sea remitida la totalidad de la historia clínica del paciente EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), identificado en vida con la C.C. 91.214.108 desde el año 2012 a la fecha de su muerte, en diciembre del 2018.

III. PETICIÓN. -

Teniendo en cuenta lo expuesto, en nombre y representación de COLMENA SEGUROS S.A., se solicita muy respetuosamente lo siguiente:

1. Se remita la totalidad de la historia clínica del paciente EZEQUIEL BARRAGAN BAYONA (q.e.p.d.), identificado en vida con la C.C. 91.214.108 desde el año 2012 a la fecha de su muerte, en diciembre del 2018.

2. En dicho sentido, solicito se remitan los documentos de forma directa al Juzgado Séptimo (7) Civil Municipal de Bucaramanga, específicamente al proceso con radicado 680014003-007-2021-00018-00.

IV. ANEXOS

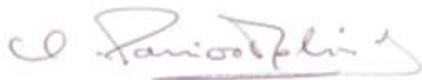
- Copia del auto que admite la demanda en el proceso declarativo con radicado 680014003-007-2021-00018-00 que cursa en el al Juzgado Séptimo (7) Civil Municipal de Bucaramanga.
- Poder otorgado por COLMENA SEGUROS S.A. para actuar en el proceso declarativo con radicado 680014003-007-2021-00018-00 que cursa en el al Juzgado Séptimo (7) Civil Municipal de Bucaramanga.
- Certificado de existencia y representación legal de COLMENA SEGUROS S.A.

V. DIRECCIÓN DE ENVÍO DE INFORMACIÓN. -

Agradecemos se sirvan dar respuesta directamente al JUZGADO SÉPTIMO (7) CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA, al proceso de declarativo verbal bajo radicación No 680014003-007-2021-00018-00, en la dirección correspondiente a Calle 35 #11-12 Palacio de Justicia Vicente Azuero Plata de la ciudad de Bucaramanga, a la dirección electrónica j01cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co o, directamente al peticionario, en la Calle 34 # 10-29 Ofi 303 Edificio Beluz en la ciudad de Bucaramanga y a los correos electrónicos bucaramanga@mypabogados.com.co, hmedina@mypabogados.com.co y dependiente@mypabogados.com.co.

Esperamos la colaboración para la pronta resolución de la presente petición.

Atentamente,



HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS
C.C. 79.795.035 de Bogotá D.C.
T.P. 108.945 del CSJ
Apoderado de COLMENA SEGUROS S.A.
(NN)



JUZGADO

JUZGADO SEPTIMO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA

Calle 35 # 11-12 de Bucaramanga

Correo electrónico de juzgado: j07cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co

NOTIFICACION PERSONAL

(DECRETO 806 DEL 2020 ARTICULO 8)

SEÑOR(A):

COLMENA SEGUROS S.A

DIRECCION ELECTRONICA: notificaciones@fs.co

CIUDAD.

No. de Radicación del proceso	Naturaleza del proceso	Fecha providencia.
68001400300720210001800	Verbal	05/04/2021

Nombre Demandante	Nombre Demandado
MARIA DEL CARMEN MURILLO, JONATHAN BARRAGAN MURILLO, ARNOLDO JOSE BARRAGAN PINZON, LINA JEHANY BARRAGAN PINZON.	-COLMENA SEGUROS S.A y BANCO CAJA SOCIAL S.A

De conformidad con lo establecido en el C.G.P y la modificación que realizó el decreto legislativo No 806 del 4 de junio de 2020 expedido por el Ministerio de Justicia y del Derecho artículo 8, transcurrido dos días hábiles de este envío usted queda notificado del auto de **fecha 05 de abril de 2021**, proferido por el Juzgado séptimo civil municipal de Bucaramanga, dentro del proceso de la referencia y sus términos comenzarán a correr al día siguiente al de la notificación. Para su conocimiento el Juzgado se encuentra ubicado en el Palacio De Justicia en la calle 35 # 11-12 y correo electrónico: j03lcbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANEXOS: AUTO ADMISORIO

PARTE INTERESADA

JOSE FERNANDO ALVAREZ CASTILLO

C.C 91.075.882 expedida en San Gil

T.P 138.839 del C.S.J

Correo electrónico: abogado.alvarezcastillo@hotmail.com



NOTA: EN CASO DE QUE EL USUARIO LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO DE ESTE FORMATO, NO SE REQUIERE LA FIRMA DEL EMPLEADO RESPONSABLE. ACUERDO 2255 DE 2003 / NP-01

CONSTANCIA SECRETARIAL: Pasa al despacho de la señora Juez informando que dentro del término se presentó escrito de subsanación de demanda. Bucaramanga, 5 de abril de 2021



SILVIA RENATA ROSALES HERRERA
Secretaria

PROCESO: VERBAL
RADICADO: 2021-0018-00

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL MUNICIPAL
Bucaramanga, cinco (5) de abril de dos mil veintiuno (2021)

Subsanada la presente demanda y anotándose que tanto ella como sus anexos se avienen y guardan correspondencia con lo ordenado por la ley procesal, además de ser nuestra la competencia, ha de admitirse la misma, ante lo cual el **JUZGADO SEPTIMO CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**

RESUELVE

SEGUNDO: ADMITIR Y TRAMITAR por los cauces de un **PROCESO VERBAL** la presente demanda propuesta por **MARIA DEL CARMEN MURILLO, JONATHAN BARRAGÁN MURILLO, ARNOLDO JOSÉ BARRAGÁN PINZÓN y LINA JEHANY BARRAGÁN PINZÓN** contra **COLMENA SEGUROS S.A. y BANCO CAJA SOCIAL S.A.**

SEGUNDO: ORDENAR que se lleve a cabo la notificación personal de la iniciación de este proceso a la demandada, por la senda de los artículos 291 y 292 del C.G.P. o artículo 8° del Decreto 806 de 2020, a efectos de que se pronuncien sobre la demanda.

TERCERO: CORRER Una vez notificada la parte demandada el traslado de rigor, en la forma legal, por el término de veinte (20) días, a efectos de que se pronuncien sobre la demanda.

CUARTO: DAR cumplimiento a lo consagrado en el art. 6° del Decreto 806 de 2020.

QUINTO: RECONOCER a **JOSE FERNANDO ALVAREZ CASTILLO** portador de la T.P. No 138.839 del C.S.J. como apoderado de la parte demandante; en la forma, términos y para los efectos del poder conferido.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



GLADYS MADIEDO RUEDA
JUEZ



Señor
JUZGADO 7 CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA
E. S. D.

Referencia: Poder - Proceso ordinario laboral
Demandante: MARIA DEL CARMEN MURILLO
Demandado: COLMENA SEGUROS S.A.
Radicación: 2021-00018-00

ALMA ARIZA FORTICH, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 45.766.003 de Cartagena, obrando en mi calidad de Apoderada General de la sociedad **COLMENA SEGUROS** identificada con Nit. 800226175-3, calidad que acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que se adjunta, por medio del presente escrito otorgo poder especial amplio y suficiente, al doctor **HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 79'795.035 Bogotá, abogado titulado, con Tarjeta Profesional N° 108.945 del Consejo Superior de la Judicatura con correo electrónico inscrito en el Registro Nacional de Abogados del Consejo Superior de la Judicatura, hmedina@mypabogados.com.co, para que apodere a la sociedad que represento en la acción de la referencia.

Nuestro apoderado queda especialmente facultado mediante el presente poder para conciliar, notificarse, recibir, desistir, sustituir, transigir, reasumir, interponer todos los recursos y ejercitar todas las acciones necesarias o indispensables para el buen éxito del mandato conferido y en fin todas las facultades de ley.

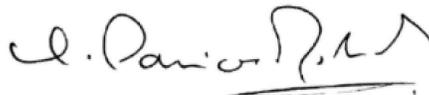
El presente poder se confiere en virtud del artículo 5° del Decreto 806 de 2020, por lo que se remite desde la cuenta de notificaciones judiciales de la compañía, notificaciones@colmenaseguros.com, inscrita en el Certificado de Cámara de Comercio y se manifiesta que el apoderado cuenta con la dirección de correo electrónico hmedina@mypabogados.com.co, inscrita en el Registro Nacional de Abogados del Consejo Superior de la Judicatura.

Cordialmente,



ALMA ARIZA FORTICH
C.C. N° 45.766.003 de Cartagena
Apoderada General
COLMENA SEGUROS

Acepto,



HECTOR MAURICIO MEDINA CASAS
C.C. No. 79.795.035 de Bogotá
T. P. No. 108.945 del C. S. de La J.
Correo electrónico: hmedina@mypabogados.com.co