

ESCRITO CONTESTACION DEMANDA RAD No, 630014003001-2020-00042-00 JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL ARMENIA Q.

Maria Consuelo Ruiz <maria.cabogada@outlook.com>

Lun 28/09/2020 14:46

Para: Centro Servicios Judiciales Civil Familia - Armenia - Quindio <cserjudcfarm@cendoj.ramajudicial.gov.co>; RUSSI ROA & SANTAMARIA RSR <rrsabogadosasociados@gmail.com>; ejudiciales@pichincha.com.co <ejudiciales@pichincha.com.co>

 2 archivos adjuntos (24 MB)

ESCRIT~1.PDF; PRUEBAS.zip;

Señores

JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL EN ORALIDAD

Armenia Q.

MARIA CONSUELO RUIZ CARRILLO, mayor de edad, residente y domiciliada en Armenia Quindío, identificada con la cédula de ciudadanía No 24.487.004 de Armenia Q. y tarjeta profesional No 40127 del C.S.J., en mi calidad de **APODERADA ESPECIAL** de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, me permito adjuntar escrito de contestación de demanda, instaurada a mi Poderdante dentro del proceso que a continuación que relaciono.

PROCESO: VERBAL DE MENOR CUANTIA

ACCION: RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL

DEMANDANTES: NELSON NOSPINA TOBON

DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA Y BANCO PICHINCHA

RADICADO: 630014003001-2020-00042-00

JUZGADO: PRIMERO CIVIL MUNICIPAL EN ORALIDAD ARMENIA QUINDIO

Al presente correo adjunto:

Escrito formato **PDF**, que contiene contestación de la **DEMANDA**, en 53 folios y las pruebas documentales anunciadas en el acápite de pruebas documentales del escrito de contestación de la demanda así:

- a) Poder especial, (1 folio)
- b) certificado expedido por la Superintendencia, en 4 folios;
- c) Copia del contrato de Seguro VIDA GRUPO DEUDORES, distinguido con Póliza No. 670-16-994000000012 (anexos 0 y 193) en 2 folios y sus condiciones generales en 16 folios;
- d) historia clínica del Señor NELSON OSPINA TOBON, de la Dirección de Sanidad de la Policía (94 folios) de la clínica de la Sagrada Familia de Armenia ((3 folios), del Hospital la Misericordia de Calarcá Q., (3 folios) y del Hospital San Juan de Dios Armenia Q. (12 folios)
- e) Copia del Acta No 11488, de fecha 17 de noviembre de 2017, de la Junta Médico Laboral de Policía. (3 folios)
- f) Comunicación **OBSP-18-1.058-RUI-6736**, de fecha 22 de mayo de 2018 enviada por la Aseguradora a Banco Pichincha, mediante la cual objeta la reclamación (3 folios)
- g) Formato Reclamos Seguro de Personas, (5 folios)
- h) Certificación suscrita por la Gerente de Negocios Corporativos de Aseguradora Solidaria de fecha septiembre 3 de 2020, respecto de la vinculación del asegurado a la póliza vida grupo (1 folio).
- i) Comunicación de fecha mayo 11 de 2018 **SDO-18 - 1.504- RUI-6736**, remitida a Banco Pichincha (1 folio)}
- j) Constancia suscrita por Dirección de talento Humano de la policía Nacional. (1 folio).
- k) Certificación expedida por Banco Pichincha de fecha mayo 15 de 2018 (1 folio).

- l) Fotocopia del formato de **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**, diligenciada y firmada por el Señor **NELSON OSPINA TOBON**. (1 folio)
- m) Fotocopia "**FORMATO COMPRA CARTERA**" suscrito por el Señor **NELSON OSPINA Tobón** de recibo "aviso pago préstamo en cheque" de fecha junio 16 de 2017. (2 folios).
- n) Fotocopia de **FORMULARIO DE VINCULACION PERSONA NATURAL**, debidamente diligenciado y firmado (4 folios)
- ñ) Copia de pagaré en blanco suscrito a favor de **BANCO PÍCHINCHA** por el Señor **NELSON NOSPINA TOBON**(Deudor) con carta de instrucciones para llenar pagare en blanco. (3folios)

Igualmente me permito informar que he remitido el presente correo con copia tanto de la contestación de la **DEMANDA**, como de las pruebas aportadas a las partes procesales de las que se tiene conocimiento de su correo electrónico a saber:

EL APODERADO DEL DEMANDADO: rrabogados@gmail.com

BANCO PICHINCHA:ejudiciales@pichincha.com.co

Atentamente,

MARIA CONSUELO RUIZ CARRILLO

Apoderada Especial

Correo electrónico: Maria.cabogada@outlook.com

Dirección Carrera 14 No 16-43 Oficina 06 edificio Zaguán de la Catorce Armenia Q.

Celular 3137331255

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

Señor

JUEZ PRIMERO CIVIL MUNICIPAL

Armenia Q.

REF: PROCESO ORDINARIO

DEMANDANTE: NELSON OSPINA TOBON

DEMANDADA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

RADICADO No. 630014003001-2020-00042-00

*MARIA CONSUELO RUIZ CARRILLO, mayor de edad, residente y domiciliada en Armenia Q., identificada con la cédula de ciudadanía No 24.487.004 expedida en Armenia Q., y Tarjeta Profesional No 40.127 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de Apoderada Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, legalmente constituida, mediante escritura pública No 64 de fecha 18 de Enero de 1.985, protocolizada en la Notaria 32 de Bogotá D.C., debidamente registrada en la Cámara de Comercio de la misma ciudad, con domicilio principal en Bogotá D.C., me permito manifestar a usted:*

Estando dentro del término legal, procedo a contestar la demanda referenciada, lo cual hago en los siguientes términos:

PARTE DEMANDANTE Y SU PODERADO

DEMANDANTE: NELSON OSPINA TOBON, mayor de edad, residente y domiciliado en Calarcá Q., identificado con la cédula de ciudadanía No. 18.3096.778 expedida en Calarcá Q.

APODERADO: Doctor SANTIAGO JOSE ROA SANCHEZ, mayor de edad, residente y domiciliados en Armenia Q., identificado con la cédula de ciudadanía No.1.094.957.615 y tarjeta profesional No. 321.065 del C.S.J. correo electrónico rrsabogados@gmail.com.

Maria Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

PARTE DEMANDADA Y SU APODERADA

DEMANDADA: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, Persona jurídica con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., con Dirección para notificaciones judiciales en la Calle 100 No. 9ª-45 piso 18, identificada con el NIT No 860-524-654-6, correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

APODERADA JUDICIAL: Abogada MARIA CONSUELO RUIZ CARRILLO, mayor de edad, residente y domiciliada en Armenia Q., identificada con la cédula No 24.487.004 de Armenia Q., y tarjeta profesional No 40127 del C.S.J., con dirección para notificaciones judiciales en la Carrera 14 No 16-43, edificio Zaguán de la Catorce Armenia Q., correo electrónico maria.cabogada@outlook.com

PRONUNCIAMIENTO RESPECTO A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por cuanto esta, no hizo parte de la reunión aquí aludida, dejando claro que la Asesora **LINA GUERRERO**, es funcionaria del Banco Pichincha y no de la Aseguradora, por lo tanto se deberá probar.

AL HECHO SEGUNDO: El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, habida cuenta, que no hizo parte del encuentro al que se hace alusión, sin embargo no resulta creíble lo aquí aseverado respecto de la respuesta que supuestamente le dio la Asesora de Banco Pichincha, al Señor **NELSON OSPINA TOBON**, a su interrogante confuso por cierto, “.....respecto de que se trataba.....” refiriéndose al formato de **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**, máxime si se tiene en cuenta la claridad del contenido del mismo, de fácil comprensión por lo que solo basta

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*leerlo para enterarse del su contenido y fin. Por lo anterior de
deberá demostrar lo aquí manifestado.*

AL HECHO TERCERO: *El contenido del presente hecho no le consta
a mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
ENTIDAD COOPERATIVA**, habida cuenta, que no hizo parte del
encuentro al que se hace alusión, por las siguientes razones:*

*a) No resulta de recibo lo aseverado por el Demandante respecto
a que la funcionaria de Banco Pichincha “....le solicitó a mi
poderdante firmar los mencionados formularios sin brindarle
mayor claridad al respecto”, y menos que este lo hubiese hecho,
sin enterarse de su contenido, es decir actuando de manera
descuidada, sin observar la prudencia debida, actuación
descuidada, que por demás no asume una persona con el nivel de
escolaridad, profesión y formación como miembro de la Policía
Nacional, que tiene el Demandante, institución donde para la
época ejercía como “ **INTENDENTE JEFE**”.*

*b) Igualmente se debe tener en cuenta que el Señor **NELSON
OSPINA TOBON**, ya estaba familiarizado con el trámite de los
documentos que le fueron puesto a su disposición por el Banco
Pichincha, ante todo con el contenido de la declaración de
asegurabilidad, por cuanto no era la primera vez que este, acudía
a un banco en solicitud de un **CREDITO DE LIBRANZA**, pues, antes
lo había hecho con el **BANCO BBVA**, donde había diligenciado los
mismos formatos, o al menos similares entre otros la declaración
de asegurabilidad, cuyo formato trátase del banco que se acuda,
siempre contendrá el mismo interrogatorio.*

*c) Consecuente con lo anterior, queda plenamente establecido que
el demandante no tiene un nivel de escolaridad precario, como
también que no se trataba de una persona fácil de engañar, por lo
contrario ello demuestra que una vez, leyó el formato denominado
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, y se enteró de manera
directa de su contenido, tomando la determinación de callar su*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

verdadero estado de salud, pues era él el único que tenía conocimiento de este aspecto, procediendo a diligenciar este en la forma como efectivamente aparece dentro del mismo, es decir, declarando "en la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida" firmando y colocando su huella en el mencionado formato en señal de aceptación. Lo afirmado por lo aquí afirmado por la parte actora deberá ser probado

AL HECHO CUARTO: *El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por cuanto, ni hizo parte del encuentro aquí narrado, ni fue la entidad que por intermedio de alguno de sus funcionarios puso a disposición del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, los formularios a que se alude dentro del presente hecho, o le dio instrucción alguna, razón por la cual el actor deberá probar lo afirmado al respecto.*

AL HECHO QUINTO: *El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por cuanto no fue ella quien otorgó el crédito a que se hace alusión, sino, la entidad crediticia, sin embargo, vale la pena aclarar que en atención a documentos aportados por esta a mi Poderdante con ocasión de la reclamación, el crédito de libranza se otorgó por Banco Pichincha al señor **NELSON OSPINA TOBON**, por **COMPRA DE CARTERA**, al Banco **BBVA**, por lo cual el día 16 de junio de 2017, Banco Pichincha le giro al Banco **BBVA**, un cheque por valor de \$ 44.490.909.00, documentos que se allegan en fotocopia en el acápite de pruebas. Por lo anterior se deberá probar lo aquí afirmado.*

AL HECHO SEXTO: *El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por tratarse de aspectos, de orden personal, médico y laboral, solamente conocidos por la persona a*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

la que se refiere el hecho, razón por la cual se deberá probar lo afirmado al respecto.

AL HECHO SEPTIMO: *El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por no haber sido ella, quien le otorgó al Demandante el crédito de libranza aludido dentro de este hecho, sino, **BANCO PICHINCHA**, razón por la cual desconoce las condiciones, impuestas por esta entidad financiera, a su Deudor. Por lo anterior se deberá probar lo aquí afirmado.*

AL HECHO OCTAVO: *El contenido del presente hecho, no le consta a mi Poderdante, habida cuenta que en atención al contenido del Acta, suscrita con fecha 17 de Noviembre de 2017 por la **JUNTA MEDICO LABORAL DE POLICIA**, quien fue calificado, fue el Señor **IJ. NELSON OSPINA TOBON**, al que igualmente le fue notificada el día 24 de noviembre de 2017, y no su "**apoderado**", por lo tanto se deberá probar.*

AL HECHO NOVENO: *El contenido del presente hecho es cierto.*

AL HECHO DECIMO: *El contenido del presente hecho es parcialmente cierto.*

*Si bien, resulta cierto, que en atención al contenido del Acta suscrita con fecha 17 de Noviembre de 2017 por la **JUNTA MEDICO LABORAL DE POLICIA**, calificó al Señor, **IJ. NELSON OSPINA TOBON**, con una disminución de pérdida de capacidad laboral equivalente al 62.10%, no es menos cierto, como lo demuestra el contenido de la mencionada acta, que las patologías que dieron origen a su incapacidad le habían sido diagnosticadas al mencionado Señor, años antes al del otorgamiento del crédito de libranza por compra de cartera, por parte de la entidad financiera y la consecuente inclusión en la póliza vida grupo, quedando claro que para el momento en que este suscribió la declaración de asegurabilidad base de su inclusión en el Seguro Vida Grupo,*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*este, oculto de manera consiente, las patologías que padecía tales como **TOXOPLASMOSIS OCULAR CON PERDIDA DE VISION DE SU OJO DERECHO e HIPOTIROIDISMO**, como también de su conociendo respecto a que iba a ser calificado, tal como lo demuestra no solamente el acta referida sino, su historia clínica, documentos que se allegarán en el acápite de pruebas. El presente hecho se deberá probar.*

AL HECHO DECIMO PRIMERO: *El contenido del presente hecho es parcialmente cierto, por las siguientes razones:*

*a) El atención al contenido del escrito "**DERECHO DE PETICION**", de fecha 9 de abril de 2019, fue el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, quien directamente lo suscribió y dirigió la mencionada comunicación al **BANCO PICHINCHA**, y no como se dice dentro del presente hecho su Apoderado razón por la cual se deberá probar este aspecto.*

*b) Si bien es cierto que mediante el derecho de petición de fecha 9 de Abril de 2019 el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, elevó al Banco Pichincha la solicitud aludida dentro del presente hecho, también lo es que en igual sentido hizo otras solicitudes, así mismo que la póliza de **SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES** dentro de la cual fue incluido el Señor **NELDON OSPINA TOBON**, le corresponde el No 670-16.994000000012, la cual se anexa en el acápite de pruebas.*

*Circunstancias antes relacionadas que aparecen probadas mediante "**DERECHO DE PETICIÓN**" allegado adjunto al escrito de demanda.*

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: *el contenido del presente hecho es cierto, en atención a lo consignado al respecto en comunicación de fecha 30 de Abril de 2018, dirigida por el **BANCO PICHINCHA**, al Señor **NELSON OSPINA TOBON**, y dentro de la cual al respecto le manifiesto: " Ahora bien, le confirmamos el recibo de su documentación le será remitida de inmediato a la compañía*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

aseguradora, quien es la encargada del estudio durante un lapso de tiempo de treinta (30) a sesenta (60) días hábiles, y notificará directamente a usted sobre el mismo.”, comunicación que obra dentro del proceso por haber sido aportada ajunto al escrito de Demanda.

AL HECHO DECIMO TERCERO: *El contenido del presente hecho es parcialmente cierto por las siguientes razones:*

*Teniendo en cuenta que fue **BANCO PICHINCHA**, quien dio aviso de siniestro a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, como también, que en respuesta a comunicación **SDO-1.504-RUI-6736**, que esta le envió con de fecha 11 de Mayo de 2019, aportó, con el fin de formalizar la reclamación, los documentos solicitados allí solicitado, exceptuando la copia de la historia clínica del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, pero a pesar de esta falencia, la compañía aseguradora, dentro del término de ley le dio respuesta a **BANCO PICHINCHA**, de la reclamación mediante comunicación **OBSP-18- 1.058-RUI -6736**, de fecha 22 de Mayo de 2019, por medio la cual, con fundamento en la condiciones generales de la póliza Vida grupo Deudores y de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 1058 de Código de Comercio **OBJETO LA RECLAMACIÓN**, presentada declinando el pago de la indemnización; decisión que oportunamente le fue informada al Señor **NELSON OSPINA TOBON**, tanto por el banco, como por **DELIMA MARSH**, mediante comunicación de fecha 27 de Junio de 2018, la cual obra dentro del proceso por haber sido aportada adjunto a la demanda, y no como erradamente se afirma dentro del presente hecho, razón por la cual se deberá probar.*

AL HECHO DECIMO CUARTO: *El contenido del presente hecho es cierto, en atención a lo consignado en comunicación **OBSP-18-1.058-RUI -6736**, de fecha 22 de Mayo de 2019, enviada por mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** al **BANCO PICHINCHA**, específicamente al contenido de su párrafo final.*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

AL HECHO DECIMO QUINTO: *El contenido del presente hecho no es cierto por las siguientes razones:*

a) *Ni el Código de Comercio, la Jurisprudencia, y las condiciones generales y las especiales de la póliza vida grupo Deudores, obligan a la compañía Aseguradora a realizar examen médico alguno a quien funja como “**apoderado**” del Asegurado en ninguna de las fases del contrato de seguro es decir, antes, dentro de la etapa de su formación y en la de su consecuente desarrollo, como erradamente se reclama dentro del presente hecho, al manifestar “**Nunca durante los tramites realizado para la toma de la póliza, la entidad aseguradora acudió ante mi apoderado con el fin de realizar algún examen médico para verificar su estado de salud.**” obligación de verificar el estado de salud que la asegurado ni siquiera la tiene frente al asegurado, y menos como ocurrió en el caso del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, quien claramente al diligenciar la declaración de asegurabilidad manifestó encontrarse en buen estado de salud a la fecha de suscripción del referido formato.*

b) *El artículo 1039 del C. de Co., dispone que “el Seguro puede ser contratado por un tercero determinado o determinable En tal caso, al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada. No obstante, al asegurado corresponden aquellas obligaciones que no puedan ser cumplidas más que por él mismo. (La negrilla fuera de texto)*

Es así, como en los Seguros Vida Grupo Deudores, la póliza matriz, es tomada por un tercero, en favor de un grupo indeterminado de personas, las que por mediar crédito otorgado por este, y por ende tener interés asegurable, son vinculadas a la póliza mencionada mediante la expedición de un certificado individual de seguro, el que si bien es cierto es expedido por la Aseguradora, también lo es, que esta, tanto en la etapa previa como en la de formación del contrato de seguro, no tiene contacto

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*directo con dichos asegurados pues, quien lo tiene es el Tomador, pero no por ello el asegurado se encuentra exentos de dar cumplimiento a lo ordenado por el código de comercio en su Artículo 1058 del Código de Comercio, respecto de su obligación de declarar el “estado del riesgo”, haciéndolo de manera espontánea y sincera “ **El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario puesto a su disposición por el asegurador...**”, por ser este quien tiene conocimiento de su estado de salud, razón por la cual en atención al contenido del artículo 1158 del Código de Comercio “ **Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá el asegurado considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones que su infracción diere lugar.**”*

Con relación a este asunto la Corte Suprema de justicia en sentencia SC2803-2016, Radicación No.05001-31-03-003-2008-00034-01. MP Fernando Giraldo Gutiérrez, manifestó lo siguiente:

“Ahora bien, 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...”

*c) Ahora bien en atención al formato declaración de asegurabilidad, el señor **NELSON NOSPINA TOBON**, quien fue el que con fechas Junio 8 de 2017, lo diligencio y firmo, en señal de aceptación con fecha Junio 8 de 2017 declarando textualmente:*

*“yo **NELSON OSPINA TOBON**, identificado con la cédula ciudadanía No. 18.896.778, el abajo firmante declaro que:*

(X) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.”

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*Omitiendo de manera deliberada informar su verdadero estado de salud, por cuanto era de su entero conocimiento que a la fecha y desde hacía varios años, le había sido diagnosticado **HIPERTIROIDISMO NO ESPECIFICADO Y TOXOPLASMOSIS OCULAR**, haciendo incurrir a la Compañía Aseguradora, con su proceder reticente en error, la cual ante la declaración del mencionado Señor de gozar de buen estado de salud, y en el entendido de que este obraba de BUENA FE, no considero necesario enviarlo a examen médico ni practicarle exámenes adicionales, habida cuenta que este, no declaró sufrir de enfermedad preexistente alguna, máxime si se tiene en cuenta que esta no se constituye en una obligación de la compañía.*

Por lo anterior se deberá probar la obligación que se pretende atribuir a mi Poderdante en el sentido de realizar examen médico Apoderado, del Asegurado-Demandante para verificar su estado de salud.

AL HECHO DECIMO SEXTO: *El contenido del presente hecho no le constas a mi Poderdante por las siguientes razones :*

*a) Como lo manifiesta la parte Actora, la funcionaria a la cual se refiere el actor labora para **BANCO PICHINCHA** y no para mi poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, la cual por las razones consignadas en el literal b) del **HECHO DECIMO QUINTO**, de la presente contestación de demanda, tanto en la etapa previa como en la de formación del contrato de seguro, no tiene contacto directo con ninguno de los interesados, por cuanto quien atiende de manera directa a estos es el **BANCO PICHINCHA** en su calidad de Tomador, por intermedio de sus funcionarios quienes dicho sea de paso, no solamente cuentan con una vasta experiencia en el campo financiero y de los seguros, sino, que se encuentran debidamente capacitados para brindar asesoría al cliente, evitando caer en artilugios, además teniendo en cuenta el nivel educativo (técnico) y la formación del Señor **OSPINA TOBON**, resulta apenas lógico, que este, tiene suficiente*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*capacidad para leer y entender sin explicación o ayuda alguna el contenido de los formularios que fueron puesto a su disposición por Banco Pichincha, para su diligenciamiento y aceptación, entre ellos el formato de declaración de asegurabilidad, cuyo contenido no ofrece complejidad alguna, máxime si se tiene en cuenta que este ya tenía conocimiento del contenido de dicho documento por demás sencillo, por las razones consignadas al **HECHO TERCERO, numeral b)** de la presente contestación demanda.*

*b) Lo afirmado dentro del presente hecho respecto a “ Nunca, durante los trámites realizados para la toma de la póliza la asesora de la entidad financiera explico a **mi apoderado** que el **seguro por incapacidad no procedía en caso de una enfermedad preexistente.....**” (la negrilla fuera de texto), evidencia que el Asegurado hoy demandante se encontraba además asesorado por un Abogado, quien actuaba en calidad de apoderado de este, que por lógica debe de tener conocimiento en la materia sobre la que presta asesoramiento, entonces me pregunto porque su apoderado no le aconsejo que declarara de manera sincera su verdadero estado de salud, para que no incurriera en reticencia?., Ahora bien, si el asegurado en el momento en que fue requerido para que diligenciara la **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**, tenía conocimiento de las patologías que padecía de vieja data, y no tenía conocimiento de “...que el **seguro por incapacidad no procedía en caso de una enfermedad preexistente.....**” (la negrilla fuera de texto), entonces porque se negó a declarar su verdadero estado de salud, omitiendo informar en la declaración de asegurabilidad las patologías preexistentes?, y el cual era de su pleno conocimiento, la respuesta resulta apenas lógica su omisión fue deliberada, porque tenía pleno conocimiento al respecto. Por las razones antes expuestas se deberá probar el contenido del presente hecho.*

AL HECHO DECIMO SEPTIMO: *El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, razón por la cual deberá*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*probarse, máxime si se tiene en cuenta que quien suscribió la declaración de asegurabilidad ocultando su verdadero estado de salud fue el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, pues como obra dentro de la misma, declaro de manera libre, y en la forma consignada dentro del acápite:*

**DECLARACION DE ASEGURABILIDAD OTRAS LINEAS DE CREDITO
(EMPRESAS Y LIBRANZAS)**

“(x) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad no se encuentra de alguna manera reducida”,

*Omitiendo a sabiendas declarar las patologías que le habían sido diagnosticas desde varios años atrás y por las cuales se encontraba sometido a tratamiento médico, y farmacológico lo que indica que si bien es cierto, su “... Apoderado no tuvo la intención de ocultar ningún tipo de enfermedad o procedimiento medico.....”, si la tuvo el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, tal como lo demuestra la declaración de asegurabilidad diligenciada por él, y obrante dentro del proceso por haber sido aportada con la demanda.*

AL HECHO DECIMO OCTAVO: *El contenido del presente hecho no es cierto, razón por la cual se deberá probar por la siguientes razones:*

*a) Contrario a lo que se afirma dentro del presente hecho el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, no pudo haber firmado póliza alguna habida cuenta que la Póliza Vida Grupo Deudores No 670-16-9940000000012, dentro de la cual se incluyó al mencionado Señor es una póliza matriz que no admite sino la firma del **ASEGURADOR** y del **TOMADOR**, una vez expedida esta, y de ahí en adelante por mediar solicitud del Tomador, **BANCO PICHINCHA**, y cada que se admite un **DEUDOR ASEGURADO**, la Compañía aseguradora, lo que expide es un certificado individual, para el caso el anexo 193, el cual igualmente en su original aparece firmado por el Asegurador y el Tomador y nunca por el Asegurado,*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

documentos antes relacionados que se allegan en el acápite de pruebas de la presente contestación de demanda.

b) Por sustracción de materia y con fundamento en lo dicho en el literal anterior, la Funcionaria de Banco Pichincha, no le pudo haber dado asesoría al Asegurado hoy Demandante para que firmara un documento que no obraba en su poder, y por demás no admitía firma alguna por parte de este, habida cuenta que la póliza matriz se expidió el 1 de Octubre de 2013 y la inclusión a esta del Asegurado se hizo con posterioridad al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, que para la compañía Aseguradora, se constituyen en un documento previo y por demás base para la aceptación e inclusión del asegurado en la póliza, mediante la expedición del correspondiente certificado individual para el caso el anexo 108, que se allega en el acápite de pruebas.

AL HECHO DECIMO NOVENO: *el contenido del presente hecho no es cierto, razón por la cual se deberá probar , habida cuenta que si bien es cierto que el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, fue calificado por la “Junta Médico laboral de Policía “, no es menos cierto que los aspectos consignados dentro del presente hecho tales como: La fecha de calificación, el No. del acta de la junta Médico de Policía, las patologías base de la calificación y el porcentaje de disminución de su capacidad laboral, no obedecen a lo consignado dentro del acta No 11488 atinente a la junta Médico Laboral de Policía mediante la cual se procedió a calificar la pérdida de capacidad laboral del Señor **OSPINA TOBON**.*

AL HECHO VIGESIMO: *El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, razón por la cual deberá probarse, habida cuenta que los aspectos supuestamente tenidos en cuenta por la policía Nacional para el retiro de la institución del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, no obedecen a lo consignado en acta de*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

calificación de pérdida de capacidad laboral No 11488, de fecha Noviembre 17 de 2017 aportada con la demanda de manera incompleta.

AL HECHO VIGESIMO PRIMERO: *El contenido del presente hecho no es cierto razón por la cual deberá probarse, por las razones que se expondrán seguidamente no sin ante aclarar que no es el **HECHO SEPTIMO**, de la Demanda el que se refiere al Acta No 11488 de Calificación de disminución de pérdida de capacidad laboral del Señor **NELSON OSPIN TOBON**, sino el **OCTAVO**.*

1) *El Decreto 1796 de 2000, determina el procedimiento previo que debe adelantar el miembro de la Policía Nacional, que pretenda o deba ser sometido a valoración por la Junta Medico Laboral de la Policía, por cualquiera de causales previstas en el artículo 19, debiendo aportar todos y cada uno de los soportes exigidos por el artículo 16 del mencionado Decreto, Soportes que como resulta lógico no pueden se pueden aportar sin el previo conocimiento del paciente quien, oportunamente es informado por su médico tratante respecto del objetivo de los mismos, y ante todo de la razón de orden médico, consignada en documento denominado concepto médico que debe ser emitido por un especialista en la patología padecida por este, donde se especifica: el diagnóstico, evolución, tratamientos realizados y secuelas de las lesiones o afecciones que presente el interesado en la calificación.*

2) *Si bien es cierto, que el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, se enteró el día 24 de Noviembre de 2017, mediante notificación personal del porcentaje de la calificación que le otorgado la Junta Medico Laboral, por concepto de su disminución de capacidad laboral, también lo es, que no es cierto, lo manifestado dentro del presente hecho, por cuanto para día 8 de Junio de 2017, fecha en que al menos diligenció los documentos necesarios para finiquitar los tramites de compra de cartera de libranza del BBVA, que efectuaba ante Banco Pichincha, entre ellos la*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*declaración de Asegurabilidad, el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, si tenía conocimiento respecto a que se llevaban a efecto los trámites necesarios para su calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, por parte de la Junta Medico Laboral de la Policía, ante todo no solamente por las graves patologías que lo aquejaba, sino también por las graves secuelas que le había causado la **TOXOPLASMOSIS OCULAR**, que padecía desde el año 1997, por la que igualmente venía siendo tratado por Oftalmología, sufriendo ya para la fecha antes relacionada la secuela causada por dicha patología consistente en “ceguera legal por ojo derecho y cicatrices corio retiniana”, secuela por la cual se le debió otorgar “excusa parcial” por la que solo ejecutaba actividades laborales diurnas con las debidas restricciones, según nota obrante en su historia clínica desde el día 10 de Mayo de 2017, fecha en la cual igualmente se le remitió a oftalmología para que emitiera concepto para medicina laboral, diagnóstico y solicitud de remisión a medicina laboral, por “**CEGUERA LEGAL OD**”, que reitero el **OFTAMOLOGO MARIO JIMENEZ**, quien lo trataba de manera particular , todo lo anterior lo refleja las notas dispuestas en su historia clínica de Sanidad de la Policía, que me permito transcribir, y las cuales demuestran que el mencionado Señor para el día Junio 8 de 2017, por sustracción de materia tenía pleno conocimiento de que se habían Iniciado los trámites para su valoración de pérdida de capacidad laboral, por parte la Junta Médico Laboral de la Policía.*

NOTAS OBRANTES EN HISTORIA CLINICA

*Mayo 10 de 2017 “**MOTIVO CONSULTA: VIENE A CONSULTA PORQUE REFIERE “ESTOY VIENDO MAS MAL CADA DÍA” HACE 8 MESES ESTA EN CONTROL CON OFTALMOLOGIA.** (El subrayado fuera de texto)*

*“**ENFERMEDAD ACTUAL: TIENE ANTECEDENTES DE TOXOPLASMOSIS OCULAR CON DX DE CEGURA LEGAL POR OJO DERECHO Y CICATRICES CORIO RETINIANAS**.....”*

TRAE EXCUSA PARCIAL POR OFTALMOLOGIA CON ACTIVIDADES DIURNAS BUENA LUZ Y EVITAR EXPOSICIÓN PROLONGADA AL COMPUTADOR SE REMITE A OFTAMOLOFIA PARA CONTROL Y CONCEPTO PARA MEDICINA LABORAL.”

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

"OFTALMOLOGIA: CONSULTA POR DISMINUCION DE VISION LEJANA AP TOXOPLASMOSIS OCULAR, CONTROLES CADA 6 MESES, AL EXAMEN FISICO AV OD 20/200 OJO OI NORMAL OI 20/25 CON SNELE, F OJO CICATRICES MACULARES NUEROSIS PRDUZCAS E F OJO DERECHHO, OI NORMAL PINR ROJO RETINIANO BILATE"

Observaciones: TRANSCRIBO EXCUSA POR OFTALMOLOGIA PACIENTE CON DX DE TOXOPLASMOSIS RETINAL Y CEGUERA LEGAL POR OJO DERECHO CON RECOMENDACION DE SOLO ACTIVIDADES DIURNAS, CON BUENA LUZ EVITAR ACTIVIDADES PROLONGADAS CON COMPUTADOR. (El subrayado fuera de texto)

Mayo 18 de 2017 "MOTIVO CONSULTA PARA TRANSCRIPCION."

"ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUE VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DÍAS A PARTIR DEL 18/05/17, DADA POR OFTALMOLOGIA NO RALIZAR TRABAJOS NOCTUNO, NI USAR POR LARGO TIEMPO EL COMPUTADOR TIENE PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFALMOLOGIA." (Subrayado fueras de texto)

Mayo 23 de 2017 "MOTIVO CONSULTA VALORACION "

"ENFERMEDAD ACTUAL: REMITIDO DE MEDICINA GENERAL PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOTICADA DESDE 1997, EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA PARTICULAR DR MARIO JIMENEZ (ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS) QUIEN HACE IDX: CEGUERA LEGAL OD Y SOLICITA VALORACION POR MEDICINA LABORAL

CUADRO DE SIETE MESES DE EVOLUCION DE OJO ROJO OCASIONAL AO. ASOCIADO A LAGRIMEO OCASIONAL AO NO CAMBIOS DE AGUDEZ VISUAL (El subrayado fuera de texto).

ANTENCEDENTES:.....

-OFTAMOLOGICOS: TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOSTICADA EN 1997 HIPERTIROIDISMO.

Mayo 26 de 2017 "ENFERMEDAD ACTUAL. VIENE PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 7 DIAS A PARTIR DEL 26 /05/2017. SOLO, LABORES DIURNAS....."

"DIAGNOSTICO: OCULOPATIA DEBIDO A TOXOPLASMA"

Junio 2 de 2017 "MOTIVO CONSULTA. TRANSCRIPCION"

"ENFERMEDAD ACTUAL: VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DEL 2/06/17....."

"DIAGNOSTICO: OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA."

Junio 23 de 2017 "MOTIVO CONSULTA PARA TRANSCRIPCION"

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

"ENFERMEDAD ACTUAL: VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DEL 23/06/17....."

"DIAGNOSTICO: OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA."

Junio 27 de 2017 **"MOTIVO CONSULTA PARA TRANSCRIPCION"**

"ENFERMEDAD ACTUAL: VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION."

*En consecuencia, queda establecido que el Demandante, para el día 8 de Junio de 2017, fecha en la que entre otros documentos diligenció y aceptó la **DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**, tenía pleno conocimiento de que se adelantaban los trámites requeridos para su valoración ante la Junta Medico Laboral de la Policía, y su consecuente calificación de pérdida de capacidad laboral con fundamento en las patologías que le habían sido diagnosticadas desde años atrás : **TOXOPLASMOSIS DE OJO DERECHO CON PERDIDA DE VISION**, desde el año 1997, e **HIPOTIROIDISMO** desde el año 2011, cuya calificación como resultaba apenas lógico conllevaría su retiro de la institución no solamente por las graves patologías sufridas, sino por la grave secuela que la toxoplasmosis ocular le causo a su ojo derecho es decir la pérdida de visión, que para el ejercicio de a su actividad laboral representaba una limitante no permitida.*

AL HECHO VIGESIMO SEGUNDO: *El contenido del presente hecho no es cierto, por lo que se deberá probar, habida cuenta que mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, Objetó la reclamación presentada por **BANCO PICHINCHA**, con fundamento en circunstancias propiciadas por el mismo asegurado, por cuanto al momento de diligenciar la **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**, a sabiendas de las patologías que padecía de tiempo atrás y que por la gravedad y secuelas se encontraba en proceso de valoración omitió declarar su verdadero estado de salud, obrando de mala fe; así mismo este recibe una pensión que le permite sufragar sus gastos, igualmente su salud ya afectada para el momento de su retiro, sigue siendo*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

atendida por la institución, lo que indica que su derecho al mínimo vital no se encuentra comprometido, ni tampoco su salud.

AL HECHO VIGESIMO TERCERO: *El contenido del presente hecho no le consta a mi Poderdante, por tratarse de circunstancias de inherentes a la esfera económica y familiar del Demandante, las cuales son ajenas a mi poderdante, sin embargo vale la pena resaltar que en atención a lo declarado por el Demandante en “**FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL**”, posee vivienda propia, vehículo, y los gastos familiares declarados para entonces solo ascendían a la suma de \$ 200.000.00.*

AL HECHO VIGESIMO CUARTO: *El contenido del presente hecho es cierto.*

AL HECHO VIGESIMO QUINTO: *El contenido del presente hecho es cierto.*

AL HECHO VIGESIMO SEXTO: *El contenido del presente hecho, no le consta, a mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, razón por la cual se deberá probar, habida cuenta que lo aquí afirmado, no resulta de recibo, máxime si se tiene en cuenta que el Demandante, , no es persona de bajo nivel escolar, pues, cuenta con estudios superiores a nivel técnico, además por su formación como miembro de la Policía Nacional, dentro de la cual para el día 8 de Junio de 2017, en el que suscribió entre otros documentos la **declaración de asegurabilidad**”, llevaba 23 años como miembro activo de dicha institución, ocupando el cargo de Intendente Jefe, por ende habiendo recibido formación calificada, lo que indica que no es persona a la cual se le pueda engañar, direccionar o impedir se entere del contenido de unos documentos puestos a su disposición para su diligenciamiento y firma, o lo haga sin enterarse previamente de su contenido, argumentado que fue engañado por una persona que no deviene beneficio alguna con las omisiones en*

Maria Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

las cuales incurrió el mencionado señor a no dudarlo de manera intencional.

AL HECHO VIGESIMO SEPTIMO: *El contenido del presente hecho es cierto, en atención al acta allegada con la demanda.*

AL HECHO VIGESIMO OCTAVO: *El contenido del presente hecho es cierto, en atención al acta allegada con la demanda.*

AL HECHO VIGESIMO NOVENO: *El contenido del presente hecho es cierto, en atención al acta allegada con la demanda.*

AL HECHO TRIGESIMO *contenido del presente hecho no le consta a mi poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, por tratarse de un asunto de orden económico del demandante, que deberá probarse.*

PRONUNCIAMIENTO RESPECTO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

*Actuando en nombre y representación de **ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA**, manifiesto a usted, que esta se opone a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones incoada con la presente demanda (declarativa y condenatoria) procediendo a pronunciarme con relación a cada una de ellas, en los siguientes términos:*

*a) Respecto a lo solicitado en el acápite de **PRETENSIONES DECLARATIVAS***

DECLARACION PRIMERA: *Mi poderdante se opone a la prosperidad de la presente solicitud, habida cuenta que si bien es cierto, por mediar crédito No. 3302812 otorgado por **BANCO PICHINCHA**, al señor **NELSON OSPINA TOBON**, este fue incluido, dentro del grupo de Asegurados de la **POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No 670-16-994000000012**, también, lo es, que en atención a lo dispuesto*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*por el artículo 1058 del Código de Comercio dicho contrato se encuentra afectado por Nulidad relativa por reticencia provocada por el Asegurado al diligenciar la declaración de asegurabilidad, oportunidad en la que omitió declarar de manera veraz y sincera su verdadero estado de salud, el cual era de su pleno conocimiento, por encontrarse sometido a tratamientos médicos, habida cuenta que según notas médicas 12 de Septiembre de 2016 y 23 de Mayo de 2017, obrante dentro de su historia clínica de la Dirección Sanidad de la Policía, desde el año 1997 había sido diagnosticado con **TOXOPLASMOSIS OCULAR**, y desde el año 2011 con **HIPOTIROIDISMO**, post yodo terapia, según nota médica de fecha 28 de Noviembre de 2011, obrante dentro de la referida historia clínica, es decir, que antes de ser incluido en la póliza vida grupo Deudores, lo que se traduce en que para el momento de su inclusión no gozaba de un buen estado de salud, como lo manifestó al diligenciar, y firmar en señal de aceptación el formato de **DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**, y es claro que no gozaba de un buen estado de salud por cuanto su habilidad física se encontraba reducida, por la presencia de las patologías antes relacionadas, las que fueron determinantes para su calificación por pérdida de capacidad laboral, llevada a efecto con fecha 17 de Noviembre de 2017, parte de la Junta Médico Laboral de la Policía.*

DECLARACION SEGUNDA: *Mi Poderdante, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, igualmente se opone a la prosperidad de la presente declaración habida cuenta que tal como se evidencia del contenido del Acta de **JUNTA MEDICO LABORAL DE POLICIA. No 11488**, de fecha 17 de noviembre de 2017, mediante la cual se valoró la pérdida de capacidad laboral del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, en su calidad de Intendente Jefe, de la Policía Nacional, ni el porcentaje de disminución de capacidad laboral, como las patologías diagnosticadas al mencionado Señor, base para su calificación corresponden a las consignadas dentro de la presente Declaración.*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*b) Con relación a lo solicitado en el acápite de **PRETENSIONES CONDENATORIAS**, en los numerales **PRIMERO** al **OCTAVO**, no están destinadas a prosperar, por no haber sido mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**, quien dio lugar a la reticencia y por ende a la nulidad relativa del contrato de seguro distinguido con la póliza No **670-16-994000000012**, sino, el Asegurado, Señor **NELSON OSPINA TOBON**, por haber omitido, informar en su declaración de asegurabilidad, su verdadero estado de salud a pesar de tener pleno conocimiento de las graves patologías que padecía, las que a todas luces según sus historias clínicas le habían sido diagnosticadas años atrás y por las cuales recibía tratamiento médico, es decir, se encontraban presentes para el día en que diligencio la mencionada declaración de asegurabilidad, esto es **8 de Junio de 2017**, omisión que llevo a efecto de manera deliberada y consiente, faltando a su deber de declarar de manera sincera y veraz los hechos o circunstancias que determinaban el estado del riesgo, tal como lo dispone el artículo 1058 del Código de Comercio, y lo cual conlleva a la nulidad relativa del contrato de seguro, que a todas luces impide el reconocimiento de todas y cada de las pretensiones condenatorias consignadas en los numerales primero al octavo del presente acápite.*

EXCEPCIONES DE MERITO

Me permito proponer las siguientes:

1.- NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES DISTINGUIDO CON LA POLIZA No 670-16-994000000012, ANEXO 193 POR RETICENCIA SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO DE ACUERDO A LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

*El artículo 1058 del Código de Comercio, presta especial atención al deber de lealtad y cuidado que ha de observar el Asegurado al suscribir la **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**, imponiéndole la*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

obligación de “...declarar sinceramente los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea puesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador lo hubieren retrotraído de celebrar el contrato , o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.....”, por cuanto como resulta apenas lógico, el único que tiene conocimiento fidedigno respecto del estado del riesgo, en especial de su estado de salud, es el propio asegurado, circunstancia que justifica, la imposición a este, del deber de obrar de manera recta en la declaración de asegurabilidad que haga, tal como lo ha sostenido la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en diferentes sentencias, entre ellas CSJ SC 19 mayo. 1999, rad. 4923; SC 19 dic. 2005, rad. 1997-5665; y SC 1° sep. 2010, rad. 2003-00400, en este sentido:

“la imposición de un especial deber de conducta para obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga, lo cual le prohíbe callar información relevante que a su disposición se halla y que en condiciones normales no es asequible para el asegurador”.

En caso contrario, en virtud de la buena fe contractual, que debe de estar presente en todo contrato de seguro, el Tomador o Asegurado debe de afrontar las consecuencias de su actuar desviado.

*Igualmente la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2803-2016, Radicación N° 05001-31-03-003-2008-00034-01, Magistrado Ponente **FERNANDO GIRALDO GUTIERREZ**, dijo :*

“9.El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibídem, según el cual

[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiera en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, 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.

Al respecto la Sala en SC 1º jun. 2007, rad. 2004-00179-01, precisó como.

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*[d]el referido texto legal [artículo 1058 del Código de Comercio] se puede deducir lo siguiente: (...) 4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas (...) 4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.....
.....
.....”*

Respecto de los Seguros Colectivos de vida dijo:

“ahora bien no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que contrata por cuenta de un tercero determinado o determinables, 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 existencia de ellas al momento de adquirirlo.”

*Para el caso específico, el día **8 de junio de 2017**, el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, en su calidad de Deudor del **BANCO PICHINCHA**, y con el fin de ser incluido en la **POLIZA DE SEGURO***

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

VIDA GRUPO DEUDORES No.670-16-994000000012 (Matriz), diligenció la declaración de asegurabilidad dentro de la cual textualmente declaro: que se encontraba gozando de buen estado de salud y por ende su habilidad física no en encontraba reducida, procediendo a estampar su firma y huella dentro del mencionado documento en señal de aceptación así:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, OTRAS LINEAS DE CREDITO (EMPRESAS Y LIBRANZAS).

“yo NELSON OSPINA TOBON, identificado con la cédula ciudadanía No. 18.896.778, el abajo firmante declaro que:

(X) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.”

En conclusión declaró, no padecer ninguna de las patologías enumeradas en el formato de declaración de asegurabilidad, ni haber sufrido o sufrir para el momento de su diligenciamiento enfermedad alguna, es decir, **“En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.”**, procediendo a su firma tal como costa en fotocopia que se allega en el acápite de pruebas, cuando en realidad, según diferentes registros que me permito transcribir más adelante, obrantes dentro de su historia clínica, emitida por la **DIRECCION DE SANIDAD**, de la Policía, había sido diagnosticado con patologías tales como:

a) HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO, DE MANEJO MEDICO, diagnosticada, desde el año 2011.

b) TOXOPLASMOSIS DEL OJO DERECHO QUE LE DEJO COMO SECUELA CEGUERA, diagnosticada desde el año 1997

Patología que igualmente se ratifican en el Acta No 11488 de la Junta Medico Laboral de la Policía que fueron fundamento para la

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral del Señor **NELSON OSPINA TOBON.***

1-HISTORIA CLINICA, del Señor NELSON OSPINA TOBON, emanada de la DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL, antes anunciada de la que afloran los siguientes hallazgos:

Noviembre 28 de 2011, consulta Medicina General, se le diagnostica **"HIPOTIRODISMO NO ESPECIFICADO"**, se ordena análisis de sangre para THS, a fin de medir los niveles de la hormona estimulante de la tiroides.

24 de enero de 2012, con fundamento en el resultado del examen de laboratorio de THS, con diagnóstico **"OTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DE LA GLANDULA TIROIDES"**, se remite por medicina general a **ENDOCRINOLOGIA.**

Abril 11 de 2012, " **ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA.....Por Hipertiroidismo tiene pendiente cita para Mayo le solicita T4 LIBRE TSH y CUADRO HEMATICO GAMAGRAFIA CON BOSIO DIFUSO CON INDICE DE ATRAPAMIENTO POR ENCIMA DE LOS RANGOS NORMALES QUE ASOCIADO A LA CLINICA DE HIPERTIROIDISMO Y THS SUPRIMIDA SUGIERE PRESENCIA DE ENFERMEDAD GRAVE QUEDA A CRITERIO CLINICO ICONSIDERAR TERAPIA CON 131 DOSIS CALCULADA ENTRE 30 Y 25 MICROCURIES."** se diagnostica con **"TIROXICOSIS CON BOCIO DIFUSO"**

Noviembre 14 de 2012 "ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL: 1, control de TSH y T4 libre por que sufre HIPERTIROIDISMO ya se le realizaron terapias con yodo reactivo....." **DIAGNOSTICO "Trastorno de la glándula tiroides no especificado"**

Junio 26 de 2013 se le prescribe **"LEVOTIROXINA X 75 D DIARIAS #100"**

Octubre 3 de 2013 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Enero 3 de 2014 Diagnóstico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO"**, tratamiento con **LEVOTIROXINA**, debe estar en control con especialista 1º 2 veces al año.

Febrero 3 de 2014 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Marzo 3 de 2014 Diagnostico: **HIPOTIROIDIMO NO ESPECIFICADO.**

Noviembre 12 de 2014 Diagnóstico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Mayo 25 de 2015 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Julio 7 de 2015 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

Septiembre 16 de 2015 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Noviembre 9 de 2015 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Enero 5 de 2016 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Febrero 5 de 2016 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Marzo 3 de 2016 Diagnóstico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Julio 18 de 2016 Diagnóstico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO**

Septiembre 12 de 2016 "MOTIVO CONSULTA POR CONTROL DEL TIROIDES CON EL ENDOCRINOLOGO, POR GOLPE EN LAS COSTILLAS Y POR DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS OCULAR. " EMFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TOXOPALMOSIS EN MANEJO CON YODO REACTIVO.....REFIERE TOXOPLASMOSIS OCULAR EN MANEJO POR OFTALMOLOGIA, CONTROL SEMESTRAL. AP HIPOTIROIDISMO, TOXOPLASMOSIS" (el subrayado fuera de texto).

Octubre 19 de 2016 "MOTIVO CONSULTA PORQUE HE TENIDO MAREOS, EMFERMEDAD ACTUAL.....REFIERE DISMUCION DE AGUDEZA VISUAL DE LARGA DATA SECUNDARIO A TOXOPLASMOSIS OCULAR. AP. TIROTOXICOSIS, TOXOPLASMOSIS OCULAR...". "DIAGNOSTICO. DISMINUCION INDETERMINADA DE AGUDESA VISUAL DE AMBOS OJOS"

Abril 25 de 2017 Diagnostico: **HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO.**

Mayo 10 de 2017 "MOTIVO CONSULTA: VIENE A CONSULTA PORQUE REFIERE "ESTOY VIENDO MAS MAL CADA DÍA" HACE 8 MESES ESTA EN CONTROL CON OFTALMOLOGIA. (El subrayado fuera de texto)

"ENFERMEDAD ACTUAL:TIENE ANTESEDENTES DE TOXOPLASMOSIS OCULAR CON DX DE CEGURA LEGAL POR OJO DERECHO Y CICATRICES CORIO RETINIANAS.....
TRAE EXCUSA PARCIAL POR OFTALMOLOGIA CON ACTIVIDADES DIURNAS BUENA LUZ Y EVITAR EXPOSICIÓN PROLONGADA AL COMPUTADOR SE REMITE A OFTAMOLOFIA PARA CONTROL Y CONCEPTO PARA MEDICINA LABORAL."

"OFTALMOLOGIA: CONSULTA POR DISMINUCION DE VISION LEJANA AP TOXOPLASMOSIS OCULAR, CONTROLES CADA 6 MESES, AL EXAMEN FISICO AV OD 20/200 OJO OI NORMAL OI 20/25 CON SNELE, F OJO CICATRICES MACULARES NUEROSIS PRDUZCAS E F OJO DERECHHO, OI NORMAL PINR ROJO RETINIANO BILATE"

Maria Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

Observaciones: TRANSCRIBO EXCUSA POR OFTALMOLOGIA PACIENTE CON DX DE TOXOPLASMOSIS RETINAL Y CEGUERA LEGAL POR OJO DERECHO CON RECOMENDACION DE SOLO ACTIVIDADES DIURNAS, CON BUENA LUZ EVITAR ACTIVIDADES PROLONGADAS CON COMPUTADOR. (El subrayado fuera de texto)

Mayo 18 de 2017 "MOTIVO CONSULTA PARA TRANSCRIPCION."

"ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUE VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DÍAS A PARTIR DEL 18/05/17, DADA POR OFTALMOLOGIA NO RALIZAR TRABAJOS NOCTUNO, NI USAR POR LARGO TIEMPO EL COMPUTADOR TIENE PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFALMOLOGIA." (Subrayado fueras de texto)

Mayo 23 de 2017 "MOTIVO CONSULTA VALORACION "

"ENFERMEDAD ACTUAL: REMITIDO DE MEDICINA GENERAL PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOTICADA DESDE 1997, EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA PARTICULAR DR MARIO JIMENEZ (ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS) QUIEN HACE IDX: CEGUERA LEGAL OD Y SOLICITA VALORACION POR MEDICINA LABORAL

CUADRO DE SIETE MESES DE EVOLUCION DE OJO ROJO OCASIONAL AO, ASOCIADO A LAGRIMEO OCASIONAL AO NO CAMBIOS DE AGUDEZ VISUAL (El subrayado fuera de texto).

ANTENCEDENTES:

**-PATOLOGICOS: HIPERTIROIDIMO TRATADO CON YODOTERAPIA CON HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO.
- FARMACOLOGICOS: LEVATIRXINA 188 MCG/DIA, NAPROXENO.
-OFTAMOLOGICOS: TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOSTICADA EN 1997 HIPERTIROIDISMO."**

Mayo 26 de 2017 "ENFERMEDAD ACTUAL. VIENE PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 7 DIAS A PARTIR DEL 26 /05/2017. SOLO, LABORES DIURNAS....."

"DIAGNOSTICO: OCULOPATIA DEBIDO A TOXOPLASMA"

Junio 2 de 2017 "MOTIVO CONSULTA. TRANSCRIPCION"

"ENFERMEDAD ACTUAL: VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DEL 2/06/17....."

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

"DIAGNOSTICO: OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA."

Junio 23 de 2017 **"MOTIVO CONSULTA PARA TRANSCRIPCION"**

"ENFERMEDAD ACTUAL: VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DEL 23/06/17....."

"DIAGNOSTICO: OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA."

Junio 27 de 2017 **"MOTIVO CONSULTA PARA TRANSCRIPCION"**

"ENFERMEDAD ACTUAL: VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE INCAPACIDAD TOTAL POR 3 DIAS A PARTIR DEL 25/06/17....."

"DIAGNOSTICO: OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA."

8 de julio de 2017 **MOTIVO CONSULTA PARA TRANSCRIPCION"**

"ENFERMEDAD ACTUAL: VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 7 DIAS A PARTIR DEL 08/08/17....."

SE REMITE A CITA CON MEDICINA LABORAL. (La negrilla fuera de texto)

"DIAGNOSTICO: OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA."

2-ACTA DE JUNTA MEDICO DE LA POLICIA No.11488 DE 17 DE SEPTIEMBRE DE 2017 DEL SEÑOR NELSON OSPINA TOBON

En atención al contenido del Acta No. 11488, de fecha 17 Noviembre de 2017, LA JUNTA MEDICO LABORAL DE LA POLICIA, previo estudio de la historia clínica de Sanidad del Señor NELSON OSPINA MARIN y de acuerdo con los conceptos emitidos por los Médicos Especialistas tratantes del mencionado Señor, procedió por intermedio del Doctor JULIO CESAR TAPIA GUERRERO a Valorar al Señor OSPINA TOBON, con fecha 14 de Julio de 2017, " Tiene antecedentes de toxoplasmosis ocular derecha que recibió tratamiento médico y su valoración por oftalmología se realizó en la etapa inicial de la enfermedad . Tuvo manejo con yodo radiactivo en el año 2011 y se presenta

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

hipotiroidismo secundario que se maneja farmacológicamente...”

*Según lo consignado por la Junta médica de Policía, en el acápite **VI CONCLUSIONES**, el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, para la fecha de la valoración y consecuente calificación presentaba como antecedentes las siguientes patologías “ **A.1 TOXOPLASMOSIS DEL OJO DERECHO QUE DEJA COMO SECUELA CEGUERA; A.2 HIPOTIROIDISMO DE MANEJO MEDICO**, las cuales le generaron una disminución de **CAPACIDAD LABORAL DEL 62.10%** , decisión que le fue notificada al mencionado Señor el día 24 de Noviembre de 2017, quedando en firme por cuanto este no interpuso recurso contra esta.*

*Cotejada la declaración de asegurabilidad suscrita por el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, tanto con su historia clínica como con el acta No 11488 de fecha Noviembre de 2017, suscrita por la Junta Medico Laboral de Policía, podemos extraer algunos elementos importantes para demostrar que el asegurado incurrió en reticencia, lo que a las luces del artículo 1058 del Código de Comercio genera la **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO**, para el caso el certificado individual.*

*a) En atención al análisis de la historia clínica expedida por la entidad **DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA**, perteneciente al Señor **NELSON OSPINA TOBON**, de la cual se anexa una copia con esta contestación, se evidencia sin lugar a duda que al asegurado desde antes del 8 de Junio de 2017: le había sido Diagnosticado:*

-HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO, DE MANEJO MEDICO, diagnosticada al Señor **OSPINA TOBON**, desde el año 2011, patología por la que recibe manejo Médico por especialista endocrinólogo, siendo tratada con **LEVOTIROXINA**, que según prescripción debe tomar diariamente, razón por la cual acude mensualmente a la dirección de Sanidad de la Policía con el fin de retirar el medicamento.

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

-TOXOPLASMOSIS DEL OJO DERECHO QUE LE DEJO COMO SECUELA CEGUERA, la cual le fue diagnosticada desde el año 1997, por lo que acude control con Oftalmología cada 6 meses, la que a través de los años fue agravándose dejándole como secuela ceguera en el ojo derecho, **“PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOTICADA DESDE 1997, EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA PARTICULAR DR MARIO JIMENEZ (ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS) QUIEN HACE IDX: CEGUERA LEGAL OD Y SOLICITA VALORACION POR MEDICINA LABORAL”**, razón por la cual tal como se consigna en su historia clínica a partir del día 20 de Mayo de 2017, se le otorgó incapacidad parcial, por oftalmología debiendo solo realizar “ actividades diurnas, buena luz y evitar la exposición prolongada al computador ” la cual se le prorrogó hasta el mes de Julio de 2017.

b) La antigüedad y gravedad y secuelas de las Patologías antes descrita, determinaron su valoración de Pérdida de Capacidad Laboral en un porcentaje equivalente al 62.10% y consecuente retiro de la Policía Nacional, cuyos hallazgos clínicos, confirman que estas se encontraban presentes antes y para el momento de la inclusión del Asegurado en la póliza Vida Grupo Deudores No. 670-16-994000000012, la que se llevó a efecto el día 1 de Agosto de 2017, por solicitud de Banco Pichincha y las cuales eran de pleno conocimiento del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, por las circunstancias relevantes que dichos padecimientos le generaron, tales como los tratamientos a los que se ha debido someterse desde su diagnóstico y deberá seguirlo haciendo a lo largo de su existencia, la ingestión de medicamentos en igual forma, las secuelas permanentes que debe de afrontar, tal es el caso de la toxoplasmosis que le genero ceguera del ojo derecho por la cual se le otorgó licencia parcial desde el 2 de Mayo de 2017, hasta el mes de Julio de 2017, por cuanto para el mes de Noviembre de 2017 se le retiro de la Policía Nacional por” Incapacidad relativa permanente” “ No Apto”.

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

c) Es de anotar que el Señor **NELSON OSPINA PATIÑO**, igualmente, por las razones expresadas al dar respuesta al **HECHO DECIMO PRIMERO**, de la presente demanda, para la fecha en que diligenció la declaración de asegurabilidad tenía pleno conocimiento que se encontraba en proceso para su envío a la Junta Medico Laboral de la Policía, para su calificación de pérdida de capacidad laboral, como también que la secuela que le había generado la toxoplasmosis ocular consistente en Ceguera legal del ojo derecho, no le permitirían su estadía en la institución, pues ya venía con excusa, por la que solo se le permitía ejecutar sus actividades laborales en horas diurnas, con buena luz y sin exposición a computador.

d) De conformidad con la historia, según las notas extraídas de esta, las patologías diagnosticadas al Señor **NELSON OSPINA TOBON**, se encontraban presentes antes del diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad por parte de este, y por ende a la fecha en que la diligencio, esto es 8 de Junio de 2017, como al momento de ingreso a la póliza Vida Grupo Deudores del Banco Pichincha No 679-16-994000000012.

e) En conclusión el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, para el día en que diligenció la **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**, esto es Junio 8 de junio de 2017, tenía pleno conocimiento de haber sido diagnosticado, con: **HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO**, y **TOXOPLASMOSIS DEL OJO DERECHO QUE LE DEJO COMO SECUELA CEGUERA**, como también que se adelantaban los trámites pertinentes para su remisión a la Junta de Medico laboral de la Policía, para su calificación de Pérdida de Capacidad Laboral pero a pesar de ello tomo la determinación de ocultar estas enfermedades a la compañía.

Se resaltan los anteriores hallazgos para indicarle al operador jurídico la importancia que tiene para la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, la sinceridad y veracidad que deben guardar el Asegurado al momento declarar

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*su estado de sanidad, pues, si en el presente evento el asegurado, Señor **NELSON OSPINA TOBON**, hubiese manifestado con toda claridad y transparencia las patologías que le habían sido diagnosticadas desde tiempo atrás y por las cuales recibía tratamiento, la aseguradora hubiese podido hacer un análisis adecuado del riesgo que estaba asegurando, por medio de médicos especialistas en la materia a fin de establecer el grado de compromiso en su salud de las patologías antes relacionadas, y de acuerdo a ese diagnóstico inicial realizado hubiese podido, tomar una decisión, la cual podía consistir en exigir el pago de una prima superior a la asignada o definitivamente no incluirlo dentro del grupo asegurado, y no como efectivamente sucedió, que al momento de analizar la declaración de asegurabilidad, la compañía, fundamentada en el principio de la buena fe del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, no consideró necesario ni consultar su historia clínica y muchos menos enviarlo para ser diagnosticado por un médico, pues, dado que el mencionado Señor manifestó en su declaración de asegurabilidad no haber sufrido ni sufrir de enfermedad alguna, es decir, como lo dejo consignado en la mencionada declaración, **“En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.”**, razón por la que la Aseguradora, repito confiada en el principio de la buena fe del asegurado, procedió a incluirlo al grupo asegurado de la **POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES DEL BANCO PICHINCHA No 670-16-994000000012**, en condiciones de un riesgo normal.*

*Al presentar el señor **OSPINA TOBON**, los problemas de salud antes enunciados, diagnosticados, desde mucho antes del 8 de Junio de 2017, es decir, antes de la fecha de su declaración de asegurabilidad y su consecuente su ingreso a la póliza en comento, el riesgo asumido por la compañía resultaba más grave que en otra persona con un estado de salud en mejores condiciones, es tanto así, que el riesgo era tan elevado y por demás grave, que el asegurado, tal como obra en nota clínica de fecha 10 de Mayo de 2017, fue remitido a control con*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*oftalmología, con el fin de que emitiera concepto para Medicina Laboral (historia clínica folio 47 de 94) con fecha 23 de Mayo de 2017, según nota médica, en consulta con oftalmología, se solicita nuevamente valoración con medicina laboral (Historia Clínica Folio 50 de 94) y con fecha 8 de Julio de 2017, fue remitido a “cita con medicina laboral” para valoración (historia clínica folio 55 de 94), siendo calificado por la Junta Medico Laboral de la Policía, tal como consta en acta No.11488, con una pérdida de capacidad laboral total y permanente, por disminución de su capacidad laboral del 62.10%, que conllevo su retiro de la institución por lo cual **BANCO PICHINCHA**, elevó ante mi Poderdante **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, reclamación mediante la que solicitó la afectación del amparo **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE** de la **POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No, 670-16.994000000012**, siendo **OBJETADA** dicha reclamación y por demás, declinado el pago del saldo insoluto del crédito otorgado al Asegurado, con fundamento en los hallazgos encontrados al revisar la documentación aportada como fundamento de la reclamación entre ellos el “acta de Junta Médico laboral de la Policía, tal como obra en comunicación de fecha 22 de Mayo de 2018 **OBSP-18-1058-RUI-6736**, enviada por la Aseguradora al **BANCO PICHINCHA**.*

Se debe resaltar que la sanción por la reticencia en la información, es decir, la nulidad relativa del contrato de seguros, no se estructura por el hecho de la gravedad de la enfermedad, que presente al asegurado al momento de la suscripción del contrato y que omitió declarar, como tampoco porque esta hubiese sido la causa de su fallecimiento; en este evento lo que el legislador sanciona es la falta de sinceridad y honestidad en la declaración del estado del riesgo, según lo preceptuado en el artículo 1058 del C. de Comercio.

*Ahora bien, en la demanda se afirma que la Asesora de Banco Pichincha Lina Guerrero, puso a disposición del Asegurado varios documentos entre ellos la **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**,*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

manifestando que se trataba de una "GARANTIA" un seguro de vida o invalidez que cubriría su deuda en cualquiera de esos dos casos." (La negrilla fuera de texto) así mismo que no le dio más explicación, únicamente le solicitó firmar esos documentos.

Explicación de porqué el Asegurado omitió declarar de manera sincera su verdadero estado de salud, traída de los cabellos que no resulta de recibo, por las siguientes razones:

*a) Una persona prudente y por demás diligente no firma un documento en blanco sin antes enterarse de manera directa de su contenido, es decir sin antes leerlo, pues así se lo impone las reglas de prudencia, máxime, si se tiene en cuenta, la profesión y formación del Asegurado, como miembro desde hace 23 años, de la Policía Nacional, institución donde para la época ejercía como "INTENDENTE JEFE", según lo dejo consignado en "DERECHO DE PETICIÓN" 9 de Abril de 2018, obrante dentro del proceso por haber sido aportado adjunto a demanda, lo cual demuestra que su nivel intelectual no era precario, como también que no se trataba de una persona fácil de engañar, por lo contrario ello demuestra que una vez, leyó el formato denominado **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**, y se enteró de manera directa de su contenido, tomo la determinación de callar su verdadero estado de salud, pues era él el único que tenía conocimiento de este aspecto, procediendo a diligenciar la mencionada declaración en la forma como efectivamente aparece dentro del mismo, es decir, declarando "**en la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida**" por demás firmando y colocando su huella en señal de aceptación.*

*b) Teniendo en cuenta que **BANCO PICHINCHA** le otorgó al Señor **NELSON OSPINA TOBON**, el crédito de libranza No 3302812, por compra de cartera que hizo de un crédito de libranza que el mencionado Señor, con anterioridad había adquirido con el **BANCO BBVA**, ello demuestra que tenía experiencia en este tipo de*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*trámites bancarios de orden crediticio, habida cuenta que no era la primera vez que, adelantaba una gestión bancaria de esta índole, por lo tanto ya conocía el contenido de cada uno de los documentos y formularios que debía de diligenciar y firmar con ocasión del otorgamiento de un crédito bajo la modalidad de libranza, dentro de los cuales igualmente se encontraba la declaración de asegurabilidad, para acceder a la póliza vida grupo deudores adquirida por el mencionado banco, cuyo diligenciamiento es obligatorio, pues de no haber cumplido con este requisito el banco **BBVA**, no le hubiese otorgado el crédito, en cuyo formato se le pide que informe de manera veraz sobre su estado de salud, si padece o a padecido algún de las enfermedades descritas dentro del mismo, como también que informe si ha padecido enfermedades diferentes a las relacionadas, razón por la cual queda sin fundamento la tesis con la cual se pretende excusar la falta de veracidad del asegurado al diligenciar la declaración de asegurabilidad ante Banco Pichincha. Se adjunta en el acápite de pruebas fotocopia del "**FORMATO COMPRA DE CARTERA**", "**FORMULARIO DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL**" y recibo de pago del crédito al Banco **BBVA**.*

En este orden de ideas, se debe precisarse que en el contrato de seguros es de suma importancia el conocimiento del riesgo, dado que su función es trasladar en todo o en parte las consecuencias patrimoniales adversas al riesgo que corre una de las partes a la otra, que lo asume, por lo tanto, la determinación precisa de aquel es esencial y definitiva.

*Las probabilidades de que el siniestro ocurra son necesariamente diferentes según la variedad de situaciones objetivas y normales, también según la persona del asegurado. Debe considerarse que el contrato de seguros no ampara un riesgo general y abstracto, sino, por el contrario, es específico y concreto e inherente a determinada situación, **LA VIDA, o LA INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE**, por lo cual para la valoración del riesgo la*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

compañía requiere conocer todas las circunstancias que puedan influir en la probabilidad de ocurrencia del evento.

Como consecuencia de lo anterior, es el esmero que ha fincado la legislación en imponerles a los asegurados la obligación de declarar con sinceridad y plenitud, las circunstancias que lo individualizan y permiten estimar sus caracteres, y la previsión específica del tratamiento de la reticencia e inexactitud en que pueda incurrir éste.

Para el asegurador, la noticia del estado del riesgo que se le propone o se le solicita asumir es fundamental sobre todo para decidir si tiene en cuenta o rechaza la propuesta y, seguidamente si decide aceptar el riesgo, determinar con base en la información suministrada por el futuro asegurado en qué condiciones económicas le sería aceptable.

Es tan estricta nuestra legislación comercial con el tema de la reticencia en el contrato de seguros, que el artículo 1158 del C. de Comercio, no exonera al asegurado del deber de declarar sinceramente su estado de salud a pesar que el asegurado haya prescindido de la práctica del examen médico para la celebración del contrato.

Consecuente con lo anterior resulta evidente, que el asegurado al callar su verdadero estado de salud, indujo en error de consentimiento a la Aseguradora, pues, declaró gozar de buen estado de salud, a sabiendas de que ello no era así, que en presencia de las condiciones antes anotadas propiciadas por la falta de veracidad del Asegurado, en su declaración de asegurabilidad, de haber procedido a consultar su historia clínica, hubiera invertido la presunción de buena fe, para presumir de entrada que el asegurado estaba mintiendo y obrando dolosamente, únicamente con la finalidad de defraudar los intereses de la compañía, lo cual no resulta aceptable en nuestro

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

régimen constitucional y legal dado que se partiría de la presunción de mala fe.

Con relación a este tema cuando la Corte Constitucional examinó la exequibilidad del artículo 1058 del C. Comercio en sentencia C-232 de 1997, dijo:

“Cuando medie cuestionario basta con el simple cotejo documental del documento clínico con el cuestionario, para tener por probada la reticencia que genera la nulidad del contrato.”

Así mismo, con relación al error de la aseguradora al celebrar el contrato, imputable a la infidelidad del asegurado, en la misma sentencia manifestó:

“ En efecto, cuando a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y por tanto es justo , que tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, nulidad o nulidad relativa salga al ámbito jurídico.|| Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe de existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza las circunstancias riesgosas omitidas o alteradas con la génesis del siniestro, sino en la ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador...” (el subrayado fuera de texto).

*En conclusión, en atención a las patologías diagnosticadas y evidenciadas en la historia clínica del señor **NELSON OSPINA TOBON**, como padecidas por este, para el día 8 de Junio de 2017, y no declaradas por él, al diligenciar la declaración de asegurabilidad, pues como se evidencia omitió su reconocimiento, queda entonces demostrado que la objeción realizada por **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, estuvo ajustada a la ley, no permitiendo la*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*activación de la cobertura **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**, reclamada por el Asegurado, lo que conlleva según nuestra regulación comercial a que se declare judicialmente la **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS** por reticencia al momento de su suscripción de la **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**.*

Solicito al Señor juez dar por probada la presente excepción de mérito.

2- PRINCIPIO DE LEALTAD Y BUENA FE EN LOS NEGOCIOS MERCANTILES

*Uno de los pilares de las relaciones contractuales privadas lo encontramos en el principio de la **BUENA FE**.*

El profesor Antonio Bohórquez Orduz afirma lo siguientes frente al principio antes enunciado:

“La Constitución también apuntala con más fuerza otro principio que se maneja con inusitada frecuencia en materia de negociación privada y es el principio de la buena fe. El artículo 83 se ocupa de ello. Dice la norma: “Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas”. Si diseccionamos la norma en los pensamientos que ella contiene, en los distintos sintagmas, como dicen los lingüistas, nos mostrará que habría que leerla de esta manera.” Las actuaciones de los particulares deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá”; y el otro dirá: “Las actuaciones de las autoridades deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá”; y el tercero rezaría: “las actuaciones de los particulares en las gestiones que éstos realicen ante las autoridades, deberá ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá. Tres pensamientos contienen la norma. El primero de ellos muy conocido en el derecho privado y elevado ahora a canon constitucional: la buena fe se presume en las relaciones entre los particulares. (...)

Esta disposición necesariamente tiene que influir en la inteligencia de las normas civiles y en la solución de los conflictos. (...)

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

Fuera de lo expuesto en párrafos anteriores, cabe indicar que en el contrato de seguros se le exige al asegurado una especial sinceridad, corrección, lealtad mayores a cualquier otro contrato, es decir, una buena fe más estricta denominada por los doctrinantes como ubérrima. Cabe destacar que en éste tipo de contratos esta condición (buena fe) adquiere una importancia especial, porque no es el asegurador, sino el asegurado el llamado gestor del riesgo ya que solamente él conoce las circunstancias aptas para identificarlo y valorarlo, dado que la verificación por parte del asegurador de los elementos indicados por el asegurado es de ordinario imposible por tratarse de acontecimientos ocurridos tiempo atrás o de naturaleza delicada.

En materia contractual el consentimiento o la voluntad de los sujetos intervinientes en un contrato ha de ser consiente, ilustrado y libre y evitar en todas sus etapas incurrir en vicios de la voluntad, que para el caso presente sería el dolo, entendido éste como error determinante provocado por la otra parte. En este caso se traduce entonces en el deber de expresar, alertar, informar, corregir la visión de los hechos y las circunstancias que rodean el proceso negocial a fin de evitar el error del otro, es decir que el asegurado tiene un deber de decencia, como lo ha entendido la doctrina francesa, con el que se ha de comportar cada uno de los sujetos que emprenden negociaciones o que se aprestan a la celebración de un contrato, compelidas social y normativamente, a colocarse en el lugar del otros y precaver descalabros y quebrantos, de manera alguna justificables con la excusa de "no se me pregunto", "no pensé que esa información tuviera importancia".

*Como se indica la buena fe debe de estar siempre presente en todos los contratos, cualquiera que sea su naturaleza tal como lo impone el artículo 1603 del Código Civil que a la letra dispone: **"Los contratos deben de ejecutarse de buena fe y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación o que por la ley pertenecen a ella."***

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

En materia de orden comercial el artículo 871 dispone “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe y en consecuencia obligaran no solo a lo pactado expresamente en ellos sino en todo lo que corresponde a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural.”

Al respecto la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC2803-2016 RAD. No. 05001-31-03-003-2008-000-34-01, de fecha marzo 4 de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez sostuvo “9.- El artículo 871 del Código del Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la “buena fe” de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por “todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural”.

“Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro a la luz del artículo 1058 ibídem,.....”

*Para el caso concreto, es así, como al momento de incluir al señor **NELSON OSPINA TOBON**, en la Póliza **VIDA GRUPO DEUDORES No 670-16-994000000012**, mi Poderdante, **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, presumió que el mencionado Señor, estaba obrando de buena fe al haber tenido la oportunidad de leer y comprender el contenido de la solicitud de asegurabilidad, el cual firmó y estampó su huella, en señal de aprobación, el día 8 de Junio de 2017; Declaración de Asegurabilidad, en cual manifestó:*

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD, OTRAS LINEAS DE CREDITO (EMPRESAS Y LIBRANZAS).

*“yo **NELSON OSPINA TOBON**, identificado con la cédula ciudadanía No. 18.896.778, el abajo firmante declaro que:*

(X) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.”

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*Circunstancia, por la cual una vez evaluado el riesgo por parte de la Aseguradora fue incluido en la póliza antes relacionada como un riesgo normal, otorgándosele el amparo básico de **MUERTE**, y el amparo de **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**.*

*Luego de haber sido calificado el mencionado Señor (asegurado) con fecha 17 de Noviembre de 2017, por la Junta Medico Laboral de Policía con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral igual al 62.10%, que equivale a una **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**, el Tomador Banco Pichincha elevo reclamación ante, la Aseguradora, solicitando la afectación del amparo **INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE**, contenido en la póliza Vida Gripo Deudores No.670-16-994000000012, por el saldo insoluto de la deuda, oportunidad en la que se pudo establecer y comprobar por parte de la compañía, con fundamento en el Acta No 11488, de fecha 17 de Noviembre de 2017, suscrita por la Junta Medico Laboral de Policía y de conformidad con la historia clínica correspondiente del asegurado y expedida por La Dirección de Sanidad de la Policía, que al Señor **NELSON OSPINA TOBON**, le habían diagnosticado con las siguientes patologías:*

***-HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO, DE MANEJO MEDICO**, diagnosticada al Señor **OSPINA TOBON**, desde el año 2011, patología por la que recibe manejo Médico por especialista endocrinólogo, siendo tratada con **LEVOTIROXINA**, que según prescripción debe tomar diariamente, razón por la cual acude mensualmente a la dirección de Sanidad de la Policía con el fin de retirar el medicamento.*

-TOXOPLASMOSIS DEL OJO DERECHO QUE LE DEJO COMO SECUELA CEGUERA**, la cual le fue diagnosticada desde el año 1997, por lo que acude control con Oftalmología cada 6 meses, la que a través de los años fue agravándose dejándole como secuela ceguera en el ojo derecho, **"PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOTICADA DESDE 1997, EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA PARTICULAR DR MARIO

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

JIMENEZ (ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS) QUIEN HACE IDX: CEGUERA LEGAL OD Y SOLICITA VALORACION POR MEDICINA LABORAL", razón por la cual tal como se consigna en su historia clínica a partir del día 20 de Mayo de 2017, se le otorgó incapacidad parcial, por oftalmología debiendo solo realizar " actividades diurnas, buena luz y evitar la exposición prolongada al computador " la cual se le prorrogó hasta el mes de Julio de 2017.

Anotación, extraídas de su historia clínica, que sin lugar a duda demuestran que el Asegurado, señor **NELSON OSPINA TOBON**, al momento de diligenciar la **DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD** , es decir el día **8 de Junio de 2017**, por demás fundamento de su inclusión en la Póliza Vida Grupo Deudores del Banco Pichincha No. 670-16-99400000012, tenía pleno conocimiento, de padecer las patologías antes relacionadas, por cuanto como igualmente se evidencia de las notas obrantes dentro de su historia clínica, no solamente le había sido diagnosticadas años atrás, sino que venía recibiendo tratamiento médico por estos padecimientos, sin embargo a pesar de ello, tomo la determinación de ocultarlas de manera consiente, induciendo en error a la aseguradora, y por ende vulnerando con tal proceder el principio de buena fe, que debe guiar todos los actos contractuales en especial al contrato de seguro, que como ya se dijo es de ubérrima buena fe.

Mi poderdante **la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, como tantas veces se ha repetido, ante la declaración de asegurabilidad rendida por el aspirante a ser tenido como asegurado, respecto a que: **(X) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.**", precisamente fundamentada en la buena fe de este, no considero necesario ni consultar su historia clínica y mucho menos enviarlo para que fuera diagnosticado por un médico, ni ordenar la práctica de exámenes adicionales, enterándose, del verdadero estado de salud que tenía el asegurado, al momento previo al de su inclusión en la

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*póliza Vida Grupo Deudores del Banco Pichincha, solo cuando la entidad bancaria le elevo reclamación en solicitud de afectación del amparo **INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL**, y esto con fundamento en el contenido del Acta de Junta Medico Laboral de la Policía, y su historia clínica, documentos que le demostraron a la Aseguradora que el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, a pesar de tener conocimiento de que padecía **HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO Y TOXOPLASMOSIS DEL OJO DERECHO**, que por demás le había sido diagnosticada la primera en el año 2011, por la que recibe tratamiento con levotiroxina diaria, y la segunda desde el año 1997, la que de hecho le dejó como secuela ceguera del OD, fue reticente y de mala fe al diligenciar su declaración de asegurabilidad pues de manera consiente omitió declarar su verdadero estado de salud, vulnerando con su proceder el principio de buena fe que debe de encontrarse presente en todos los actos contractuales, no resultando de recibo la excusa que se da en la demanda para justificar el hecho de haber faltado de manera consiente a su deber de información, habida cuenta que como se dijo al sustentar la excepción anterior con anterioridad y ante el BBVA, había solicitado y adquirido un crédito de libranza, por lo que como resulta lógico igualmente había adelantado tramites similares a los que llevo a efecto con el Banco Pichincha, pero ante todo ya conocía el contenido de una declaración de asegurabilidad porque allí también debió diligenciar un formulario similar al que diligenció ante Banco Pichincha, habida cuenta que estos tienen el mismo formato, y preguntas por tener el mismo fin, así mismo, resulta cierto que una persona con la formación intelectual del Asegurado (nivel técnico) y oficio, no incurre en el error de firmar un documento sin enterarse de su contenido y menos tratándose del trámite que realizaba el día 8 de junio de 2017, donde a todas luces quedaba comprometido su patrimonio, pues se trataba de contraer una obligación con un banco por compra de cartera que tenía con el **BBVA**.*

La compañía aseguradora una vez enterada del verdadero y real estado de salud del asegurado por las patologías presentes al

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, procedió a objetar la reclamación en la forma como lo consignó en comunicación **OBSP-18- 1.058-RUI-6736** de fecha 22 de Mayo de 2018, dirigida a Banco Pichincha.*

Al respecto la Corte Constitucional, mediante sentencia C-232/1997, por la cual se declara la exequibilidad completa del artículo 1058 del Decreto - ley 410 de 1971, expresó lo siguiente:

"B.- La infidelidad a la ubérrima buena fe.

Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines.

A la doctrina nacional del derecho de seguros no ha escapado tal noción. Así, en sus comentarios al contrato de seguro, el doctor Hernán Fabio López Blanco manifiesta que "(...) las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no 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." (Hernán Fabio López Blanco, Comentarios al Contrato de Seguro, 2a. edición, Dupré, Bogotá, 1993, pág. 118). Y el profesor Ossa dijo: "El asegurador no está obligado a verificar la exactitud de la declaración del estado del riesgo. Ni siquiera por su aspecto objetivo, menos aún por su aspecto moral. No existe norma legal que pueda invocarse para afirmar lo contrario." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 349).

En consecuencia, como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe.

Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa, ni más ni menos, sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. (la negrilla fuera de texto)

*Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece el hecho de que "el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión", agregando que "la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos. En tal sentido se dice que el seguro es **uberrimae fidei contractus**. Esta nota peculiar se manifiesta no sólo en la ejecución del contrato (...), sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Ya hemos dicho que la entidad aseguradora debe escrupulosamente cumplir con el principio de la buena fe, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro (tomador) en el momento en que éste todavía no lo es. Se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos, cuyas circunstancias el asegurador va a asumir. (...)" (Joaquín Garrigues, ob. cit. págs. 256 y 257). Naturalmente, la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio.*

Para la Corte Constitucional, es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe.

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que si el asegurador, como se ha visto, está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios “.
(la negrilla fuera de texto)

*Además de lo ya expuesto se debe tener presente que es el mismo asegurado quien declaró que “(...) **En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.**”, declaración con la cual sin lugar a duda, quedó plenamente desvirtuado el principio de la buena fe, dado que igualmente queda demostrado que el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, falto a la verdad cuando omitió declarar las enfermedades que le habían sido diagnosticadas años atrás y por las cuales venía sometiéndose a diferentes tratamientos médicos y farmacológicos y padeciendo graves secuelas, enfermedades que motivaron la calificación de su pérdida de capacidad laboral, tal como se evidencia del acta No 11488 emitida al respecto por la Junta Medico Laboral de Policía, y su consecuente retiro de las Policía nacional.*

*Es de anotar que el asegurado para el día 8 de junio de 2017, tenía igualmente, por las razones expresadas al dar respuesta al **HECHO DECIMO PRIMERO**, de la presente demanda, tenía pleno conocimiento que se encontraba en proceso para su envío a la Junta Medico Laboral de la Policía, para su calificación de pérdida de capacidad laboral, como también que la secuela que le había generado la toxoplasmosis ocular consistente en Ceguera legal del ojo derecho, no le permitiría su estadía en la institución, pues ya venía con excusa, por la que solo se le permitía ejecutar sus actividades laborales en horas diurnas, con buena luz y sin exposición a computador.*

En atención a lo antes dicho, es el demandante, quien debe afrontar las consecuencias adversas de tal proceder, una de ellas indudablemente es el no reconocimiento de la prestación

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

asegurada, tal como lo manifestó la compañía Aseguradora a la Beneficiaria, en respuesta a reclamación elevada.

Solicito al despacho dar por probada la presente excepción de mérito.

3-IMPOSIBILIDAD DE LA AFECTACION DEL AMPARO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 670-16-99400000012 EN FAVOR DEL ASEGURADO POR PREEXISTENCIA

Las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, conforme lo indica el Profesor Ossa “están destinadas a delimitar, de una parte, la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y el modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar.” En ese sentido, la condiciones generales tienen la virtualidad de ser un reglamento de los contratantes, atendiendo límites positivos (amparos) o límites negativos (exclusiones), y que debe ser observado conforme a las normas que regulan los contratos en general (art 1602 del Código Civil), es decir, que constituye ley para las partes en virtud del acuerdo negocial el cual debe ser respetado y honrado por los sujetos contratantes.

En suma, las Condiciones Generales de la Póliza es el resultado de la individualización de los riesgos asumidos por el asegurador en ejercicio de su objeto social de comercializar seguros, constituyéndose en la piedra angular del negocio jurídico aseguratorio en la medida de que delimita los riesgos bajo el principio de la liberalidad en la asunción de los mismos, de tal suerte que, de no individualizarse los riesgos, el seguro no tendría sentido alguno puesto que no gozaría de viabilidad técnica, jurídica y económica. Es decir, no puede exigírsele a una Compañía

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

de Seguros asumir, en términos generales, la asunción de riesgos de manera indiscriminada y a responder por la materialización de ellos cualquiera sea su fuente, objeto, lugar o momento en que acaezcan.

*En este orden de ideas y en aplicación a las condiciones generales bajo las cuales se celebró el contrato de seguro Vida Grupo Deudores distinguido con la póliza No. 670-16-99400000012, las partes intervinientes acordaron como **EXCLUSION**, al amparo de **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE** en su **CLAUSULA PRIMERA,**” **NUMERAL 1.2.1.4 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. Cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado.**”*

*Ahora bien, tal como lo demuestra la historia clínica de Sanidad de la Policía del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, concordante con lo consignado dentro del Acta de Junta Medico Laboral de Policía No 11488 de fecha 11 de Noviembre de 2017, al mencionado Señor, se la había diagnosticado desde el año 1997 **TOXOPLASMOSIS OCULAR**, tal como se consigna en nota clínica del Mayo 23 de 2017.*

“MOTIVO CONSULTA VALORACION

ENFERMEDAD ACTUAL: remitido de medicina general

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOTICADA DESDE 1997, EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA PARTICULAR DR MARIO JIMENEZ (ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS) QUIEN HACE IDX: CEGUERA LEGAL OD Y SOLICITA VALORACION POR MEDICINA LABORA....” (El subrayado fuera de texto)

Así mismo, dentro de la referida Historia Clínica, en atención a nota médica, de Noviembre 28 de 2011, se le había diagnosticado desde el año 2011, Hipotiroidismo no especificado.

“DIAGNOSTICO: “HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO”.

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*En este orden de ideas resulta claro, que para el día 8 de Junio de 2017, fecha en la cual el Asegurado suscribió la declaración de asegurabilidad, a pesar de haber declarado que gozaba de buen estado de salud, ya padecía tanto **TOXOPLASMOSIS OCULAR**, como el "**HIPOTIRODISMO NO ESPECIFICADO**", enfermedades por las cuales venía recibiendo atención médica y farmacológica, que no solo motivaron la evaluación de su pérdida de capacidad laboral, sino, que se encontraban presentes antes de ingresar como asegurado a la **POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No 670-16-99400000012**, antecedentes de salud, que según lo consignado en la **CLAUSULA PRIMERA, numeral 1.2.1.4** , de sus condiciones generales se constituye en una **EXCLUSION**, al amparo de **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, que impide la afectación de este en favor del Asegurado.*

El hecho de pactarse en las pólizas de seguro, concretamente en las condiciones generales, algunas exclusiones de amparo, debe ser considerado al proferirse la sentencia, pues de presentarse o configurarse una de ellas se releva a la compañía de la obligación de asumir cualquier tipo de indemnización.

Solicito al Señor Juez dar por probada la presente excepción.

4- LAS EXCLUSIONES DE AMPARO EXPRESAMENTE PREVISTAS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL CONTRATO DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES DISTINGUIDO CON LA POLIZA No 670-16-99400000012.

Las Condiciones Generales y Particulares de las Pólizas antes consignadas, recogen el Contrato de Seguro en su integridad, además contemplan algunas exclusiones de amparo que en el evento de que se presenten automáticamente eximen a la Aseguradora de la obligación de pagar cualquier tipo de indemnización.

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

Solicito a Usted, Señor Juez, advertir el contenido de las Exclusiones de la Póliza, que de llegarse a probar en el proceso, eximirían de responsabilidad a mi Procurada.

5.- CUALQUIER OTRO TIPO DE HECHO CONSTITUTIVO DE EXCEPCION DE MERITO QUE LLEGARE A PROBARSE DENTRO DEL TRAMITE PROCESAL NO ALEGADO COMO TAL POR LAS PARTES, EN ATENCION A LO DISPUESTO POR EL C.G.P., AL RESPECTO

Queda el despacho en la obligación de así declararlo.

AL JURAMENTO ESTIMATORIO

No se hace pronunciamiento algún al respecto

PRUEBAS

1) INTERROGATORIO DE PARTE

*Sírvase Señor juez fijar fecha y hora, para que en audiencia el demandante Señor **NELSON OSPINA TOBON**, mayor de edad, identificado como aparece en escrito de la Demanda residente y domiciliada en Calarcá Q.,_absuelva el Interrogatorio de parte que oralmente le formulare.*

2) DOCUMENTAL

- a) Poder a mi conferido (1 folio)*
- b) Certificado de existencia y representación expedido por la Súper financiera. (3folios)*
- c) Copia del Contrato de seguro **VIDA GRUPO DEUDORES**, distinguida con la **POLIZA No 670-16-994000000012**, (anexo 0 y 193), (2 Folios) y sus Condiciones Especiales y Generales.(16 Folios)*
- d) Historia Clínica del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, de la dirección de Sanidad de la Policía (94 folios) de la Clínica de la*

María Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

- Sagrada Familia (3 folios), del Hospital la Misericordia de Calarcá Q. (3 folios), y del Hospital Departamental Universitario de Quindío San Juan de Dios. (12 Folios)*
- e) Copia del Acta No 11488, de fecha 17 de Noviembre de 2017, de la Junta Medico Laboral de Policía.(3 filios)*
- f) Comunicación **OBSP-18-1.058-RUI-6736**, de fecha 22 de Mayo de 2018 enviada por la Aseguradora a Banco Pichincha, mediante la cual objeta la reclamación (3folios)*
- g) Formato Reclamos Seguro de Personas , (5 folios)*
- h) Certificación suscrita por la Gerente de Negocios Corporativos de Aseguradora Solidaria de fecha Septiembre 3 de 2020, respecto de la vinculación del asegurado a la póliza vida grupo (1folio).*
- i) Comunicación de fecha Mayo 11 de 2018 **SDO-18 - 1.504- RUI-6736**, remitida a Banco Pichincha (1 folio)*
- j) Constancia suscrita por Dirección de talento Humano de la policía Nacional. (1Folio).*
- k) Certificación expedida por Banco Pichincha de fecha mayo 15 de 2018 (1folio).*
- l) Fotocopia del formato de **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**, diligenciada y firmada por el Señor **NELSON OSPINA TOBON**. (1 folio)*
- m) Fotocopia "**FORMATO COMPRA CARTERA**" suscrito por el Señor **NELSON OSPINA TOBON**, y de recibo "aviso pago préstamo en cheque" de fecha Junio 16 de 2017. (2 folios).*
- n) Fotocopia de **FORMULARIO DE VINCULACIONN PERSONA NATURAL**, debidamente diligenciado y firmado (4 folios).*
- ñ) Copia de pagaré en blanco suscrito a favor de **BANCO PÍCHINCHA** por el Señor **NELSON NOSPINA TOBON** (Deudor) y Carta de instrucciones para llenar pagare en blanco.(3folios)*

3.- TESTIMONIAL

Sírvase Señor Juez fijar fecha, para los Doctores: **JULIO CESAR TAPIA GUERRERO, CARLOS FABIAN JOJOA JIMENEZ Y JAIR TORO**

Maria Consuelo Ruiz Carrillo

ABOGADA
Carrera 14 No. 16-43 Of 06 Tel 7358659
Celular No3137331255
E-mail maria.cabogada@outlook.com
Armenia Quindío

*RAMIREZ, miembros de la Junta Médico Laboral de Policía, que suscribieron el acta No 11488 de fecha 17 de Noviembre de 2017, mediante la cual emitieron calificación de la pérdida de capacidad laboral del Señor **NELSON OSPINA TOBON**, quienes declararan sobre el contenido de la mencionada acta, el procedimiento previo a la calificación que se debe surtir, y tramite que se debe surtir para del envió del trabajador a medicina laboral. Las direcciones y correos electrónicos donde pueden ser citados la informare oportunamente al despacho.*

Me reservo el derecho de contra interrogar los testigos citados por la parte demandante y el de objetar y contradecir las pruebas presentadas por ésta.

NOTIFICACIONES Y DIRECCIONES

LA DEMANDANTE Y SU APODERADO En las direcciones que obra en la demanda, para cada uno de ellos. Correo electrónico de su apoderado rrsabogados@gmail.com

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. En la dirección informada en la demanda, correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

LA SUSCRITA APODERADA. Oirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la Carrera 14 No 16-43, oficina No 06, Armenia Q. correo electrónico: maria.cabogada@outlook.com

Del Señor Juez, Atentamente,



MARIA CONSUELO RUIZ CARRILLO
Apoderada Judicial

Señores
JUZGADO 1 CIVIL MUNICIPAL
Armenia

Referencia: RADICADO: 202000042
DEMANDANTE. NELSON OSPINA TOBON
DEMANDADO. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **MARIA CONSUELO RUIZ CARRILLO**, identificado como aparece al pie de su nombre, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **MARIA CONSUELO RUIZ CARRILLO**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico maria.cabogada@outlook.com

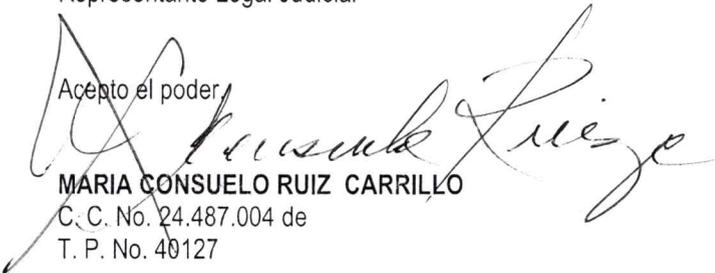
Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,



MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA
C. C. No. **38.264.817** de **Ibague**
Representante Legal Judicial

Acepto el poder.



MARIA CONSUELO RUIZ CARRILLO
C. C. No. **24.487.004** de
T. P. No. **40127**

ARM29720 2020/08/25

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2842612968891857

Generado el 25 de septiembre de 2020 a las 22:35:11

**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: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NATURALEZA JURÍDICA: Entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 0064 del 18 de enero de 1985 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS UCONAL LIMITADA.

Escritura Pública No 3098 del 31 de julio de 1989 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL SOCIEDAD COOPERATIVA LTDA.

Escritura Pública No 4201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL.

Escritura Pública No 3296 del 16 de noviembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA "SOLIDARIA"

Escritura Pública No 1628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal será en Bogotá D.C.

Escritura Pública No 420 del 09 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Es una institución auxiliar del cooperativismo, de carácter Nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, de número de ley, con patrimonio variable e ilimitado.

Escritura Pública No 01779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro , modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO.** Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2842612968891857

Generado el 25 de septiembre de 2020 a las 22:35:11

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

actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 2013092496 del 21 de octubre de 2013)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Carlos Arturo Guzmán Peláez Fecha de inicio del cargo: 11/10/2013	CC - 16608605	Presidente Ejecutivo
Ramiro Alberto Ruíz Clavijo Fecha de inicio del cargo: 11/10/2013	CC - 13360922	Representante Legal
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velásquez Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 11/10/2013	CC - 79152694	Representante Legal
Maria Yasmith Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Manejo, Vidrios, Terremoto, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Sustracción y Cooperativo de vida

Resolución S.B. No 1335 del 29 de abril de 1993 Responsabilidad civil

Resolución S.B. No 868 del 09 de mayo de 1994 Cumplimiento

Resolución S.B. No 1893 del 02 de septiembre de 1994 Transporte

Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: (571) 5 94 02 00 – 5 94 02 01
www.superfinanciera.gov.co



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2842612968891857

Generado el 25 de septiembre de 2020 a las 22:35:11

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

Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales
Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud
Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias
Resolución S.B. No 1067 del 19 de septiembre de 2002 Enfermedades de Alto Costo
Resolución S.B. No 1408 del 09 de diciembre de 2002 cancela el ramo de SOAT
Resolución S.B. No 230 del 11 de marzo de 2003 Vida grupo
Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante
Resolución S.F.C. No 1458 del 30 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa para operar el ramo de seguros de Enfermedades de alto costo
Resolución S.F.C. No 1194 del 28 de junio de 2013 Seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT
Resolución S.F.C. No 1577 del 23 de agosto de 2013 autorizado para operar el ramo de Seguro de Desempleo
Resolución S.F.C. No 0842 del 03 de julio de 2019 autoriza para operar el ramo de seguro de Navegación y Casco

**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



POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6700000547

PÓLIZA No: 670 - 16 - 994000000012 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: NEGOCIOS CORPORATIVOS BANCO PICHINCHA				COD. AGENCIA: 670				RAMO: 16						
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO
15	1	2014		1	10	2013	23:59	1	10	2014	23:59	365		
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS				FECHA DE IMPRESIÓN		
TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: BANCO PICHINCHA S.A	IDENTIFICACIÓN: NIT 890200756-7
DIRECCIÓN: CARRERA 11 NO. 92 - 09	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL
	TELÉFONO: 6501050

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: DEUDORES BANCO PICHINCHA S.A. - CREDIOFICIAL	IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN:	CIUDAD:
BENEFICIARIO: BANCO PICHINCHA Y/O LOS DE LEY	IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **RIESGO NORMAL**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	200000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	200000000.00

TEXTOS POLIZA

TOMADOR
=====

BANCO PICHINCHA NIT: 890200756-7

OBJETO DEL SEGURO
=====

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A LAS PERSONAS NATURALES DEUDORAS DE UN MISMO ACREEDOR DE MANERA QUE EL VALOR DE LA OBLIGACIÓN O CRÉDITO QUEDE CANCELADO AL FALLECER EL DEUDOR.

ASEGURADOS
=====

DEUDORES DEL BANCO PICHINCHA DE LÍNEAS DE CRÉDITO QUE OFRECE EL BANCO:

CRÉDITO CREDIOFICIAL-CY7: CRÉDITO A TRAVÉS DE LA MODALIDAD DE LIBRANZA OTORGADO A FUNCIONARIOS VINCULADOS A ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO/OFICIA. Ó CRÉDITO PARA PENSIONADOS DE LAS FUERZAS MILITARES

BENEFICIARIOS
=====

BANCO PICHINCHA S.A. HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA. EL REMANENTE (DIFERENCIA ENTRE EL SALDO INICIAL Y EL SALDO INSOLUTO), TENDRÁ COMO BENEFICIARIOS LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO DE LEY.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO
ENTIDAD FINANCIERA
DIRECCION COMERCIAL /TELEFONO
CARRERA 11 NO. 92-09 BOGOTÁ

GRUPO ASEGURABLE
=====

GRUPO ASEGURABLE: VIDA GRUPO DEUDORES SECTOR OFICIAL (APLICA PARA LÍNEA DE CRÉDITO CREDIOFICIAL)
LO CONSTITUYEN EMPLEADOS DEL GOBIERNO, FUERZAS ARMADAS Y DE POLICÍA, CON INCLUSIÓN DE PERSONAL ACTIVO, PENSIONADO, UNIFORMADO Y/O CIVIL, Y PERSONAL DE DIJIN, SIJIN, INPEC Y DAS, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA PERSONA NATURAL VINCULADA A CUALQUIER ENTIDAD O INSTITUCIÓN DEL SECTOR OFICIAL, QUE EN CUALQUIER CALIDAD TENGAN OBLIGACIONES DE CRÉDITO CON BANCO PICHINCHA S.A. MEDIANTE LAS LÍNEAS DE CRÉDITO INDICADAS ANTERIORMENTE.

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
-------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
DELIMA MARSH S.A.	976	100			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR



(415)(8020)00000000007000670000054(3900)0000000000000(96)00000000

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CURREGO 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6700000547

PÓLIZA No: 670-16-99400000012 ANEXO: 193

AGENCIA EXPEDIDORA: NEGOCIOS CORPORATIVOS BANCO PICHINCHA				COD. AGENCIA: 670				RAMO: 16			
DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS
22	11	2017	23:59	1	11	2017	23:59	1	11	2018	23:59
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE A LAS				VIGENCIA HASTA A LAS DIAS			
TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION SIN COBRO DE PRIMA - VENC				DATOS DEL TOMADOR				TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

NOMBRE: BANCO PICHINCHA S.A	IDENTIFICACIÓN: NIT	890200756-7
DIRECCIÓN: CARRERA 11 NO. 92 - 09	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 6501050

ASEGURADO: DEUDORES BANCO PICHINCHA S.A. - CREDIOFICIAL	IDENTIFICACIÓN:	TELÉFONO:
DIRECCIÓN:	CIUDAD:	
BENEFICIARIO: BANCO PICHINCHA Y/O LOS DE LEY	IDENTIFICACIÓN:	

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **RIESGO NORMAL**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	200000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	200000000.00

TEXTOS POLIZA
RENOVACION 2017-2018

TOMADOR
=====

BANCO PICHINCHA NIT: 890200756-7

OBJETO DEL SEGURO
=====

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A LAS PERSONAS NATURALES DEUDORAS DE UN MISMO ACREEDOR DE MANERA QUE EL VALOR DE LA OBLIGACIÓN O CRÉDITO QUEDE CANCELADO AL FALLECER EL DEUDOR.

ASEGURADOS
=====

DEUDORES DEL BANCO PICHINCHA DE LÍNEAS DE CRÉDITO QUE OFRECE EL BANCO:

CRÉDITO CREDIOFICIAL-CV7: CRÉDITO A TRAVÉS DE LA MODALIDAD DE LIBRANZA OTORGADO A FUNCIONARIOS VINCULADOS A ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO/OFICIA. Ó CRÉDITO PARA PENSIONADOS DE LAS FUERZAS MILITARES

BENEFICIARIOS
=====

BANCO PICHINCHA S.A. HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA. EL REMANENTE (DIFERENCIA ENTRE EL SALDO INICIAL Y EL SALDO INSOLUTO), TENDRÁ COMO BENEFICIARIOS LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO DE LEY.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO
ENTIDAD FINANCIERA
DIRECCION COMERCIAL /TELEFONO
CARRERA 11 NO. 92-09 BOGOTÁ

GRUPO ASEGURABLE
=====

GRUPO ASEGURABLE: **VIDA GRUPO DEUDORES SECTOR OFICIAL (APLICA PARA LÍNEA DE CRÉDITO CREDIOFICIAL)**

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
-------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE DELIMA MARSH S.A.	CLAVE 976	%PART 100	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)(8020)0000000000700067000054(3900)000000000000(96)00000000

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

ECOY 0

C8DF20780F0EFD7F5D

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE



PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SECTOR TRADICIONAL
CONDICIONES GENERALES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR, Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR AL BENEFICIARIO LA INDEMNIZACIÓN DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE CONTRATADOS, CON BASE EN LOS VALORES ASEGURADOS PACTADOS E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y A LAS DEFINICIONES DE COBERTURA CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

ASÍ MISMO, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS PARÁMETROS TÉCNICOS FIJADOS POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

CLAUSULA PRIMERA. AMPAROS. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

1. AMPARO BÁSICO

1.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

1.1.1 COBERTURA

EL PRESENTE ES UN SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES QUE TIENE POR OBJETO AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA, A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYENDO HOMICIDIO Y SUICIDIO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y SIDA DIAGNOSTICADO MEDICAMENTE Y POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

LA SUMA ASEGURADA O LA COMPENSACIÓN INDIVIDUAL POR MUERTE SERÁ EL EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA O SALDO INICIAL, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

Parágrafo:

LA MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO SE PAGARÁ PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 97 DEL CÓDIGO CIVIL.

1.1.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

1.1.2.1 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

1.1.2.2 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

1.1.2.3 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

1.1.2.4 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.1.2.5 EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.1.3 DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DE RIESGO

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DE RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LA 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 SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR Y/O ASEGURADO A ENCUBIERTO POR CULPA, HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE IMPLIQUEN AGRAVACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DEL RIESGO.

SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA PROVIENEN DE ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA SÓLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, EXCEPTO LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1160 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

ESTA SANCIÓN NO SE APLICA SI ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE LOS QUE VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN, O SI, YA CELEBRADO EL CONTRATO, SE ALLANA A SUBSANARLOS O LOS ACEPTA EXPRESA O TÁCITAMENTE.

AUNQUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA PRESCINDA DEL EXMEN MÉDICO, EL ASEGURADO NO PODRÁ CONSIDERARSE EXENTO DE LAS OBLIGACIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, NI DE LAS SANCIONES A QUE SU INFRACCIÓN DÉ LUGAR.

1.2 AMPAROS ADICIONALES

A SOLICITUD DEL TOMADOR ESTA PÓLIZA INCLUYE, ADEMÁS, LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN EL CUADRO DE AMPAROS OTORGADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTIPULADAS A CONTINUACIÓN:

1.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1.2.1.1. COBERTURA

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014, O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ) SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA ÚNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN (FONDO DE PENSIONES, ARL, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL BENEFICIARIO POR LA SUMA EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DEL DICTAMEN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL:

- A. LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, NO PREEXISTENTE.
- B. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- C. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBOS PIES, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
- D. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, A NIVEL DE LAS ARTICULACIONES YA DEFINIDAS.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CERTIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN, SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

1.2.1.2. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE MANIFIESTEN CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA BAJO ESTE SEGURO. Y ANTES DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA.

1.2.1.3. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE Y SIEMPRE SERÁ EL EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ESTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR, QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

1.2.1.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1.2.1.4.1 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO.

1.2.1.4.2 CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.

1.2.1.4.3 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

1.2.1.4.4 SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES MOTORAS SECUNDARIAS A ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y LAS DERIVADAS POR TRASTORNOS MENTALES (PSIQUIÁTRICOS).

1.2.1.4.5 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

1.2.1.4.6 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

1.2.1.4.7 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

1.2.1.4.8 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.2.1.5. DEDUCCIONES

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE REFIERE AL AMPARO BÁSICO DEL ASEGURADO INCAPACITADO Y AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES.

SI LA PÓLIZA EN LA CUAL SE INCLUYE ESTA COBERTURA, CONTIENE ADEMÁS LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES, Y EN VIRTUD DE ÉL Y COMO CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA HA EFECTUADO ALGÚN PAGO, DICHO PAGO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL PRESENTE AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

1.2.2 ENFERMEDADES GRAVES.

ESTE AMPARO DEBE CONTAR CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA GERENCIA DE PERSONAS

1.2.2.1 COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ AL BENEFICIARIO EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA HASTA UN MÁXIMO DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA LA COBERTURA DE MUERTE, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO LE SEA DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ Y DESPUÉS DE NOVENTA (90) DÍAS DE HABER INGRESADO A LA PÓLIZA CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE RELACIONAMOS Y DEFINIMOS A CONTINUACIÓN:

A. CÁNCER

ENFERMEDAD PROVOCADA POR LA APARICIÓN DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO DESCONTROLADO Y LA DISEMINACIÓN DE LAS CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE LOS TEJIDOS NORMALES.

SE INCLUYE EN ESTA DEFINICIÓN LAS LEUCEMIAS, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN.

B. INFARTO AL MIOCARDIO

MUERTE DE TEJIDO CARDIACO. ESTE SE DEFINE EN PRESENCIA DE PRUEBAS DE NECROSIS MIOCÁRDICA EN UN CONTEXTO CLÍNICO COHERENTE CON ISQUEMIA MIOCÁRDICA AGUDA, ASÍ ESTE, SOLO SE ENMARQUE EN UNA ENFERMEDAD DE FLUJOS LENTOS. EN ESAS CONDICIONES, CUALQUIERA DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES CUMPLE EL DIAGNÓSTICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO:

- DETECCIÓN DE UN AUMENTO O DESCENSO DE LOS VALORES DE BIOMARCADORES CARDIACOS, CON AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS DE ISQUEMIA, NUEVOS O SUPUESTAMENTE NUEVOS CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DEL SEGMENTO ST-T O NUEVO BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, APARICIÓN DE ONDAS Q PATOLÓGICAS EN EL ECG, PRUEBAS POR IMAGEN DE NUEVA PÉRDIDA DE MIOCARDIO VIABLE O NUEVAS ANOMALÍAS REGIONALES EN EL MOVIMIENTO DE LA PARED, IDENTIFICACIÓN DE UN TROMBO INTRACORONARIO EN LA ANGIOGRAFÍA O LA AUTOPSIA.
- MUERTE CARDIACA CON SÍNTOMAS DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA Y SUPUESTAS NUEVAS ALTERACIONES ISQUÉMICAS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVO BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, PERO QUE SE PRODUJO ANTES DE DETERMINAR BIOMARCADORES CARDIACOS O ANTES DE QUE AUMENTASEN LOS VALORES DE ESTOS.
- LA TROMBOSIS DE UN STENT DETECTADO EN LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA EN EL CONTEXTO DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA.

C. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD RENAL PARA EXCRETAR DESECHOS, CON LA CONSECUENTE RETENCIÓN DE PRODUCTOS NITROGENADOS. OCASIONADA POR MÚLTIPLES CAUSAS DEBE LLEVAR AL ASEGURADO A LA PRÁCTICA REGULAR E INDEFINIDA DE DIÁLISIS PERITONEAL O HEMODIÁLISIS Y EN CASOS EXTREMOS A LA RECEPCIÓN DE UN TRASPLANTE RENAL.

D. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

SE DEFINE COMO LA MUERTE DE TEJIDO CEREBRAL, DEBIDO A UNA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL, QUE SE MANIFIESTA POR UN DÉFICIT NEUROLÓGICO DE SEVERIDAD VARIABLE, DEMOSTRABLE ADEMÁS CON ALTERACIÓN PERMANENTE DE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA. PRUEBAS QUE DEBERÁN SER REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS DE OCURRIDO EL EVENTO.

E. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA

ENFERMEDAD CORONARIA QUE REQUIERA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BY-PASS) PARA CORREGIR ESTRECHAMIENTO U OBSTRUCCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS. LA NECESIDAD DE TAL INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBE HABER SIDO PROBADA CON BASE EN UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.

F. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 66 AÑOS Y EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y CONFIRMADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGEN (TAC, RMN, PET CEREBRAL) LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

G. GRAN QUEMADO

QUEMADURAS DE TERCER GRADO QUE CUBRAN AL MENOS UN 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DEL ASEGURADO.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y EVIDENCIADO POR LOS MÉTODOS CONVENCIONALES PARA ESTABLECER ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

H. ANEMIA APLÁSICA

DIAGNOSTICO INCUESTIONABLE DE FALLA EN LA MÉDULA ÓSEA CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y DEMOSTRADO A TRAVÉS DEL RESULTADO DE BIOPSIA EN LA MEDULA ÓSEA.

LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR SIMULTÁNEAMENTE ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA QUE OBLIGUEN AL MENOS A UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- A) TRANSFUSIÓN DE DERIVADOS DE LA SANGRE
- B) ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA
- C) AGENTES INMUNOSUPRESORES
- D) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

I. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE FORMULADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA DE POR LO MENOS DOS EPISODIOS DE SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE DESMIELINIZACIÓN, ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS PERMANENTES ACOMPAÑADO DE DETERIORO FUNCIONAL CON UNA DURACIÓN CONTINÚA NO INFERIOR A SEIS MESES Y QUE HAYAN SIDO DOCUMENTADOS POR TÉCNICAS MODERNAS DE NEUROIMAGEN.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER RATIFICADO CUMPLIDOS LOS SEIS (6) MESES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL PRIMER EPISODIO.

J. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO

TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y DEMOSTRADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGEN (TAC, RESONANCIA MAGNÉTICA CEREBRAL) DICHO TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

K. ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA (TODAS LAS DEMÁS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. DICHA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE TRES MESES.

L. ESTADO DE COMA

ESTADO SEVERO DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA CON TOTAL AUSENCIA DE REACCIÓN A ESTÍMULOS EXTERNOS O INTERNOS REQUIRIENDO DE MANERA CONTINUA EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE VITAL (RESPIRADOR, INOTROPIA, ALIMENTO PARENTERAL) POR UN PERÍODO MÍNIMO DE 96 HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE.

NOTA PARA LAS COBERTURAS DE ENFERMEDADES GRAVES: PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA Y LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- BAÑARSE O TOMAR UNA DUCHA
- VESTIRSE Y DESVESTIRSE
- HIGIENE PERSONAL
- CAPACIDAD DE USAR EL SANITARIO
- CONTINENCIA (CONTROL SOBRE ESFÍNTERES)
- CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO
- LEVANTARSE DE LA CAMA
- MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL)
- COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES.

1.2.2.2. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE Y EL ASEGURADO SOLO TENDRÁ DERECHO AL PAGO DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO SEGÚN LAS CONDICIONES CONTRATADAS, ASÍ SE DIAGNOSTIQUE MÁS DE UNA DE LAS ENFERMEDADES Y/O SEA SOMETIDO A MÁS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

1.2.2.3 EXCLUSIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE O SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES INDICADAS, QUE SEAN CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

- 1.2.2.3.1 EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO, ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.
- 1.2.2.3.2 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS DESCRITAS ANTERIORMENTE EN EL NUMERAL 1.2.2.
- 1.2.2.3.3 LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE CÉRVIX, PRÓSTATA, SENO O MATRIZ EN SUS ETAPAS INICIALES T1 Y T2 DE LA CLASIFICACIÓN TNM, O CON CLASIFICACIÓN DE GLEASON INFERIOR A CINCO.
- 1.2.2.3.4 CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR, EN SUS ETAPAS INICIALES T1-2, N0, M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE

TIROIDES DIFERENTE AL MENCIONADO CON CUALQUIER CLASIFICACIÓN, TENDRÁN COBERTURA.

- 1.2.2.3.5 LOS TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA DE LA PIEL.
- 1.2.2.3.6 CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO.
- 1.2.2.3.7 LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA - ARTERIAL.
- 1.2.2.3.8 ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
- 1.2.2.3.9 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA O AL INICIO DE ESTE ANEXO.
- 1.2.2.3.10 EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, TÓXICAS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
- 1.2.2.3.11 CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA MISMA, ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PRESENTE COBERTURA.
- 1.2.2.3.12 CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA, PARA CADA ASEGURADO.
- 1.2.2.3.13 EN LO QUE A ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES SE REFIERE; CUANDO SE TRATE DE ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS, TRANSITORIOS O AQUELLOS DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.
- 1.2.2.3.14 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.2.2.4 DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS.

1.2.3 TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ POR UNA (1) SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS REALIZADOS, LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE SER SOMETIDO A UN TRASPLANTE DE ALGUNO DE LOS ÓRGANOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN, SIEMPRE QUE LA NECESIDAD DE EFECTUAR EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA CERTIFICADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO QUE POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y SE CUMPLAN TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS A CONTINUACIÓN:

- A. QUE LA PRESENTE COBERTURA HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR A (90) NOVENTA DÍAS, ANTES DE QUE SE DIAGNOSTIQUE LA ENFERMEDAD CUYO TRATAMIENTO SEA EL TRASPLANTE Y QUE ÉSTE SE PRACTIQUE.
EL PERIODO DE NOVENTA (90) DÍAS SE ESTABLECERÁ INDEPENDIEMENTE PARA CADA ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA.
- B. QUE EL ASEGURADO REQUIERA MÉDICAMENTE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y ASÍ SE INDIQUE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO.
- C. QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
- D. QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD QUE SUGIERA O RECOMIENDE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO:

- EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SE ENTIENDE COMO LA INSERCIÓN DE UN ÓRGANO DE UN DONANTE HUMANO EN EL CUERPO DEL ASEGURADO CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES ARTERIALES, VENOSAS, LINFÁTICAS Y NERVIOSAS.
- EL TRASPLANTE, ES COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE.
- EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE CONTAR CON EXPERIENCIA CERTIFICADA Y AVALADA POR LOS ENTES DE CONTROL EN EL TERRITORIO NACIONAL, PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

LOS ÓRGANOS INCLUIDOS EN ESTE AMPARO SON LOS RELACIONADOS Y DEFINIDOS A CONTINUACIÓN:

1. DE CORAZÓN

POR CARDIOMIOPATÍA, INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA, ENFERMEDAD CORONARIA DEL CORAZÓN, DEFECTO VALVULAR.

2. DE PULMÓN

POR MUCOVISCIDOSIS, FIBROSIS PULMONAR, ENFISEMA PULMONAR, HIPERTENSIÓN PULMONAR.

3. DE HÍGADO

POR CIRROSIS HEPÁTICA, CARCINOMA DE CÉLULA HEPÁTICA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA DEBIDA A INTOXICACIÓN.

4. DE PÁNCREAS

POR DIABETES MELLITUS TIPO I.

5. RIÑÓN

POR GLOMERULONEFROSIS CRÓNICA O ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA.

6. MEDULA ÓSEA

POR LEUCEMIAS, LINFOMAS O INMUNODEFICIENCIAS DIFERENTES AL VIH/SIDA.

7. INTESTINO DELGADO

POR FALLO INTESTINAL POR INTESTINO CORTO (TRAUMA ABDOMINAL DIFERENTE A TRAUMA POR ARMA DE FUEGO O IMPACTO CON CUALQUIER TIPO DE EXPLOSIVO).

NOTA.

EL TRASPLANTE DE TODOS LOS DEMÁS ÓRGANOS, PARTES DE ÓRGANOS O EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO TEJIDO ESTÁN EXCLUIDOS.

PARA CUALQUIER PROCESO DE INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE QUE SE CUMPLAN EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS.

1.2.3.1 LÍMITE DEL BENEFICIO

EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA SE APLICARÁ SOLAMENTE CUANDO EL TRASPLANTE SE REALICE EN ALGUNO DE LOS ÓRGANOS DEFINIDOS Y CUANDO ESTOS SE MANIFIESTEN Y SEAN DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN LA RESPECTIVA ESPECIALIDAD, POR PRIMERA VEZ, DENTRO DE LA VIGENCIA PACTADA, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS CIENTÍFICAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

1.2.3.2 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, ASÍ SEA SOMETIDO A MÁS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

1.2.3.3 EXCLUSIONES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS PROVENGA O SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA O EN CONEXIÓN CON:

- 1.2.3.3.1 EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN., ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.
- 1.2.3.3.2 LA PRESENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) DESCUBIERTO MEDIANTE EL TEST DE ANTICUERPOS O PRUEBA DE ELISA POSITIVA PARA V.I.H.
- 1.2.3.3.3 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS MENCIONADAS EN EL NUMERAL 1.2.2
- 1.2.3.3.4 DROGADICCIÓN O INTOXICACIÓN POR DROGAS, VENENO O LICOR.
- 1.2.3.3.5 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO SE CONSIDERAN COMO CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- 1.2.3.3.6 CUANDO LA NECESIDAD DEL TRASPLANTE HA SIDO DIAGNOSTICADA DURANTE LOS PRIMEROS CIENTO VEINTE (120) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.
- 1.2.3.3.7 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.
- 1.2.3.3.8 A CAUSA DE LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO; SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE O NO, EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.
- 1.2.3.3.9 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, NO SEA INDICADO POR UN, PROFESIONAL IDÓNEO, CON EXPERIENCIA DEMOSTRADA Y SEA AVALADO POR LOS ENTES DE CONTROL DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.
- 1.2.3.3.10 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA INDICADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN EJERCICIO DE PRÁCTICAS DE MEDICINA ALTERNATIVA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.
- 1.2.3.3.11 TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS.
- 1.2.3.3.12 TRASPLANTE DE ÓRGANOS DIFERENTES A LOS MENCIONADOS Y DEFINIDOS EN LA PRESENTE COBERTURA.
- 1.2.3.3.13 TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SEAN INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER O LOS TUMORES DEBIDOS O, COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).
- 1.2.3.3.14 CUANDO EL ASEGURADO OBRE EN CALIDAD DE DONANTE.
- 1.2.3.3.15 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.2.3.4 DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE AL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y/O AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS.

1.2.4 AUXILIO FUNERARIO

ESTE AMPARO DEBE CONTAR CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA GERENCIA DE PERSONAS

1.2.4.1 COBERTURA

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

1.2.4.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

1.2.4.2.1 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE

1.2.4.2.2 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

1.2.4.2.3 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

1.2.4.2.4 EPIDEMIAS PANDEMIAS E INFECCIONES

1.2.4.2.5 EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.2.4.3 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL DEBE SER UN VALOR FIJO Y ACORDADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

Clausula segunda. Definiciones

Para los efectos del presente contrato y donde quiera que se utilicen, las siguientes expresiones significarán:

1. Asegurador:

Compañía aseguradora (Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa) Entidad autorizada para el ejercicio de la actividad aseguradora que, mediante un contrato de seguro, se compromete a la cobertura del riesgo objeto de dicho contrato.

2. Tomador:

Es la persona jurídica que, por tener interés asegurable, contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas. Para efectos de la póliza de vida grupo deudores, el tomador es el acreedor; es decir la entidad que otorga el crédito. El tomador, es el responsable del pago de la totalidad de las primas causadas a través de la vigencia de la póliza.

3. Grupo Asegurado:

Conjunto de miembros del grupo asegurable cuya vida se asegura desde la fecha en que cumplen con los requisitos de elegibilidad, por las sumas y en los términos especificados en la póliza.

Para efectos del seguro de vida grupo deudores, el grupo asegurado será el conformado por los deudores con la posibilidad de extender cobertura a codeudores de la entidad tomadora que adquieran créditos en las diferentes líneas de crédito siempre y cuando sean reportados por el tomador, realizando el pago de prima correspondiente.

4. Asegurado:

Es cada una de las personas del grupo asegurado.

5. Beneficios:

Son los límites máximos que por concepto de indemnización reconoce la compañía, de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en la carátula de la póliza o en sus anexos.

6. Enfermedad preexistente:

Es cualquier patología, afección o condición médica, diagnosticada o manifestada con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza o la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedaran excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. Cuando la patología principal sea preexistente, quedaran además excluidas todas aquellas patologías relacionadas con ella.

7. Declaración inexacta o reticente:

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducirlo a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato o de sus certificados.

8. Diagnóstico:

Es toda identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo, confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas

9. Declaración Inexacta o reticente:

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por aseguradora solidaria, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducirlo a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato o de sus certificados.

10. Cónyuge:

Es la condición civil que se demuestra a través de registro civil de matrimonio o declaración extra-juicio de convivencia (unión marital de hecho).

CLAUSULA TERCERA. MODALIDADES DEL SEGURO

- **SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONTRIBUTIVO**
ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO.
- **SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES NO CONTRIBUTIVO**
ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA EN SU TOTALIDAD POR EL TOMADOR DEL SEGURO.

CLAUSULA CUARTA. EDADES DE INGRESO.

	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO Todas las edades son más 364 días	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA Todas las edades son más 364 días
AMPARO BÁSICO			
AMPARO BÁSICO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	14 años	75 años	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO
AMPAROS ADICIONALES			
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14 años	64 años	65 años
ENFERMEDADES GRAVES	14 años	59 años	65 años
AUXILIO FUNERARIO	14 años	75 años	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO

CLAUSULA QUINTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

TODA PERSONA ESTÁ OBLIGADA A CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE SEÑALE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, COMO LO ES EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O EXAMEN MÉDICO DEPENDIENDO DE LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE PACTEN CON EL TOMADOR PARA PODER SER INCLUIDO EN EL GRUPO ASEGURADO.

CLAUSULA SEXTA. VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

LOS AMPAROS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS, SÓLO ENTRARÁN EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, COMUNIQUE POR ESCRITO SU APROBACIÓN AL TOMADOR Y ESTE A SU VEZ A SUS ASEGURADOS.

INDEPENDIENTEMENTE DEL MOMENTO EN QUE LA PERSONA INGRESE A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO, LA PRESENTE PÓLIZA VENCE PARA CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO, EN LA FECHA EN QUE SE EXTINGA LA DEUDA Y/O LA PÓLIZA SUSCRITA POR PARTE DEL TOMADOR CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ESTE VIGENTE

CLAUSULA SÉPTIMA. AMPAROS Y EXCLUSIONES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CON ESTRUCTURA SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES, CONSIGNADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA O SUS ANEXOS Y EN SUS SOLICITUDES, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO DE SEGURO, CUBRE LOS RIESGOS RELACIONADOS, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SALVO LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES. IGUALMENTE, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, TODAS LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

CLAUSULA OCTAVA. CONTINUIDAD DE COBERTURA.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA AL GRUPO ASEGURADO VIGENTE AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA QUE TUVIERAN CON OTRA ASEGURADORA, LO CUAL IMPLICA QUE SE AMPARAN LAS MISMAS COBERTURAS CONTRATADAS Y HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, ACEPTANDO DICHS RIESGOS EN EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTREN Y EN IGUALES CONDICIONES DE EDAD, ESTADO DE SALUD, CALIFICACIÓN DE EXTRAPRIMAS, PORCENTAJES, LIMITACIONES DE COBERTURA Y CAUSAS.

PARA EFECTOS DE LAS PREEXISTENCIAS SE CUBREN LAS QUE SE HAYAN ADMITIDO EN LA PÓLIZA ANTERIOR, EXCEPTO PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, TODA VEZ QUE SU COBERTURA Y POR CONSIGUIENTE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE VA A ESTABLECER CON BASE EN LA FECHA DEL EVENTO GENERADOR O ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD.

EN ESTA CLÁUSULA SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES, ALCANCES DE COBERTURA Y CLÁUSULAS DEFINIDAS POR ASEGURADORA SOLIDARIA, EN EL PRESENTE CONDICIONADO Y CONDICIONES PARTICULARES, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A LAS EDADES DE PERMANENCIA

EN VIRTUD DE ESTA CLÁUSULA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, SE SUBROGA EN LOS MISMOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE PODRÍAN HABER ASISTIDO A LA ASEGURADORA QUE TENÍA EL RIESGO EN LA VIGENCIA INMEDIATAMENTE ANTERIOR, PARA TAL EFECTO SE DEJA CONSIGNADA LA OBLIGACIÓN DEL TOMADOR CONSISTENTE EN SUMINISTRAR A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA, RELACIÓN DE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, NOMBRES, APELLIDOS, NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, SUMA ASEGURADA, COBERTURAS CONTRATADAS, LIMITACIÓN DE COBERTURA, ANOTANDO SI EXISTE ALGÚN TIPO DE EXTRA PRIMA POR SALUD U OCUPACIÓN, SU RESPECTIVO PORCENTAJE Y CAUSA, **ANEXANDO LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DILIGENCIADA POR CADA ASEGURADO EN EL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN.** DEPENDIENDO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PACTADOS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR LAS PERSONAS QUE SUPEREN LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN ESTA CLÁUSULA DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA, ESTIME CONVENIENTES.

EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO VARÍE LAS CONDICIONES DEL CRÉDITO POR REFINANCIACIÓN, RETANQUEO O RERUCTURACIÓN, PERDERÁ LA CONTINUIDAD Y DEBERÁ CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD DE LA PRESENTE PÓLIZA, SO PENA QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, SOLO RESPONDA POR LAS CONDICIONES INICIALES DE ASEGURAMIENTO.

CLAUSULA NOVENA. COBERTURA SIN DILIGENCIAMIENTO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

CON SUJECIÓN A LO ESTIPULADO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ OTORGAR AL GRUPO ASEGURADO COBERTURA SIN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, ESTABLECIENDO UNA EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y UN VALOR ASEGURADO MÁXIMO PACTADOS CON EL TOMADOR, LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE SUPEREN LA EDAD Y EL VALOR ASEGURADO DEBEN DILIGENCIAR LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.

CON SUJECIÓN A LO ESTIPULADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE RATIFICA QUE PARA LOS VALORES ASEGURADOS QUE SEAN DESEMBOLSADOS BAJO ESTA CONDICIÓN, SE CUBRIRÁN LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA).

RESPECTO A LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA QUE EXISTA COBERTURA, EL EVENTO GENERADOR DEBE HABERSE DADO POSTERIOR AL INICIO DEL INGRESO COMO ASEGURADO, Y SE TOMARA COMO FECHA DE SINIESTRO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA. ES DECIR QUE NO HAY COBERTURA DE PREEXISTENCIAS PARA ESTE AMPARO.

CLAUSULA DECIMA. AMPARO AUTOMÁTICO

ES EL TIEMPO EN DÍAS QUE SE ACUERDE CON EL TOMADOR PARA HACER ENTREGA DE LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE SEGURO DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS Y EN LAS CUALES LOS SOLICITANTES MANIFIESTAN QUE SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO DE SALUD Y SE CONSTITUYE COMO UNA FACILIDAD PARA EL MANEJO ADMINISTRATIVO DE LA INCLUSIÓN DE ASEGURADOS, DE ACUERDO A LA EDAD Y SUMA ASEGURADA ACORDADA CON EL TOMADOR. LA CLÁUSULA DE AMPARO AUTOMÁTICO NO LIBERA AL SOLICITANTE DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGUROS.

PARA AQUELLAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE SEGURO QUE NO CUMPLAN LA CONDICIÓN ANTERIOR REFERENTE A NO ENCONTRARSE EN BUEN ESTADO DE SALUD, ESTAS SOLICITUDES DEBEN SER ENVIADAS DE MANERA INMEDIATA AL MÉDICO SUSCRIPTOR, Y LA COMPAÑÍA PODRÁ: AUTORIZAR EL INGRESO EN CONDICIONES NORMALES, APLICAR UN RECARGO, SOLICITAR INFORME MÉDICO TRATANTE O PRUEBAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS, CONDICIONAR COBERTURAS O NO ACEPTAR EL INGRESO. ESTA CONDICIÓN ES ACEPTADA POR EL TOMADOR.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA. GARANTÍA DEL TOMADOR.

SE OTORGA LA CONTINUIDAD DE AMPARO DESCRITA EN EL PUNTO ANTERIOR, BAJO LA GARANTÍA SUMINISTRADA POR EL TOMADOR DE INFORMAR LOS RIESGOS QUE HAN SIDO EXTRAPRIMADOS POR LA ASEGURADORA ANTERIOR, A FIN DE APLICAR ESTAS MISMAS EXTRA PRIMAS EN EL COBRO DE LA NUEVA PÓLIZA.

ASÍ MISMO, LA CONTINUIDAD DE AMPAROS QUEDA CONDICIONADA A QUE EL TOMADOR NOS INFORME POR ESCRITO SI TIENE CONOCIMIENTO DE QUE HAYA ASEGURADOS A LOS CUALES YA SE LES HUBIERE DIAGNOSTICADO ENFERMEDADES DE CARÁCTER TERMINAL.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SU AMPARO ADICIONAL TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A. POR EL NO PAGO DE LA PRIMA DE PARTE DEL TOMADOR, VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA.
- B. AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA SI ÉSTA NO SE RENEVA.
- C. POR CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN CADA AMPARO.
- D. CUANDO EL ASEGURADO CANCELE LA TOTALIDAD DE LOS CRÉDITOS OTORGADOS POR LA ENTIDAD TOMADORA.
- E. CUANDO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, REALICE LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE MUERTE, EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES
- G. CUANDO AL MOMENTO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, EL GRUPO ASEGURADO SEA INFERIOR A DIEZ (10) ASEGURADOS PRINCIPALES.

H. CUANDO EL ASEGURADO DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.

Parágrafo:

EN EL CASO DE LAS CAUSALES DE TERMINACIÓN PREVISTAS EN LOS LITERALES C, E, G Y H, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NOTIFICARÁ PREVIAMENTE DICHA CAUSAL AL TOMADOR.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS SE DETERMINARÁ DE ACUERDO A LO SIGUIENTE: SERÁ EL EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA O SALDO INICIAL, ENTENDIÉNDOSE POR ESTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DE FALLECIMIENTO Y/O FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA. PAGO DE PRIMAS

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA VIGENCIA DEL SEGURO. PARA EL PAGO DE LAS DEMÁS PRIMAS MENSUALES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, CONCEDE UN PLAZO DE GRACIA DE UN (1) MES CALENDARIO, A PARTIR DE LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO. DURANTE DICHO PLAZO SE CONSIDERA EL SEGURO EN VIGOR Y POR CONSIGUIENTE SI OCURRE ALGÚN SINIESTRO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE, PREVIA DEDUCCIÓN DE LAS PRIMAS O FRACCIONES CAUSADAS Y PENDIENTES DE PAGO POR PARTE DEL TOMADOR, HASTA COMPLETAR LA VIGENCIA RESPECTIVA.

SI LAS PRIMAS POSTERIORES A LA PRIMERA NO FUEREN PAGADAS ANTES DE VENCERSE EL PLAZO DE GRACIA, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA. BENEFICIARIO

EL TOMADOR ADQUIERE EN TODOS LOS CASOS LA CALIDAD DE BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO, HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA; ENTENDIÉNDOSE COMO SALDO INSOLUTO EL SALDO DE CAPITAL, MÁS INTERESES CORRIENTES, MÁS INTERESES DE MORA, MÁS HONORARIOS JURÍDICOS, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS Y SOBRE LOS CUALES SE HAYA CALCULADO LA PRIMA COBRADA

EN CASO QUE LA PÓLIZA, SEA CONTRATADA POR EL SALDO INICIAL DE LA DEUDA, EL TOMADOR SERÁ EL BENEFICIARIO HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA Y EL REMANENTE (DIFERENCIA ENTRE EL SALDO INICIAL Y EL SALDO INSOLUTO), TENDRÁ COMO BENEFICIARIOS A LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY, CONFORME AL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, SUS AMPAROS ADICIONALES O ANEXOS, EL TOMADOR TIENE LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

- A. DAR AVISO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA.
- B. FACILITAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO.

CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. AVISO DE SINIESTRO

EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, EL TOMADOR DEBERÁ DAR AVISO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. ADHESIÓN

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LEGALMENTE APROBADAS, QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO EN FAVOR DEL ASEGURADO, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERARÁN AUTOMÁTICAMENTE INCORPORADAS A LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL CAMBIO NO IMPLIQUE UN AUMENTO A LA PRIMA ORIGINALMENTE PACTADA Y LAS MISMAS HAYAN SIDO PREVIAMENTE INFORMADAS Y SUMINISTRADAS AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA, CON BASE EN LOS DATOS FACILITADOS POR EL TOMADOR Y ASEGURADO; DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD, DOMICILIO, PROFESIÓN, OCUPACIÓN Y DEMÁS DATOS CONTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS PRESENTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, TODO LO CUAL HA DETERMINADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CÁLCULO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE. SOLAMENTE RESPECTO A LOS AMPAROS ADICIONALES, EL ASEGURADO Y EL TOMADOR ESTÁN OBLIGADOS A COMUNICAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA CUALQUIER MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EN TAL VIRTUD, TANTO EL TOMADOR COMO EL ASEGURADO SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO. LA NOTIFICACIÓN DEBE HACERSE CON UNA ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O ASEGURADO, O ES CONOCIDA POR ALGUNO DE ELLOS.

DEPENDIENDO DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ MODIFICAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DEL PRESENTE CONTRATO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE TENGA CONOCIMIENTO, DE DICHA MODIFICACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

CLAUSULA VIGÉSIMA. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO

LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS ANEXOS PODRÁN SER REVOCADOS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁ TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

TRATÁNDOSE DE LOS AMPAROS ADICIONALES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ REVOCARLO MEDIANTE AVISO ESCRITO AL TOMADOR, ENVIANDO A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN A LA FECHA DE REVOCACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA DEL ENVÍO.

EN ESTE CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, DEVOLVERÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA NO DEVENGADA DESDE LA FECHA DE LA REVOCACIÓN.

EN CUALQUIER CASO, DE REVOCACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INFORMARÁ AL TOMADOR QUE DISPONE A SU FAVOR DE LA PRIMA NO DEVENGADA O DE UNOS SALDOS CORRESPONDIENTES A LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA.

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. NOTIFICACIONES

CUALQUIER ACLARACIÓN QUE DEBAN SURTIRSE LAS PARTES EN RELACIÓN CON ESTE CONTRATO, DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO (SI ASÍ LO EXIGE LA LEY) ENVIANDO A TRAVÉS DE CUALQUIER MEDIO DE COMUNICACIÓN REGISTRADO POR LAS PARTES.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE LAFT

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT; EL TOMADOR, EL (LOS) ASEGURADOS Y EL BENEFICIARIO SE OBLIGAN PARA CON LA ASEGURADORA A DILIGENCIAR EL FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (FUCC) DE ACUERDO CON SUS POLÍTICAS PREVIO A LA VINCULACIÓN Y AL MOMENTO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA ACTUALIZA LOS DATOS DE LOS CLIENTES DE FORMA ANUAL ATENDIENDO LAS POLÍTICAS DEFINIDAS AL INTERIOR DE LA MISMA.

SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE ASEGURAMIENTO TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS LISTAS INTERNACIONALES VINCULANTES PARA COLOMBIA, DE CONFORMIDAD CON EL DERECHO INTERNACIONAL; PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN LA LISTA DE LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL OFAC DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA (U.S. DEPARTMENT OF THE TREASURY). ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA HARÁ USO DE SUS FACULTADES Y REVOCARÁ UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGUROS, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR.

CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACIÓN FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO

AUTORIZO DE MANERA PREVIA, EXPRESA Y VOLUNTARIA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, O A QUIEN REPRESENTE SUS DERECHOS A CONSULTAR, ALMACENAR, ADMINISTRAR, TRANSFERIR, PROCESAR Y REPORTAR MI INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN O BASES DE DATOS DEBIDAMENTE CONSTITUIDAS RESPECTO AL COMPORTAMIENTO FINANCIERO Y COMERCIAL.

CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE FRAUDE

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, SOBRE EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO, LA ASEGURADORA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO DE SEGUROS UNILATERALMENTE, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR; CUANDO SE EVIDENCIA INDICIOS, MALA FE O PRESUNCIÓN DE FRAUDE RESPECTO DEL TOMADOR O ASEGURADO.

CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL TOMADOR, QUEDARÁ PRIVADO DE TODO DERECHO DERIVADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTE, O SI EN APOYO A ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA. DOMICILIO

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES EL ANOTADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**CLAUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA. DISPOSICIONES LEGALES**

LAS ANTERIORES CONDICIONES DE AMPAROS DEFINIDOS Y EXCLUSIONES APLICAN SÍ Y SOLO SÍ, SON CONTRATADOS POR EL TOMADOR E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY PARA LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS NI RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRÁN APLICACIÓN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

Como Notario Primero del
Circulo de Calarca Q.,
CERTIFICO que la
presente es Fiel copia del
BOYLE. 09 ABR 2018
NOTARIO PRIMERO

11488

LUGAR Y FECHA Armenia 17 de noviembre de 2017

INTERVIENEN

DR. JULIO CESAR TAPIA GUERRERO CC 12.978.968 Md general
DR. CARLOS FABIAN JOJOA JIMENEZ CC 76.304.988 Md general
DR. JAIR DE JESUS TORO RAMIREZ CC 10.114.988 Md general

Notario
CIRCULO DE CALARCA
QUINDIO
Fernando Martinez Ocampo
Notario

ASUNTO

QUE TRATA DEL ACTA DE JUNTA MEDICO LABORAL DE POLICIA, QUE ESTUDIA EN TODAS SUS PARTES LOS DOCUMENTOS DE SANIDAD DEL CASO A VALORAR, CLASIFICANDO LA CAPACIDAD LABORAL, LESIONES, SECUELAS, INDEMNIZACIONES E IMPUTABILIDAD AL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 15 DECRETO 1796 DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2000, ACORDANDO EL TEXTO Y CONCLUSIONES, DE ACUERDO CON LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS TRATANTES

En Armenia a los 17 días de Noviembre de 2017, se reunieron los señores Médicos de Sanidad anteriormente anotados, para efectuar la Junta Médico Laboral al señor(a) IJ OSPINA TOBON NELSON, Perteneiente a DICAR después de estudiar en todas sus partes los documentos de Sanidad relacionados con el caso mencionado, acordamos el texto y conclusiones del Acta de Junta que se transcribe a continuación:

I. IDENTIFICACION.

El Señor(a) IJ OSPINA TOBON NELSON, Código Militar No. 18396778, Cédula de Ciudadanía No. 18396778, de CALARCA-QUINDIO Fecha de Nacimiento: 31/07/1976 Natural de: CALARCA-QUINDIO, Edad: 41 años, Tiempo de Servicio: 23 años, 9 meses, 11 días, Dirección: CT 27 30 A 31 NO REPORTADO CALARCA QUINDIO, Teléfono 3214520193.

II. ANTECEDENTES.

Al paciente se le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

Se le ha practicado Junta Médica Laboral:

No.35 25/01/2008, MANIZALES, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 052/2007 DEQUI, LITERAL B DCL 0%, INCAPACIDAD NO AMERITA INCAPACIDAD, APTO INDICES ASIGNADOS 0,

Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: NO

Antecedentes del Informativo:

III. CONCEPTOS DE ESPECIALISTAS: OPTOMETRIA del 11/07/2017 Dra. Maria del Pilar Serrato: astigmatismo, valoración por oftalmología.

OFTALMOLOGIA del 07/10/2016 Dr. Mario Jiménez: antecedentes de toxoplasmosis ocular, hipotiroidismo. Ojo derecho nervio EXC 0.6 adelgazamiento de anillo en región temporal, macula con LE hipo pigmentada, Sion coroidea de aproximadamente 5DD. Ojo izquierdo macula sana. Paciente con ceguera legal de ojo derecho, ojo izquierdo con adecuada función visual.

ENDOCRINOLOGIA del 07/02/2013 Dr. Adolfo Bayona: hipotiroidismo post yodo terapia, tratamiento levo tiroxina 175 microgramos día.

Three handwritten signatures and fingerprints are visible at the bottom of the page.

I.J. OSPINA TOBON NELSON

18396778

IV. SITUACION ACTUAL

Esta JML es autorizada por el Señor Director de Sanidad, mediante oficio N°.427999 del 15/09/2017 DISAN-ARMEL.

V. ANALISIS DE LA SITUACION

Se valora paciente casado. Inicio de estudio por patología el día 14/08/2017 por el Dr. Julio Cesar Tapia Guerrero. Tiene antecedente de toxoplasmosis ocular derecha que recibió tratamiento médico y su valoración por oftalmología se realizó en la etapa inicial de la enfermedad. Tuvo manejo con yodo radiactivo en el año 2011 y se presenta hipotiroidismo secundario que se maneja farmacológicamente. Encontrándose buenas condiciones generales, P: 85 kilogramos. T.:1.80 metros. Cabeza: Ojos con pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y a la acomodación, agudeza visual ojo derecho percibiendo únicamente sombras. Cuello: tiroides de tamaño, forma y consistencia normales, sin alteración de la deglución y sin masas. Se revisa Historia Médico laboral suministrada por el Área sin foliar, se revisa historia clínica física, historia clínica en el sistema integral de salud de la Policía Nacional (SISAP), TSH del 26/04/2017: 4.48 microgramos. NO TIENE TML PREVIO, SI TIENE JML PREVIAS.

VI. CONCLUSIONES.

A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas

A.1 TOXOPLASMOSIS DEL OJO DERECHO QUE DEJA COMO SECUELA CEGUERA

A.2 HIPOTIROIDISMO DE MANEJO MEDICO

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad para el servicio.

INCAPACIDAD RELATIVA Y PERMANENTE - NO APTO. Por Artículo Art. 52 Lit. f y Art 68 lit.a, REUBICACION LABORAL NO Labores .

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

Presenta una disminución de la capacidad laboral de:

Actual: SESENTA Y DOS PUNTO DIEZ POR CIENTO 62.10 %

Total: SESENTA Y DOS PUNTO DIEZ POR CIENTO 62.10 %

D. Imputabilidad del servicio.

De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/2000 le corresponde el literal:

Enfermedad General/Común, Se trata de Enfermedad Común.

E. Fijación de los correspondientes índices.

De acuerdo al Artículo 71 del Decreto 094/1989, modificado y adicionado por el Decreto Ley 1796 de 2000, le corresponde los siguientes índices:

A.1 NUMERAL 6-055 LITERAL SIN LITERAL 15 PUNTOS

A.2 NUMERAL 2-020 LITERAL SIN LITERAL 8 PUNTOS

VII. DECISIONES.

En presencia de los participantes se establece que la decisión ha sido tomada por unanimidad y corresponde a la veracidad de los hechos. Se realiza en Papel de seguridad folios Nos. se realiza en papel común.

VIII. CONVOCATORIA A TRIBUNAL MEDICO LABORAL.

Contra la presente Acta de Junta Médico Laboral procede la convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía del cual podrá hacerse uso dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación según lo establecido en el Decreto 1796/2000, ante la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional.

DR. JULIO CESAR TAPIA GUERRERO
Médico General RM 3956/92 cc 12.978.968.

Dr. CARLOS FABIAN JOJOA JIMENEZ
Médico General RM 760576 cc 76.304.988

Dr. JAIR DE JESUS TORO RAMIREZ
Médico General RM 3634-9 cc 10.114.998

Como Notario Primero del
Círculo de Calarcá Q.,
CERTIFICO que la
presente es Fiel copia del
original que tuve a la vista.

09 APR 2018
NOTARIO PRIMERO

NOTARIA PRIMERA
CIRCULO DE CALARCÁ
QUINDIO

Luis Fernando Martínez Ocampo

Notario

En Armenia, a los 24 días del mes de ~~NOVIEMBRE~~ de 2017, a las horas se notificó personalmente al señor(a) IJ OSPINA TOBON NELSON, identificado con Cédula de Ciudadanía Nro. 18396778 CALARCA-QUINDIO de las conclusiones del acta de Junta Médico Laboral No. 11488 del 17 de Noviembre de 2017, registrada en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, y se le hizo saber del derecho que tiene para reclamar por escrito ante la Secretaria General del Ministerio de Defensa Nacional, elevando una solicitud de Convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía con un plazo de cuatro (4) meses a partir de la fecha de la presente notificación, de acuerdo a los Decretos 94 de 1.989 y 1796 de 2.000.

NOTIFICADOR: Patrullero JORGE ANDRES ACEVEDO MEJIA
Secretario (a) Notificador

NOTIFICADO: IJ. OSPINA TOBON NELSON

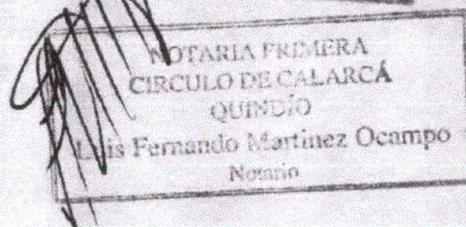
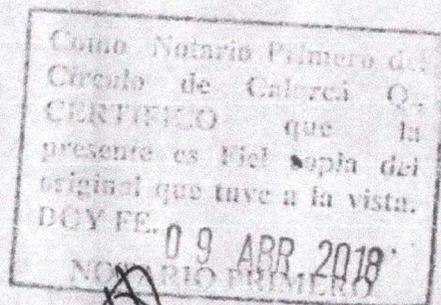
CC N°. 18396778

FECHA : 24-11-2017

DIRECCION : Cia 27 # 30 A-31

CIUDAD : Calarcá

TELEFONO : 3214520193



Bogotá D.C, 22 de mayo de 2018
OBSP-18 - 1.058-RUI - 6736

Señores
BANCO PICHINCHA S.A
Calle 20 No. 42 – 81 Piso 4
Tel: 6501050
Bogotá

REFERENCIA. POLIZA: VIDA GRUPO DEUDOR 994.000.000.001
TOMADOR: BANCO PICHINCHA S.A
ASEGURADO: NELSON OSPINA TOBON CC 18396778
RECLAMACION: No. 670 - 16 - 2017 – 31302
AMPARO: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Respetados Señores.

Atentamente hemos recibido los documentos mediante los cuales solicitan la afectación del amparo por Incapacidad Total y Permanente, luego de que el pasado 17 de noviembre de 2017, fuese calificado el Sr. Nelson Ospina Tobón, mediante Junta Medico Laboral de Policía No. 11488, sobre el particular, nos permitimos manifestar lo siguiente:

El Sr. Nelson Ospina Tobón, firmó la declaración de asegurabilidad al momento de solicitar el crédito número 3302812, iniciando su cobertura a partir del 13 de junio de 2017, fecha en que fue desembolsado; en la declaración antes enunciada, el asegurado manifestó no padecer ni haber padecido de ninguna enfermedad, en los siguientes términos:

"(...) Yo Nelson Ospina Tobón identificado con cedula de ciudadanía No. 18396778. El abajo firmante declaro que:

(✓) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

() Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

() Hipertensión Arterial () Hipotiroidismo () Colesterol Alto () Otra Enfermedad
() Diabetes Mellitus () Hiperlipidemia () Triglicéridos Alto ¿Cual? _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

<i>Enfermedad</i>	<i>Año Diagnostico</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Estado Actual de la Enfermedad</i>
_____	_____	_____	_____ (..)"

Ahora bien, de la revisión de la documentación aportada como soporte de su reclamación, entre otros, el acta de junta medico laboral de policía, se establece que las enfermedades que motivan la calificación son Toxoplasmosis Ocular ya diagnosticada para el año 2011 e Hipotiroidismo post yodo terapia diagnosticada en el año 2013, es decir antes de ingresar como asegurado de la póliza que se solicita afectar.

Al respecto, el numeral 1.2.1.2.1 de las Condiciones Generales de la póliza de seguro de vida grupo, en relación con las exclusiones de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, establecen que no habrá lugar a afectar el contrato de seguro bajo dicha cobertura cuando:

"(...) 1.2.1.2.1 Exclusiones, Cuando el evento generador de la Incapacidad Total y Permanente, se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado (...)"

OBSP-18 - 1.058-RUI - 6736

Es importante resaltar, que la Aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. El Sr. Nelson Ospina Tobón, presenta antecedentes importantes de salud que no fueron manifestados al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad; esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

"(...) 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. (...)"

En tanto, el artículo 1039 del mismo código, prevé:

"(...) El seguro puede ser contratado por cuenta de un tercero determinado o determinable. En tal caso, al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada. (...)"

De acuerdo a los postulados jurídicos, anteriormente enunciados, señalamos que la Sr. Nelson Ospina Tobón, omitió informar que padecía de Toxoplasmosis Ocular e Hipotiroidismo post yodo terapia, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumenta las probabilidades de complicarlo en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dichos diagnósticos son factores de riesgo para su disminución de calificación laboral, presentándose así un nexo causal directo entre las circunstancias no mencionadas en la declaración de asegurabilidad y el origen de la calificación del asegurado.

Ahora bien, el artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

"(...) Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar. (...)"

Así fue considerado por la corte suprema de justicia en la sentencia SC2803 de 2016 en la plantea entre otros aspectos el siguiente:

"(...) 9.- El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...). Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...). Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo,

OBSP-18 - 1.058-RUI - 6736

excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiera en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, 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. (...)

En consecuencia, dado que las patologías que dieron origen a la incapacidad del Sr. Nelson Ospina Tobón se encontraban presentes al momento de ingresar a la póliza vida grupo deudor que se pretende afectar, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, le informa que *objeta* la reclamación presentada y declina el pago de la indemnización solicitada, basándonos en las condiciones generales de la póliza y conforme el artículo 1058 del Código de Comercio.

Con toda atención,



**GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Copia: Negocios Corporativos // Dra. Cristina Vanegas
Delima Marsh // Luz Enit Vásquez Bernal / luz_e.vasquez@marsh.com

Elaboró: JHORTEGON

RECLAMOS SEGUROS PERSONAS

Requerimiento: RUI - 6736 Agencia que atiende: DIRECCION GENERAL		
Agencia de la póliza: NEGOCIOS CORPORATIVOS BANCO PICHINCHA GRUPO DEUDORES		Ramo: VIDA
Póliza: 994.000.000.012		
TOMADOR 890200756 BANCO PICHINCHA S.A		
ASEGURADO 18396778 NELSON OSPINA TOBON		
SINIESTRO 31302		
Fecha siniestro: 2017-11-17 Fecha aviso: 2018-05-10 (14:48)		Fecha registro: 2018-05-10 (15:40)
Valor reserva inicial : 52.000.000	Ajuste de reserva: 0	Pagos: 0
Saldo reserva: 52.000.000		
Detalle del Reclamo:		
Credioficial - ITP		
INCAPACIDAD PERMANENTE		

RECLAMANTE (s)		
Documento	Nombre	Dirección
890200756	BANCO PICHINCHA S.A	CARRERA 11 NO 92 09
Ciudad	Departamento	Teléfono
BOGOTÁ, D.C.	DISTRITO CAPITAL	6501050

AMPARO(s) AFECTADO(s)
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CLAVE INTERMEDIARIO	NOMBRE INTERMEDIARIO
976	DELIMA MARSH S.A.

OBSERVACIONES (Agenda)
<p>2018-05-21 16:53 (GMT -5:00) - JHON ALEXANDER ORTEGON CASALLAS : BANCO PICHINCHA CREDIOFICIAL</p> <p>INICIO VIGENCIA PÓLIZA: 13/06/2017</p> <p>FECHA DE SINIESTRO: 17/11/2017</p> <p>TIEMPO EN PÓLIZA: 5 Meses</p> <p>EDAD DEL ASEGURADO: 42 Años</p> <p>TIENE SINIESTROS ANTERIORES: No</p> <p>CONSULTA ESTADO DE CEDULA REGISTRADURIA: No aplica , Cedula Vigente</p> <p>AMPARO AFECTADO: Incapacidad Total y Permanente (Saldo Insoluto) + Remanente</p> <p>VALOR: \$52.000.000 (Saldo \$52.080.930 / Remanente: No Aplica)</p> <p>DILIGENCIA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD? Si, No declara antecedentes</p> <p>TIENE AMPARO AUTOMATICO? No.</p> <p>VALOR DEL AMPARO AUTOMÁTICO? No Aplica</p> <p>TIENE CLAUSULA DE CAUSALIDAD? Si Directa o Indirecta</p> <p>CAUSA DEL SINIESTRO: Incapacidad Total y Permanente emitida por JML</p> <p>APLICA ASIGNACIÓN INVESTIGADOR? No.</p> <p>DETALLE DEL CASO: Asegurado de 42 años que ingresa a la poliza el 13/06/2017, el banco pretende afectar cobertura de Incapacidad Total y Permanente dado el saldo insoluto que presenta el asegurado bajo línea de crédito Credioficial.</p> <p>El asegurado es calificado por JML del 17/11/2017 con DCL del 62.10% en la cual le califican Toxoplasmosis del ojo derecho que deja como secuela ceguera con 15 puntos e Hipotiroidismo de manejo medico con 8 puntos. La toxoplasmosis de acuerdo con la JML es anterior al 2011 dado el manejo con yodo readioactivo que a su vez dicho tto genera hipotiroidismo posto yodo terapia segun</p>

informe de endocrinología del 07/02/2013.

El asegurado no declara antecedentes relevantes pero según calificación si tenía antecedentes que agravaban el riesgo con relación al ingreso de la póliza.

Se solicita revisión médica

SOLICITUD MEDICA

Dr. póliza Banco Pichincha - **Póliza con nexo causal Directo e Indirecto**

Asegurado quien de acuerdo con el HC fallece a consecuencia de (Neumonía - Fiebre No especificada) ingresa a la póliza el 07/06/201

Según HC el asegurado presentaba antecedentes médicos de DISTONIA CERVICAL Y FACIL, HEMIPARESIA DERECHA

DEFINICION

De acuerdo con la revisión médica se determina que no hay causa directa o indirecta relacionada con el fallecimiento.

Los antecedentes médicos fueron Dx dentro de la vigencia

Se activa pago del 100% del saldo insoluto al tomador Bco Pichincha \$16.235.141

Queda pendiente el pago del remanente.

2018-05-21 17:00 (GMT -5:00) - JHON ALEXANDER ORTEGON CASALLAS :

OMITIR ANTERIOR OBSERVACION

BANCO PICHINCHA CREDIOFICIAL

INICIO VIGENCIA PÓLIZA: 13/06/2017

FECHA DE SINIESTRO: 17/11/2017

TIEMPO EN PÓLIZA: 5 Meses

EDAD DEL ASEGURADO: 42 Años

TIENE SINIESTROS ANTERIORES: No

CONSULTA ESTADO DE CEDULA REGISTRADURIA: No aplica , Cedula Vigente

AMPARO AFECTADO: Incapacidad Total y Permanente (Saldo Insoluto) + Remanente

VALOR: \$52.000.000 (Saldo \$52.080.930 / Remanente: No Aplica)

DILIGENCIA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD? Si, No declara antecedentes

TIENE AMPARO AUTOMATICO? No.

VALOR DEL AMPARO AUTOMÁTICO? No Aplica

TIENE CLAUSULA DE CAUSALIDAD? Si Directa o Indirecta

CAUSA DEL SINIESTRO: Incapacidad Total y Permanente emitida por JML

APLICA ASIGNACIÓN INVESTIGADOR? No.

DETALLE DEL CASO: Asegurado de 42 años que ingresa a la póliza el 13/06/2017, el banco pretende afectar cobertura de Incapacidad Total y Permanente dado el saldo insoluto que presenta el asegurado bajo línea de crédito Credioficial.

El asegurado es calificado por JML del 17/11/2017 con DCL del 62.10% en la cual le califican Toxoplasmosis del ojo derecho que deja como secuela ceguera con 15 puntos e Hipotiroidismo de manejo medico con 8 puntos. La toxoplasmosis de acuerdo con la JML es anterior al 2011 dado el manejo con yodo radiactivo que a su vez dicho tto genera hipotiroidismo posto yodo terapia segun informe de endocrinología del 07/02/2013.

El asegurado no declara antecedentes relevantes pero segun calificacion si tenia antecedentes que agravaban el riesgo con relacion al ingreso de la póliza.

Se solicita revisión médica

COBERTURA

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS, SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%. (UNA VEZ AFECTADO ESTE AMPARO CESARA LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA). SIEMPRE QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. NO OBSTANTE LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ESTE AMPARO SE EXTIENDE A CUBRIR LA INCAPACIDAD SUSCITADA POR EL INTENTO DE SUICIDIO.

2018-05-22 14:56 (GMT -5:00) - JHON ALEXANDER ORTEGON CASALLAS :

CONCEPTO MEDICO

2018-05-22 11:03 (GMT -5:00) - DOCTOR JESUS MAURICIO PINZON : Asegurado hombre de 41 años a quien su regimen especial le califica cuna PCL del 62.1% estructurada en noviembre de 2017. DX:

1) Toxoplasmosis ojo derecho 2) hipotiroidismo. No viene HC solo el dictamen pero según se describe la patología visual está presente desde el 2011 y a raíz del tratamiento que recibió se generó un hipotiroidismo iatrogénico el cual fue evidente en 2013. Así las cosas están calificando patologías previas. Proceder a objetar por reticencia en éste caso con nexo causal directo.

DEFINICION

De acuerdo con el concepto medico se establece que el asegurado ingreso a la poliza con patologias que afectaron su estado de salud y por lo cual fue calificado y que no fueron declaradas

Se emite objecion por reticencia

SEGUIMIENTO

Tercero Asignado	Especialidad	Fecha Inicio	Fecha Entrega
	PROFESIONAL MÉDICO		

DETALLE DE PAGOS

Ord.Pago	Pagado a	Fecha pago

AUTORIZACIONES

Grabado por: ANCRUZ – NEGOCIOS CORPORATIVOS

Fecha generación Caratula: 2018-05-22 (15:42)

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

CERTIFICA

Que el Banco Pichincha es el tomador de la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000012 que amparaba la línea de Crédito Credioficial Nueva No. 3302812, en la cual figuraba como asegurado el señor **NELSON OSPINA TOBON**, identificado con cédula de ciudadanía 18.396.778, desde el 01 de agosto del 2017 hasta el 31 de agosto del 2017 y desde el 01 de octubre del 2017 hasta 31 de octubre del 2018.

La póliza en mención contaba con los siguientes amparos:

- **MUERTE POR CUALQUIER CAUSA**
- **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

La presente se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los 03 días del mes de septiembre de 2020



CRISTINA VANEGAS
Gerente Negocios Corporativos
Y Canales Alternos

Elaboró: Laiy

Defensor del Consumidor Financiero
Doctor Manuel Guillermo Rueda Serrano
Dirección: Calle 28 No. 13 A - 24 oficina 517
Teléfonos: (1) 7518874 - 3153278994
Correo electrónico: manuelg.rueda@gmail.com

Bogotá, 11 de mayo de 2018
SDO-18 -1.504 - RUI - 6736

Señores
BANCO PICHINCHA S.A
Carrera 11 No. 92 – 09
Tel: 6501050
Bogotá

REFERENCIA: **POLIZA:** VIDA GRUPO DEUDORES No. 994.000.000.012
TOMADOR: BANCO PICHINCHA S.A.
ASEGURADO: NELSON OSPINA TOBON CC 18396778
SINIESTRO: 670 - 16 - 2017 - 31302

Respetados señores:

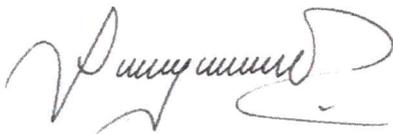
Con toda atención, damos acuse de recibo del aviso de siniestro de la referencia con ocasión a su solicitud de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente, estructurada el 17 noviembre 2017

Sobre el particular nos permitimos informarle que, para formalizar la reclamación de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio y conforme a la póliza que se pretenda afectar, se hace necesario aportar los siguientes documentos:

- ✓ Certificación del saldo de la deuda, para el día de la calificación de invalidez, del Sr. Nelson Ospina Tobón, emitido por el Revisor Fiscal.
- ✓ Calificación de invalidez, emitida por la Junta Regional de Invalidez, donde se indique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, así como las patologías que ocasionan el estado de invalidez.
- ✓ Copia de la historia clínica del Sr. Nelson Ospina Tobón
- ✓ Copia del documento de identificación del Sr. Nelson Ospina Tobón
- ✓ Copia de los documentos de ingreso del Sr. Nelson Ospina Tobón a la póliza.

Quedamos atentos a lo solicitado y agradecemos enviarlo a la Calle 100 N 9ª – 45, Piso 3 torre 1 en la Ciudad de Bogotá, reservando nuestro derecho a requerir información adicional si se considera necesario.

Cordial saludo,



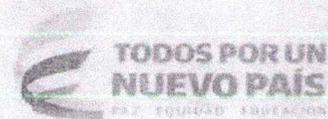
GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Copia: Negocios Corporativos // Dra. Cristina Vanegas
Delima Marsh // Luz Enit Vásquez Bernal / luz.e.vasquez@marsh.com

Elaboró: JHORTEGON



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO



EL SUSCRITO JEFE GRUPO ADMINISTRACIÓN HOJAS DE VIDA DE LA
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que el Señor (a) IJ. OSPINA TOBON NELSON identificado con C.C. No. 18.396.778, presta sus servicios en la Policía Nacional desde el 6 de febrero de 1995 y a la fecha tiene un tiempo de servicio de 24 Años, 2 Meses, 1 Días.

La presente constancia se expide a solicitud del señor (a) IJ. OSPINA TOBON NELSON el domingo, 8 de abril de 2018.

Teniente. **DIANA PAOLA GÓMEZ GÓMEZ**
Jefe Grupo Administración Historias Laborales

Carrera 59 Nro. 26 - 21 CAN Bogotá

Teléfono 5159199 - 5159408

www.policia.gov.co

Impreso desde el PSI con No. de PIN : 27602402

Página : 1 de 1



2/16

BANCO PICHINCHA

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (solo debe ser diligenciado por el deudor)

En el evento de siniestro, autorizo a Banco Pichincha S.A. a descontar del pago de la indemnización el saldo insoluto de la Deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro, el excedente, si lo hubiere, solicito le sea entregado a los beneficiarios que se encuentran descritos a continuación en sus respectivos porcentajes.

BENEFICIARIOS			
NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE CÉDULA	PARENTESCO	%

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA CRÉDITOS DE VEHÍCULOS Y/O FUNCIONARIOS DEL BANCO.

MARQUE X
Yo, _____ identificado con cédula de Ciudadanía No. _____

Estatura	Peso
_____ m	_____ Kg

Declaro que:
 En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.
 Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Hipertlipidemia	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Linfadenitis	<input type="checkbox"/> Varices en miembros inferiores
<input type="checkbox"/> Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Duodenitis	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática (sin complicaciones)
<input type="checkbox"/> Colitis no autoinmunes	<input type="checkbox"/> Hernia Hiatal	<input type="checkbox"/> Esofagitis	<input type="checkbox"/> Hipotensión	<input type="checkbox"/> Síndrome de colon irritable	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hernia Inguinal	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Triglicéridos elevados	Cúal? _____

Ingiere usted: De 6 a 20 tragos por semana Más de 20 tragos por semana
 Ingiere usted: De 6 a 20 cigarrillos por semana Más de 20 cigarrillos por semana

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entendera que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD OTRAS LÍNEAS DE CRÉDITO (EMPRESAS Y LIBRANZAS)

MARQUE X
Yo, Nelson Ospina Tobon identificado con cédula de Ciudadanía No. 18.396.778

El abajo firmante, declaro que:
 En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.
 Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Hipertlipidemia	<input type="checkbox"/> Triglicéridos Alto	Cúal? _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entendera que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de estas declaraciones; y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedará viciado de nulidad en los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio. Autorizo a la Aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento de he dado a mis obligaciones y a mi información comercial disponible, sin perjuicio de los estipulado por el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años.

Declaro que acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de Vida Grupo a que accede esta solicitud.

Como Constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 08 días del mes Jun del año 2017 en la ciudad de Armenio.

Firma y Huella Solicitante del Seguro



Huella índice derecho

FORMATO COMPRA DE CARTERA

Primer Nombre **Nelson** Segundo Nombre **-** Primer Apellido **Ospina** Segundo Apellido **Tobon**
 Tipo de Identificación Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería Pasaporte Carné Diplomático No. de Identificación **18.396.778**

Compra de Cartera con tarjeta de Crédito Compra de Cartera con Crédito Personal Compra de Cartera con Crédito de Libranza

TARJETA DE CRÉDITO

Autorizo que con un cargo a mi Tarjeta de Crédito del Banco Pichincha S.A. No. _____ O la que me sea aprobada y otorgada por esa Entidad (Franquicia): Visa _____ / MasterCard _____, se abone y/o pague la totalidad del saldo de la(s) obligación (obligaciones) relacionada(s) con la(s) siguiente(s) tarjeta(s) de crédito, obligación (obligaciones) que figuran a mi nombre.

No. TC a Comprar	Emisor	Franquicia	Valor Total \$

La(s) obligación (obligaciones) contraída(s) con el Banco Pichincha S.A. a partir de la(s) compra(s) de cartera antes relacionada(s) deberá(n) diferirse a un plazo de _____ meses, contados a partir de la fecha de abono y/o pago de la respectiva obligación.

La(s) compra(s) de cartera ordenada(s) por el presente documento se realizará(n) dentro de los cuatro (4) días hábiles siguientes a la fecha de entrega de la Certificación de Saldo o Extracto emitido por la respectiva Entidad Acreedora de cada obligación.

Acepto que el Banco Pichincha S.A. tome los saldos aquí mencionados como una compra efectuada con mi Tarjeta de Crédito de Banco Pichincha S.A., con el plazo elegido por mí y a una tasa de interés del _____ % E.A. (_____ % n.m.v.).

Así mismo, exonerado de toda responsabilidad al Banco Pichincha S.A., si por cualquier causa el valor a abonar a la(s) tarjeta(s) de crédito relacionada(s) anteriormente, no se efectúa dentro del plazo límite establecido por la(s) respectiva(s) Entidad(es) en la(s) que se tiene(n) la(s) tarjeta(s), o no se efectúa el pago parcial o total de las obligaciones por no tener cupo disponible en la tarjeta de crédito que poseo con el Banco Pichincha S.A. y contra la cual se solicita cargar dicho valor. Adicionalmente, certifico que me haré responsable por los saldos que resulten después de ser aplicados los valores abonados a los productos arriba descritos con cada entidad financiera, exonerando al Banco Pichincha S.A. de cualquier responsabilidad en el evento en que no se cubra totalmente el valor adeudado dentro de las obligaciones relacionadas en el cuadro anterior.

CRÉDITO PERSONAL

Autorizo de manera expresa e irrevocable al Banco Pichincha S.A. para desembolsar y constituir un nuevo crédito a mi nombre, pactado a un plazo de _____ meses, a una tasa de interés remuneratorio inicial del _____ % E.A. (equivalente a _____ % n.m.v.). El objeto de dicho crédito será el de pagar la(s) obligación(es) de crédito que se relacionan a continuación y respecto de las cuales declaro soy deudor.

Entidad	Nit	Tipo de Producto	No. Obligación	Valor Total	Tipo de Cuenta	No. de Cuenta	Entidad

*Si la compra de cartera a realizar es a un tercero diferente a una entidad financiera, será obligatorio registrar la información de los Datos para Pago Compra de Cartera, ó si por el contrario el pago se debe realizar directamente en las oficinas del tercero, registrar en el campo de Entidad, el mismo tercero.

Declaro que me hago responsable por los saldos de las obligaciones, que resulten luego de ser aplicados los valores abonados a los productos arriba descritos con cada tercero, exonerando al Banco Pichincha S.A. de cualquier responsabilidad en el evento en que no se cubra totalmente el valor adeudado dentro de una o varias de las obligaciones relacionadas en el cuadro anterior; así mismo, si el valor cancelado por el Banco Pichincha S.A. fuese mayor al adeudado, me encargaré de realizar los trámites pertinentes de devolución de saldos a favor frente al respectivo tercero, exonerando al Banco Pichincha S.A. de cualquier responsabilidad.

CRÉDITO DE LIBRANZA

Entidad o Beneficiario	Nit	No. Obligación	LIB	Valor Cuota Libranza	Valor Total Obligación
Banco BBVA	860003020	028185	<input checked="" type="checkbox"/>	\$ 873.173 =	\$ 411'088.000 =

En mi calidad de titular del crédito de libranza otorgado por Banco Pichincha S.A. autorizo que el desembolso de dicho crédito se realice al beneficiario y en la modalidad descrita en el presente formato, descontando previamente los impuestos, costos y comisiones a que haya lugar. Autorizo los pagos de las obligaciones sean realizados directamente a la(s) entidad(es) beneficiaria(s) arriba indicada(s), y si el valor del crédito aprobado por Banco Pichincha S.A. supera el valor adeudado en la(s) otra(s) entidad(es), solicito que el monto excedentario se abone a la cuenta por mí designada en la solicitud de crédito de libranza respectiva. En caso que el valor abonado por Banco Pichincha S.A. a la(s) entidad(es) beneficiaria(s) del pago sea mayor al adeudado por mí a ésta(s), en mi condición de titular de la(s) obligación(es) que autorizo sea(n) pagada(s) o cancelada(s), me encargaré de hacer los trámites pertinentes de devolución de saldos a favor en cada una de las respectivas entidades, exonerando de toda responsabilidad al Banco Pichincha S.A.

Certifico que los datos suministrados en este documento son verídicos y exactos, por lo cual eximo al Banco Pichincha S.A. de cualquier hecho o circunstancia y de toda responsabilidad derivada de cualquier error o inexactitud de la información, que generen entre otros posibles eventos, errores en los pagos o la imposibilidad de proceder con la formalización de la compra de cartera.

FIRMA TITULAR CUENTE

Nombre del Cliente **Nelson Ospina Tobon**
No. Identificación del Cliente: **18396778**



PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO PICHINCHA

Firma y sello Visado Nombre del Funcionario y C.C. **Lina Guerrero** Fecha **08-06-2017**
 10914900593

BBVA

3 CHEQUES RECIBIDOS: 1

MONEDA: COP

TOTAL CHEQUES: 40.470,909,00

MONTO DE PAGO: PAGO ANTECIPADO FUNDACION DE CUOTA

ARCA CREDITO: 0013015864968028185

TITULAR: NELSON OSPINA TORO

IDENTIFICACION: 108000001336678

EL PAGO RECIBIDO CON CHEQUE DE OTRA ENTIDAD SERA

APLICADO CUANDO EL BANCO OTORGO LA CONVERSIÓN

BBVA - COLOMBIA

AVISO PAGO PRESTAMO EL CHEQUE

14/06/2017

SUBSISTEMAS: 0967

(Handwritten signature)

3718570198 JUN 11 10:51 AM
BBVA
CALLE 100 N. 100-100
BOGOTÁ, COLOMBIA



PAGARÉ

⁽¹⁾Pagaré No. _____

Deudor(es):

1. _____

Identificado con: _____ Número: _____ Obrando en nombre propio

y además en nombre y representación de _____

Identificado con: _____ Número: _____

2. _____

Identificado con: _____ Número: _____ Obrando en nombre propio

y además en nombre y representación de _____

Identificado con: _____ Número: _____

3. _____

Identificado con: _____ Número: _____ Obrando en nombre propio

y además en nombre y representación de _____

Identificado con: _____ Número: _____

a) Ciudad de cumplimiento de la obligación: _____

b) Por Valor Total de: _____ MONEDA LEGAL (\$ _____)

c) Vencimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Yo (nosotros), Deudor(es), identificado(s) como aparece en este documento, actuando en nombre propio y/o representado(s) a través de quien se indica en el cuerpo de este documento, estando debida y plenamente facultado(s) para todos los efectos legales a que haya lugar, tal como se acredita a través de los documentos anexos que integran este título valor, me(nos) obligo(amos) a pagar solidaria e incondicionalmente, en dinero en efectivo, a la orden del Banco Pichincha S.A., su endosatario o legítimo tenedor, o a quien represente sus derechos, o a quien en el futuro ostente la calidad de Acreedor, en la ciudad señalada en el literal a) de este título valor (ciudad de cumplimiento de la obligación), la suma de dinero indicada en el literal b) del presente pagaré (Valor Total), incluyendo los Saldos a Capital, los Intereses Corrientes o Remuneratorios (2), los Intereses Moratorios (2), los Cargos Fijos (3), y los Gastos de Cobranza (4). Este Valor Total indicado en el literal b) corresponde a la sumatoria del valor por capital de todas las sumas de dinero que se adeudan, junto con los intereses remuneratorios y/o moratorios, así como de cualquier otro cargo fijo y gastos de cobranza asociados a las obligaciones de crédito a cargo del Deudor, pagaderos en un solo contado, en la fecha establecida en el literal c) Vencimiento del presente título, valores todos éstos correspondientes a las obligaciones que a continuación se relacionan:

No.	Obligación No.	Saldo a Capital	Tasa Interés Remuneratorio (2)	Tasa Interés Moratorio (2)	Cargos Fijos (3)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

(5) Si el número de obligaciones es superior al número de espacios, éstas se relacionarán en una tabla anexa, la cual se tendrá como parte integral de este Pagaré.

En caso de mora, me(nos) obligo(amos) a pagar a favor del Banco Pichincha S.A., su endosatario o legítimo tenedor, intereses de mora o moratorios calculados con base en la tasa máxima permitida por la Ley y certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia para el efecto, junto con los gastos y costas de cobranza, incluyendo los honorarios de abogado. En ese sentido, se pacta expresamente que los intereses pendientes y debidos producirán intereses en los términos establecidos en el artículo 886 del Código de Comercio y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Desde yo manifiesto(amos) expresamente que no será necesario requerimiento judicial o extrajudicial alguno para que se me(nos) constituya en mora.

En caso que durante el plazo señalado originalmente para el cumplimiento de la obligación, se pacta cualquier prórroga, ésta no podrá interpretarse como una novación de las obligaciones y, por tanto, ninguna de las cláusulas pactadas sufrirá modificación alguna.

En mi(nuestra) condición de Deudor(es) me(nos) comprometo(emos) a contratar, pagar y tener vigente un seguro de vida por el valor de las obligaciones contraídas con el Banco Pichincha S.A.

El Banco Pichincha S.A., su endosatario o legítimo tenedor, queda facultado para declarar insubsistente el(los) plazo(s) de la(s) obligación(es), y, por tanto, acelerar y hacer exigible anticipadamente el pago de la(s) misma(s), sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial alguno y, por tanto, exigir el pago total de las obligaciones, capital, intereses, cargos fijos, y gastos de cobranza, entre otros, en los siguientes eventos: i) Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que adquiermos o respaldamos por el presente Pagaré; ii) En caso de mora o simple retardo en el pago de una o cualquiera de las obligaciones a mi(nuestro) cargo; iii) En caso de muerte del(los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos; iv) Si los bienes del(de los) Deudor(es) son embargados o perseguidos por cualquier persona en ejercicio de cualquier acción; v) El giro de cheques sin provisión de fondos y/o el no pago de los mismos por causa imputable al girador, o la entrega de títulos valores aceptados por el acreedor respecto de los cuales se incumpla el pago; vi) Por no constituir en el término acordado, las garantías reales y/o personales exigidas por el Banco Pichincha S.A.; vii) Si los bienes dados en garantía o como referencia para acceder al crédito se demeritan, gravan o enajenan en todo o en parte, o son perseguidos por terceros a través de acciones administrativas o judiciales, ó si estos dejan de ser garantía suficiente para el Banco Pichincha S.A.; viii) Cambiar la destinación o no realizar en todo o en parte la inversión para la cual fue solicitado el crédito; ix) Si se inicia trámite para la declaración de insolvencia de persona natural no comerciante del(de los) Deudor(es) o de alguno(s) de ellos; x) Cuando el(los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos solicite o sea admitido en cualquier trámite concursal, reorganización de orden patrimonial que haga prever el incumplimiento del pago de mi(nuestras) obligaciones; xi) Cuando haya inexactitud o falsedad de parte del(de los) Deudor(es) o de alguno(s) de ellos, en la información o en los documentos presentados al Banco Pichincha S.A. para obtener la aprobación y/o desembolso del crédito; xii) Cuando no contrate al(los) seguro(s) que debe(n) expedirse a favor del Banco Pichincha S.A. para amparar el(los) riesgo(s) de muerte o invalidez del(de los) Deudor(es) o de alguno(s) de ellos, o la(s) garantía(s) del crédito; xiii) Cuando se produzca la terminación de el(los) seguro(s) que debe(n) expedirse a favor del y/o con beneficiario Banco Pichincha S.A. por falta de pago de las primas o que éste(estos) no se encuentren vigentes por cualquier causa; xiv) Cuando el(los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos, o las entidades de las que sea(n) socio(s), administrador(es) o directivo esté(n) o llegare(n) a ser vinculados por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos; sean incluidos en listas vinculantes para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo o condenados por las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de cualquier hecho punible; xv) Cuando alguno(s) de nuestros socios, accionistas, administradores, directivos o inversionista(s) esté(n) o llegare(n) a ser vinculados por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos; sean incluidos en listas vinculantes para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo o condenados por las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de cualquier hecho punible; xvi) Cuando incurra en mora en el pago de cualquier crédito, bajo cualquier línea, otorgado por el Banco Pichincha S.A. a uno cualquiera de los Deudores o cuando sea necesario para el cumplimiento de alguna(s) obligación(es) respaldadas en otro pagaré o documento(s) en el que yo (nosotros) o alguno(s) de nosotros sea Deudor(es); y, xvii) En los demás casos previstos en la Ley o aquellos en los cuales el Banco Pichincha S.A. necesite ejercer sus derechos como tenedor legítimo del título.

El Deudor expresamente autoriza y acepta desde ahora cualquier endoso o transferencia que de éste se realice el Banco Pichincha S.A., así como la cesión del crédito en él incorporado a favor de cualquier tercero, sin que al efecto sea necesaria notificación previa al Deudor.

El recibo de abonos parciales no implica novación y cualquier pago que hiciera se imputará primero a los gastos, después a intereses, penalidades, honorarios y por último a capital. Declaro(amos) excusada la presentación y la noticia de rechazo. El(los) Deudor(es), inclusive el(los) avalista(s), hacen(amos) constar que la obligación de pago subsiste en caso de cualquier modificación a lo estipulado, aunque se pacte con uno solo de los suscriptores. Acepto(amos) que el pago total o parcial de los intereses como del capital de este título, constarán en los registros sistematizados y comprobantes del Banco Pichincha S.A.

Los gastos originados por concepto de impuesto de timbre u otra carga tributaria y los demás en que incurran por la ejecución del presente título valor, correrán a cargo del(de los) Deudor(es). Para efectos legales, el(los) Deudor(es) excusa(n) el aviso de rechazo, el protesto y la presentación para el pago del presente Pagaré.

Declaraciones y Autorizaciones: i) Autorizo(amos) de manera especial, expresa e irrevocable al Banco Pichincha S.A. para que en mi(nuestro) nombre y representación contrate(n) la gestión de cobranza que sea necesario en el evento de mora o incumplimiento de alguna(s) obligación(es) respaldadas en este pagaré o documento(s) en el que yo (nosotros) o alguno(s) de nosotros sea Deudor(es).

PAGARÉ

de los eventos en éste previstos para hacer exigible de forma inmediata la obligación, debite de cualquier cuenta corriente, de ahorro, depósito electrónico, depósito a término o cualesquier otro producto, que individual o conjuntamente, posea(amos) o llegare(mos) a poseer a mi (nuestro) favor ante el **Banco Pichincha S.A.** o ante cualquier otra entidad financiera perteneciente al Grupo del que forma parte el **Banco Pichincha S.A.** el valor de esta(s) obligación(es), sus intereses, penalidades, gastos y demás sumas adeudadas al **Banco Pichincha S.A.** por cualquier concepto y de cualquier naturaleza. iii) Autorizo(amos) de manera irrevocable al **Banco Pichincha S.A.** su endosatario o legítimo tenedor, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial, reporte o consulte ante las Centrales de Información Financiera como Data Crédito o Cifin, así como cualquier otra entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines, el nacimiento, modificación y/o extinción de las obligaciones directas o indirectas contraídas con anterioridad o que se llegaren a contraer con el sector financiero o real, fruto de aperturas de crédito, cobranzas, contratos, prendas, hipotecas, actos de cualquier otra relación financiera o proceso con el **Banco Pichincha S.A.** su matriz, filiales y/o subordinadas y, en especial, todo lo relativo a créditos, contratos de cuenta de ahorros, cuenta corriente, tarjeta débito, tarjeta crédito y hábitos de pago. Esta autorización comprende la información presente, pasada y futura referente al manejo, estado, cumplimiento de mis relaciones, contratos, servicios, obligaciones, y a las deudas vigentes, vencidas sin cancelar, procesos, o la utilización indebida de los servicios financieros etc. Todo lo anterior mientras estén vigentes y adicionalmente por el término máximo de permanencia de los datos en las Centrales de Riesgo, de acuerdo con los pronunciamientos de la Corte Constitucional y/o lo dispuesto en la Ley, contados desde cuando extinga la relación u obligación, este último plazo para los efectos previstos en los artículos 1527 y S.S. del Código Civil y 882 del Código de Comercio. La presente autorización faculta no sólo al **Banco Pichincha S.A.** su endosatario o legítimo tenedor para reportar, procesar y divulgar ante las Centrales de Información Financiera como Data Crédito o Cifin, así como cualquier otra entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines, datos personales financieros y/o económicos, sino también para que **Banco Pichincha S.A.** su endosatario o legítimo tenedor, pueda solicitar información sobre mis (nuestras) relaciones comerciales con el sector financiero o con terceros, y para que los datos sobre mí(nosotros) reportados sean procesados para el logro del propósito de la Central de Riesgo y puedan ser circularizados o divulgados con fines comerciales. Acepto(amos) que los registros permanezcan por los términos previstos en los reglamentos de las respectivas Centrales de Riesgo. Me(nos) comprometo(amos) con el **Banco Pichincha S.A.** a informar por escrito y oportunamente cualquier cambio en los datos, cifras y demás información, así como a suministrar la totalidad de los soportes documentales exigidos y a actualizar dicha información con una periodicidad mínimo anual, en todo de acuerdo con las normas legales y las reglamentarias emitidas por la Superintendencia Financiera de Colombia. El otorgante se da por enterado que este acto será reportado a las Centrales de Riesgo.

Notas:

- (1) El número de pagaré corresponderá al que sea asignado por el Acreedor, conforme a los criterios que para tal fin tenga y que podrá corresponder o no a una numeración interna.
- (2) Los intereses remuneratorios y de mora, serán los pactados para cada obligación y acumulados a la fecha de vencimiento de este Pagaré, sin que una u otra tasa sobrepasen los topes máximos establecidos por la Ley (artículo 884 del Código de Comercio y demás normas que los modifiquen). En caso de no haberlos pactado, serán los topes máximos autorizados por la ley.
- (3) Los cargos fijos corresponderán respecto de cada obligación a los que consten en los registros sistematizados del **Banco Pichincha S.A.** y/o quien represente sus derechos, por conceptos tales como: Seguros; Comisión por la fianza que otorgan el Fondo de Garantías de Antioquia y/o el Fondo de Garantías Comunitarias; Impuestos, Multas y Compromendos, tratándose de operaciones de Leasing, y Gastos Financieros, entre otros (según la línea de crédito correspondiente).
- (4) Las tarifas y gastos de cobranza se registrarán por las condiciones informadas por **Banco Pichincha S.A.** al Cliente a través de los diversos medios dispuestos para tal fin, y corresponderán a los que se hubieren causado respecto de cada obligación en particular, según la información que repose en los registros del **Banco Pichincha S.A.**
- (5) En caso que el número de obligaciones sea superior al número de espacios, se relacionarán en una tabla anexa (con la misma numeración pre-impresa del pagaré), la cual para todos los efectos legales hará parte integral del presente Pagaré.

Para constancia de lo anterior, se crea este pagaré en Armenia a los 08 días del mes de Jun del año 2017 y se suscribe por:

Firma: 

Nombre: Nelson Ospina Tzobon

Tipo y número de documento de identificación: CC 18396778

Actuando en: Nombre Propio y en Representación de

Nombre o Razón Social: _____

C.C. C.E. Pasaporte Nit. No. _____



Huella

Firma: _____

Nombre: _____

Tipo y número de documento de identificación: _____

Actuando en: Nombre Propio y en Representación de

Nombre o Razón Social: _____

C.C. C.E. Pasaporte Nit. No. _____

Huella

Firma: _____

Nombre: _____

Tipo y número de documento de identificación: _____

Actuando en: Nombre Propio y en Representación de

Nombre o Razón Social: _____

C.C. C.E. Pasaporte Nit. No. _____

Huella



CARTA DE INSTRUCCIONES

Deudor(es):
 1. _____
 y además en nombre y representación de _____
 2. _____
 y además en nombre y representación de _____
 3. _____
 y además en nombre y representación de _____

Carta de Instrucciones Anexa al Pagaré No. _____
 Identificado con: _____ Número: _____ Obrando en nombre propio
 Identificado con: _____ Número: _____
 Identificado con: _____ Número: _____ Obrando en nombre propio
 Identificado con: _____ Número: _____
 Identificado con: _____ Número: _____ Obrando en nombre propio
 Identificado con: _____ Número: _____

Yo (nosotros), Deudor(es), identificado(s) como aparece al pie de mi(nuestras) firma(s), actuando en nombre propio y/o representado(s) a través de quien se indica en el cuerpo de este documento, estando debida y plenamente facultado(s) para todos los efectos legales a que haya lugar, tal como se acredita a través de los documentos anexos que integran el título valor, de conformidad con el artículo 622 del Código de Comercio, autorizo(amos) en forma irrevocable al Banco Pichincha S.A., su endosante o legítimo tenedor, a quien represente sus derechos, ó a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor, para completar y diligenciar los espacios en blanco del pagaré a la orden que he(mos) otorgado a favor del Banco Pichincha S.A. y que se adjunta a la presente carta, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

Yo (nosotros), Deudor(es), identificado(s) como aparece al pie de mi(nuestras) firma(s), actuando en nombre propio y/o representado(s) a través de quien se indica en el cuerpo de este documento, estando debida y plenamente facultado(s) para todos los efectos legales a que haya lugar, tal como se acredita a través de los documentos anexos que integran el título valor, de conformidad con el artículo 622 del Código de Comercio, autorizo(amos) en forma irrevocable al Banco Pichincha S.A., su endosante o legítimo tenedor, a quien represente sus derechos, ó a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor, para completar y diligenciar los espacios en blanco del pagaré a la orden que he(mos) otorgado a favor del Banco Pichincha S.A. y que se adjunta a la presente carta, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

Primero. El número de Pagaré corresponderá al que sea asignado por el Banco Pichincha S.A. conforme a los criterios que para tal fin tenga y que podrá corresponder o no a una numeración interna.

Primero. El número de Pagaré corresponderá al que sea asignado por el Banco Pichincha S.A. conforme a los criterios que para tal fin tenga y que podrá corresponder o no a una numeración interna.

Segundo. El espacio correspondiente a Deudor se diligenciará con el nombre de la persona natural titular de la(s) obligación(es) de crédito. De igual manera, en el espacio correspondiente a identificación deberá indicarse el tipo y número de identificación del Deudor. Cuando el Deudor comparezca para la suscripción del Título Valor y de la Carta de Instrucciones a través de apoderado y/o representante, deberá indicarse adicionalmente, en los espacios correspondientes, el nombre del apoderado y/o representante respectivo, así como el tipo y número de su identificación.

Segundo. El espacio correspondiente a Deudor se diligenciará con el nombre de la persona natural titular de la(s) obligación(es) de crédito. De igual manera, en el espacio correspondiente a identificación deberá indicarse el tipo y número de identificación del Deudor. Cuando el Deudor comparezca para la suscripción del Título Valor y de la Carta de Instrucciones a través de apoderado y/o representante, deberá indicarse adicionalmente, en los espacios correspondientes, el nombre del apoderado y/o representante respectivo, así como el tipo y número de su identificación.

Tercero. La ciudad - literal a - corresponderá al lugar en el que deberá darse cumplimiento a todas las obligaciones contenidas en el Pagaré, mismo en el que se creó y suscribió el Pagaré por parte del Deudor.

Tercero. La ciudad - literal a - corresponderá al lugar en el que deberá darse cumplimiento a todas las obligaciones contenidas en el Pagaré, mismo en el que se creó y suscribió el Pagaré por parte del Deudor.

Cuarto. El literal b - Valor, estará integrado por todas las sumas que se hayan causado a cargo del Deudor(es) y a favor del Banco Pichincha S.A. por concepto de: el(los) saldo(s) de capital del(los) crédito(s) otorgado(s) al(los) Deudor(es) y desembolsado(s) de acuerdo con los registros contables del Banco Pichincha S.A.; intereses pendientes y debidos hasta la fecha de vencimiento de este Pagaré; primas de seguro, incluidas pero no limitadas al costo del seguro de vida deudores, seguros contra todo riesgo que amparen los bienes dados en garantía por el Deudor y/o terceros; la garantía que otorgue el Fondo Nacional de Garantías, el Fondo Regional de Garantías o cualquier otro de carácter particular, tales como: impuestos, tasas y contribuciones causados por la suscripción o diligenciamiento del presente título; y, en general, por cualquier otra obligación, presente o futura que, directa o indirectamente, conjunta o separadamente y por cualquier otro concepto le daba(debamos) o le fue(legueguemos) a deber al Banco Pichincha S.A. La anterior descripción es meramente enunciativa y no taxativa.

Cuarto. El literal b - Valor, estará integrado por todas las sumas que se hayan causado a cargo del Deudor(es) y a favor del Banco Pichincha S.A. por concepto de: el(los) saldo(s) de capital del(los) crédito(s) otorgado(s) al(los) Deudor(es) y desembolsado(s) de acuerdo con los registros contables del Banco Pichincha S.A.; intereses pendientes y debidos hasta la fecha de vencimiento de este Pagaré; primas de seguro, incluidas pero no limitadas al costo del seguro de vida deudores, seguros contra todo riesgo que amparen los bienes dados en garantía por el Deudor y/o terceros; la garantía que otorgue el Fondo Nacional de Garantías, el Fondo Regional de Garantías o cualquier otro de carácter particular, tales como: impuestos, tasas y contribuciones causados por la suscripción o diligenciamiento del presente título; y, en general, por cualquier otra obligación, presente o futura que, directa o indirectamente, conjunta o separadamente y por cualquier otro concepto le daba(debamos) o le fue(legueguemos) a deber al Banco Pichincha S.A. La anterior descripción es meramente enunciativa y no taxativa.

Quinto. Los espacios correspondientes a la tabla de obligaciones contenida en el Pagaré en Blanco y anexo a la presente Carta de Instrucciones deberán diligenciarse de acuerdo con las condiciones vigentes respecto de cada operación de crédito y de acuerdo con lo indicado en las notas (2) a (5) establecidas en la última parte del referido Título Valor.

Quinto. Los espacios correspondientes a la tabla de obligaciones contenida en el Pagaré en Blanco y anexo a la presente Carta de Instrucciones deberán diligenciarse de acuerdo con las condiciones vigentes respecto de cada operación de crédito y de acuerdo con lo indicado en las notas (2) a (5) establecidas en la última parte del referido Título Valor.

Sexto. El vencimiento - literal c - corresponderá al día, mes y año en que el Banco Pichincha S.A. complete el instrumento por considerarlo necesario para su cobro.

Sexto. El vencimiento - literal c - corresponderá al día, mes y año en que el Banco Pichincha S.A. complete el instrumento por considerarlo necesario para su cobro.

Séptimo. Los espacios en blanco se llenarán cuando exista o se configure una de las siguientes circunstancias:

Séptimo. Los espacios en blanco se llenarán cuando exista o se configure una de las siguientes circunstancias:

- i) Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que adquirimos o respaldamos por el presente Pagaré; ii) En caso de mora o simple retardo en el pago de una o cualquiera de las obligaciones a mi(nuestro) cargo; iii) En caso de muerte del(de los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos; iv) Si los bienes del(de los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos; v) El giro de cheques sin provisión de fondos y/o el no pago de los mismos por causa imputable al girador, o la entrega de títulos valores aceptados por el acreedor respecto de los cuales se incumpla el pago; vi) Por no constituir en el término acordado, las garantías reales y/o personales exigidas por el Banco Pichincha S.A.; vii) Si los bienes dados en garantía o como referencia para acceder al crédito se demeritan, gravan o enajenan en todo o en parte, o son perseguidos por terceros a través de acciones administrativas o judiciales, ó si estos dejan de ser garantía suficiente para el Banco Pichincha S.A.; viii) Cambiar la destinación o no realizar en todo o en parte la inversión para la cual fue solicitado el crédito; ix) Si se inicia trámite para la declaración de insolvencia de persona natural no comerciante del(de los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos; x) Cuando el(los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos solicite o sea admitido en cualquier trámite concursal, reorganización y liquidación judicial, oferta de cesión de bienes o situación de insolvencia o cualquier otra alteración de orden patrimonial que haga prever el incumplimiento del pago de mi(nuestras) obligaciones; xi) Cuando haya inexactitud o falsedad de parte del(de los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos, en la información o en los documentos presentados al Banco Pichincha S.A. para obtener la aprobación y/o desembolso del crédito; xii) Cuando no contrate el(los) seguro(s) que debe(n) expedirse a favor del Banco Pichincha S.A. para amparar el(los) riesgo(s) de muerte o invalidez del(de los) deudor(es) o de alguno(s) de ellos, o la(s) garantía(s) del crédito; xiii) Cuando se produzca la terminación de el(los) seguro(s) que debe(n) expedirse a favor del y/o beneficiario Banco Pichincha S.A. por falta de pago de las primas o que éste(estos) no se encuentren vigentes por cualquier causa; xiv) Cuando el(los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos, o las entidades de las que sea(n) socio(s), administrador(es) o directivo(s) esté(n) o llegare(n) a ser vinculados por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos; sean incluidos en listas vinculantes para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo o, condenados por las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de cualquier hecho punible; xv) Cuando alguno(s) de nuestros socios, accionistas, administradores, directivos o inversionista(s) esté(n) o llegare(n) a ser vinculados por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos; sean incluidos en listas vinculantes para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo o, condenados por las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de cualquier hecho punible; xvi) Cuando incurra en mora en el pago de cualquier crédito, bajo cualquier línea, otorgado por el Banco Pichincha S.A. a uno cualquiera de los Deudores o cuando sea necesario ejecutar otra(s) obligación(es) respaldadas e otorgada(s) por el Deudor(es) o alguno(s) de ellos; xvii) En los demás casos previstos en la Ley o aquellos en los cuales el Banco Pichincha S.A. necesita ejercer sus derechos como tenedor legítimo del título.

- i) Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que adquirimos o respaldamos por el presente Pagaré; ii) En caso de mora o simple retardo en el pago de una o cualquiera de las obligaciones a mi(nuestro) cargo; iii) En caso de muerte del(de los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos; iv) Si los bienes del(de los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos; v) El giro de cheques sin provisión de fondos y/o el no pago de los mismos por causa imputable al girador, o la entrega de títulos valores aceptados por el acreedor respecto de los cuales se incumpla el pago; vi) Por no constituir en el término acordado, las garantías reales y/o personales exigidas por el Banco Pichincha S.A.; vii) Si los bienes dados en garantía o como referencia para acceder al crédito se demeritan, gravan o enajenan en todo o en parte, o son perseguidos por terceros a través de acciones administrativas o judiciales, ó si estos dejan de ser garantía suficiente para el Banco Pichincha S.A.; viii) Cambiar la destinación o no realizar en todo o en parte la inversión para la cual fue solicitado el crédito; ix) Si se inicia trámite para la declaración de insolvencia de persona natural no comerciante del(de los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos; x) Cuando el(los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos solicite o sea admitido en cualquier trámite concursal, reorganización y liquidación judicial, oferta de cesión de bienes o situación de insolvencia o cualquier otra alteración de orden patrimonial que haga prever el incumplimiento del pago de mi(nuestras) obligaciones; xi) Cuando haya inexactitud o falsedad de parte del(de los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos, en la información o en los documentos presentados al Banco Pichincha S.A. para obtener la aprobación y/o desembolso del crédito; xii) Cuando no contrate el(los) seguro(s) que debe(n) expedirse a favor del Banco Pichincha S.A. para amparar el(los) riesgo(s) de muerte o invalidez del(de los) deudor(es) o de alguno(s) de ellos, o la(s) garantía(s) del crédito; xiii) Cuando se produzca la terminación de el(los) seguro(s) que debe(n) expedirse a favor del y/o beneficiario Banco Pichincha S.A. por falta de pago de las primas o que éste(estos) no se encuentren vigentes por cualquier causa; xiv) Cuando el(los) Deudor(es) o alguno(s) de ellos, o las entidades de las que sea(n) socio(s), administrador(es) o directivo(s) esté(n) o llegare(n) a ser vinculados por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos; sean incluidos en listas vinculantes para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo o, condenados por las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de cualquier hecho punible; xv) Cuando alguno(s) de nuestros socios, accionistas, administradores, directivos o inversionista(s) esté(n) o llegare(n) a ser vinculados por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos; sean incluidos en listas vinculantes para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo o, condenados por las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de cualquier hecho punible; xvi) Cuando incurra en mora en el pago de cualquier crédito, bajo cualquier línea, otorgado por el Banco Pichincha S.A. a uno cualquiera de los Deudores o cuando sea necesario ejecutar otra(s) obligación(es) respaldadas e otorgada(s) por el Deudor(es) o alguno(s) de ellos; xvii) En los demás casos previstos en la Ley o aquellos en los cuales el Banco Pichincha S.A. necesita ejercer sus derechos como tenedor legítimo del título.

Octavo. Se adjunta al presente documento el Pagaré en Blanco, el cual declara haber recibido el Banco Pichincha S.A. comprometiéndose a custodiarlo y a utilizarlo conforme a lo aquí dispuesto.

Octavo. Se adjunta al presente documento el Pagaré en Blanco, el cual declara haber recibido el Banco Pichincha S.A. comprometiéndose a custodiarlo y a utilizarlo conforme a lo aquí dispuesto.

Noveno. Acepto(amos) desde ahora cualquier endoso, transferencia o cesión que de éste Pagaré hiciera el Acreedor.

Noveno. Acepto(amos) desde ahora cualquier endoso, transferencia o cesión que de éste Pagaré hiciera el Acreedor.

Banco Pichincha S.A., o quien represente sus derechos, ó quien en el futuro llegue a ostentar la calidad de Acreedor, queda plenamente autorizado y con amplias facultades para llenar el Pagaré sin necesidad de aviso previo a su leal saber y entender, sin que en ningún momento el Deudor pueda alegar falta de autorización.

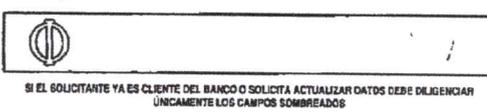
Como constancia de lo anterior, se autoriza y suscribe la presente Carta de Instrucciones en Arimenia a los 08 días del mes de Jun del año 2019 y en señal de aceptación, se firma por el deudor (es):

Firma: _____
 Nombre: Nelson Ospina Tobo
 Tipo y número de documento de identificación: CC18396778
 Actuando en: Nombre Propio y en Representación de
 Nombre o Razón Social: _____
 C.C. C.E. Pasaporte N.I. No. _____

 Huella

Firma: _____
 Nombre: _____
 Tipo y número de documento de identificación: _____
 Actuando en: Nombre Propio y en Representación de
 Nombre o Razón Social: _____
 C.C. C.E. Pasaporte N.I. No. _____

 Huella



Solicitante Oficina 912 Fecha de Diligenciamiento 08.06.2017
 Cedeudo Código Asesor 50997
 Deudor Solidario No. Radicación Crédito 3302872
 Tercero Garantizado

SI EL SOLICITANTE YA ES CLIENTE DEL BANCO O SOLICITA ACTUALIZAR DATOS DEBE DILIGENCIAR ÚNICAMENTE LOS CAMPOS SOMBRREADOS

Actualización datos **FORMULARIO DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL**

Cuenta de Ahorros Cuenta Corriente CDT Giros Crédito SI PrestaXpress Monto a Solicitar: \$ _____ Plazo: _____
 Rendimientos Tarjeta Amparada Libranza Vehículos Educativo
 Otro Cuál _____ Tarjeta de Crédito Ciclo 1 Corte Fin de Mes 2 Corte Mitad de Mes

DATOS PERSONALES

Primer Nombre Nelson Segundo Nombre - Primer Apellido Ospina Segundo Apellido Tobon
 Tipo de Identificación Cédula de Ciudadanía No. de Identificación 18.396.778 Fecha de Expedición 31/10/1994 Ciudad de Expedición Calarca Fecha de Nacimiento 31/07/1996
 Tarjeta de Identidad Cédula de Extranjería
 Nacionalidad Colombiano Departamento Quindío Ciudad o Municipio de Nacimiento Calarca Género F M

Estado Civil: Soltero Casado Nivel de Estudios: Primaria Secundaria Técnico Tecnólogo Profesional o Con Estudios Superiores en: _____ Tipo de Vivienda: Propia
 Viudo Unión Libre Separado Estudios: Profesional Especialización Maestría Doctorado Arrendada Familiar

Dirección Residencial Cra 27 # 30A-31 Departamento Quindío Ciudad o Municipio Calarca
 Barrio, Vereda o Localidad Los Americanos Teléfono Fijo 7423618 Teléfono Celular Personal 3214520193
 Dirección Correo Electrónico Personal: _____

Información Conyugal

Primer Nombre Jeny Segundo Nombre Marcela Primer Apellido Jaramillo Segundo Apellido Sepulveda
 Tipo de Identificación Cédula de Ciudadanía Tarjeta de Identidad Cédula de Extranjería No. de Identificación 4195735 Teléfono Celular 3112100846 Empresa donde Labora _____ Teléfono donde Labora _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL DEL SOLICITANTE

Ocupación Empleado Independiente Pensionado Nombre de la Empresa / Establecimiento de Comercio / Entidad de la que es pensionado Policia Nacional Tipo de Empresa: Pública
 u Oficina Ama de Casa Estudiante Empleado-Socio Privada Mixta

Cargo Actual Ingeniero Jefe Tipo de Contrato Indefinido Fijo Prestación de Servicios
 Tipo de Vinculación Directa Temporal Antigüedad en Meses en el empleo anterior (solo para indefinidos y fijo) _____ Fecha de Vinculación 06/02/1995
 Tipo de Actividad como Independiente Profesional Independiente Transportador Persona Natural con Establecimiento de Comercio Rentistas Tiempo en la actividad (en meses) _____
 Actividad Económica _____ CIIU _____ Tipo de Régimen IVA: Régimen Común Régimen Simplificado El (los) establecimiento(s) de comercio del (los) que es propietario (tenen) otros propietarios? SI NO

Dirección Laboral Fuerte Carabineros Finca el Paraíso Departamento Quindío Número de Establecimientos de Comercio que posee _____
 Ciudad o Municipio Armenia Barrio, Vereda o Localidad San Pedro Teléfono Fijo 7383980 Teléfono Celular Laboral _____
 Dirección Correo Electrónico Laboral: nelson.ospina6778@correo.policia.gov.co
 Desea que su correspondencia, estado de cuenta y reporte anual de costos le sean enviados a: Correo Electrónico Personal Correo Electrónico Laboral Dirección Residencial Dirección Laboral

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS
 Salario Básico / Pensión \$ 3.122.337 Comisiones / HE \$ 0
 Honorarios \$ 0 Ingresos por Arriendo \$ 0
 Ingresos Otras Actividades \$ 0 TOTAL INGRESOS \$ 3.122.337

EGRESOS
 Valor de Arriendo \$ 0 Gastos Otras Actividades \$ 100.000
 Gastos Familiares \$ 200.000 TOTAL EGRESOS \$ 300.000

Detalle Ingreso Otras Actividades: _____
 Total Activos \$ 120.000.000 Total Pasivos \$ 42.000.000 Total Patrimonio \$ 78.000.000

ACTIVOS

Vehículo Marca Ssangyong Modelo 2006
 Bienes Raíces Tipo de Propiedad Apartamento Casa Lote Local Terreno Finca Bodega Otros Cuál _____

REFERENCIAS

FAMILIAR
 Nombres Jabiola Primer Apellido Ospina Segundo Apellido Tobon
 Teléfono Laboral _____ Ext. _____ Teléfono Fijo 7502032 Ciudad Calarca Teléfono Celular _____ Parentesco Hermana

PERSONAL
 Nombres Diego Primer Apellido Santamaría Segundo Apellido _____
 Teléfono Laboral _____ Ext. _____ Teléfono Fijo _____ Ciudad Armenia Teléfono Celular 317517741

COMERCIAL
 Nombres _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 Nombre de la Empresa _____
 Teléfono Laboral _____ Ext. _____ Teléfono Fijo _____ Ciudad _____ Teléfono Celular _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Se considera una persona expuesta públicamente? (PEP) SI NO ¿Ejerce o ha ejercido usted un cargo de primer o segundo nivel en una entidad del estado? SI NO ¿Posee familiares en el Banco Pichincha? SI NO
 En caso afirmativo indique el nombre de la entidad: _____ En caso afirmativo indique el nombre del cargo: _____ Indique el nombre del funcionario: _____
 ¿Contrata con el estado? SI NO

TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA (M/E)

Realiza Transacciones en M/E SI NO Tipo de Transacciones Exportaciones Giros Importaciones Ordenes de Pago Préstamos en M/E Inversiones Otras Cuáles _____
 Posee Productos en Moneda Extranjera SI NO Tipo de Producto _____ Identificación No. de Producto _____
 Entidad _____ Monto _____ País _____ Tipo de Moneda _____

OTROS DATOS

¿Nacionalidad Distinta a la Colombiana? _____ Lugar de Nacimiento _____ País que Otorga Nacionalidad _____ ¿Tiene Residencia Fuera de Colombia? SI NO
 País y Dirección de Residencia Diferente a Colombia _____ País y Dirección de Correspondencia Diferente a Colombia _____ Número de Teléfono Diferente a Colombia _____

SOLICITUD TARJETA DE CRÉDITO AMPARADA

Primer Nombre Amparado _____ Segundo Nombre Amparado _____ No. Radicación Crédito _____
 Primer Apellido Amparado _____ Segundo Apellido Amparado _____
 Tipo de Identificación Cédula de Ciudadanía Tarjeta de Identidad Cédula de Extranjería No. de Identificación _____ Edad _____ Parentesco _____
 Dirección Correspondencia _____ Teléfono Fijo _____ Ciudad o Municipio _____ Firma Amparado _____
 No. de la Tarjeta Principal _____ Cupo Sugerido \$ _____
 Dirección Correo Electrónico Amparado _____

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCO PICHINCHA S.A. Establecimiento Bancario

LIBRANZA		Tasa Inicial E.A. 16,63	No. Radicación Crédito 3302872
Privado <input type="checkbox"/> Oficial <input checked="" type="checkbox"/>	Monto a Solicitar: \$ 52'000.000	Plazo: 84 m	
Empresa Afiliada _____ NIT. _____			
CERTIFICACIÓN LABORAL (PARA SER DILIGENCIADO POR LA EMPRESA)			
Nosotros, _____ y _____ mayores de edad e identificados como aparece al pie de nuestras firmas, debidamente autorizados por _____ certificamos que la persona relacionada a continuación, es empleado de esta empresa con contrato de trabajo, que fue vinculado a la empresa previo a un proceso de selección, que incluye entrevista personal y que no tiene en el momento ningún embargo sobre su salario.			
Tipo de Contrato: Indefinido <input type="checkbox"/> Término Fijo <input type="checkbox"/> Obra y Labor <input type="checkbox"/>	Cargo Actual _____	Fecha de Ingreso _____	Si es contrato a término fijo o por obra y labor <input type="checkbox"/>
Número de Renovaciones (Contratos a Término Fijo) _____		Promedio Últimos 3 Meses Salario Variable Mensual _____	Fecha de Vinculación DD- MM- AAAA
Monto Sugerido: \$ _____		Plazo Sugerido: _____	Fecha de Finalización Contrato DD- MM- AAAA
Firma Autorizada Empresa C.C. _____ De _____		Firma Autorizada Empresa C.C. _____ De _____	
Banca Seguro SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>			
Sello de la Empresa			

VEHICULOS		Tasa Inicial E.A. _____	No. Radicación Crédito _____
Vehículos <input type="checkbox"/> Leasing Vehículos <input type="checkbox"/>	Monto a Solicitar: \$ _____	Plazo: _____	
Tipo Vehículo: Particular <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Pasajeros <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/>	Uso Vehículo: Personal <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Intermunicipal <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Turístico <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Valor Comercial \$ _____		
Marca _____	Año - Modelo _____	Línea de Vehículo _____	
Nombre de Concesionario _____	Nombre del Vendedor _____	No. de Identificación del Vendedor _____	

EDUCATIVO		Tasa Inicial E.A. _____	No. Radicación Crédito _____
Largo Plazo <input type="checkbox"/> Corto Plazo <input type="checkbox"/>	Valor de Matrícula \$ _____	Monto a Solicitar: \$ _____	Plazo: _____ Fecha Pago 5 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>
Primer Nombre Estudiante _____	Segundo Nombre Estudiante _____	Primer Apellido Estudiante _____	Segundo Apellido Estudiante _____
Tipo de Identificación: Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> No. de Identificación _____	Fecha de Nacimiento DD- MM- AAAA Genero F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Dirección Residencial _____	Departamento _____	Ciudad o Municipio _____	Teléfono Fijo _____
Barrio, Vereda o Localidad _____	Teléfono Celular Personal _____	Parentesco con el Titular _____	Dirección Correo Electrónico: Personal <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/>
Dirección Correo Electrónico Estudiante: _____			
Universidad _____	Ciudad Universidad _____	Programa Académico _____	
Totales Períodos Programa Académico _____	Duración Período Académico en Meses _____	Semestre a Cursar _____	Código Estudiante _____

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

Con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera de Colombia y demás normas legales concordantes para la apertura y manejo de cuentas corrientes, cuentas de ahorro, certificados de depósito a término y certificados a depósitos de ahorro a término, negocios fiduciaros, carteras colectivas, inversiones, operaciones de crédito, leasing y arrendamiento, etc, realizo la siguiente declaración de fuente de bienes y/o recursos. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano, o en cualquier otra norma concordante, o que lo adicione y que provienen de: Salario

AUTORIZACIÓN USO DE DATOS PERSONALES

SI NO

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

Yo Nelson Ospina Tobon identificado(a) como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, por medio del presente documento AUTORIZO voluntaria, expresa e irrevocablemente al Banco Pichincha para que obtenga de cualquier fuente legítima, entre otras, de las Centrales que administran bases de datos del Sector Financiero y/o del Sector Real (Cifra, Experian, Corecon, Fentelcheque, o cualquier otra que en el futuro se establezca), toda la información y las referencias relativas a mi persona, en mi comportamiento y crédito financiero, mis hábitos de pago, el manejo de las cuentas corrientes y de ahorro, tarjeta de crédito, y en general el cumplimiento de mis obligaciones.

AUTORIZACIÓN DESEMBOLSO

Autorizo que el dinero producido del préstamo solicitado, si es aprobado sea consignado en la siguiente cuenta:

FAVOR COLOCAR EL NÚMERO EXACTO DE SU CUENTA PERSONAL, BANCO PICHINCHA, NO HACE TRANSFERENCIA A LA CUENTA DE UN TERCERO

Cuenta Corriente Ahorros No. Cuenta 64211A124115

Entidad: Banco BBVA

AUTORIZACIÓN DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo irrevocablemente a BANCO PICHINCHA a debitar mensualmente de mis cuentas en la fecha límite de pago el valor de la(s) cuota(s) de mis productos.

FAVOR COLOCAR EL NÚMERO EXACTO DE SU CUENTA PERSONAL

Cuenta Corriente Ahorros No. Cuenta _____

Entidad: _____



FIRMA TITULAR / CLIENTE
No. Identificación del Cliente: 18.396.778



HUELLA ÍNDICE DERECHO

PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO PICHINCHA

En Cumplimiento de lo ordenado en las disposiciones emitidas por la Superintendencia Financiera de Colombia en materia de Prevención y Control del Lavado de Activos, se deja expresa constancia que el Cliente ha sido entrevistado por: Lina Guerrero a las: 8:00 am del día: 08 del mes de jun del año 17 en la ciudad de Armenio

De acuerdo con la entrevista, el cliente indicó que sus recursos provienen de actividades lícitas y que el producto del desembolso de crédito se destinará a sí mismo para actividades lícitas

Resultado de la entrevista: ACEPTADO RECHAZADO Realizó visita SI NO Indicador FATCA SI NO

Comentarios: _____

ARMENIA
276UE0009047

Lina Guerrero
Nombre del Funcionario que Vincula

Firma del Funcionario que Aprueba

Sello y Firma Visado

INFORMACIÓN

INFORMACIÓN DE SEGURIDAD.

Declaro que he sido debidamente informado por el BANCO PICHINCHA sobre las medidas de seguridad que se deben tener en cuenta para la realización de operaciones a través de los diferentes canales de prestación y distribución de servicios financieros que ofrece y maneja esta Entidad, así como sobre los procedimientos para el bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de los productos y servicios ofrecidos. Así mismo, declaro que conozco y entiendo que tengo acceso a la información sobre recomendaciones y procedimientos de seguridad definidos por el BANCO PICHINCHA, a través de la información publicada y divulgada en dichos canales de prestación y distribución.

INFORMACIÓN SOBRE LA GESTIÓN DE COBRANZA.

Por medio del presente documento declaro que he sido debidamente informado por parte del BANCO PICHINCHA, y que conozco, entiendo y acepto, que en el evento de incurrir en mora en el pago de mis obligaciones para con esta Entidad se dará aviso inmediato de tal circunstancia a las personas naturales y/o jurídicas encargadas de efectuar la cobranza de la cartera del Banco (a la fecha de emisión de este documento INTERDINCO S.A.), con el propósito de que inicien gestiones de cobro y recuperación pertinentes, a través, entre otros, de los siguientes mecanismos: llamadas telefónicas, mensajes de texto a teléfonos celulares, mensajes automáticos de voz, comunicaciones escritas y vía correo electrónico, y visitas. En ese sentido, por virtud de la gestión de cobranza prejudicial y judicial que se deba adelantar, a partir del día 16 de mora se generarán y cobrarán gastos de cobranza de acuerdo con las tarifas vigentes al momento del cobro, tarifas que se encuentran publicadas en el sitio web de BANCO PICHINCHA, www.bancopichincha.com.co, las cuales conozco a la fecha y, en todo caso, entiendo que pueden ser consultadas en cualquier momento en el sitio web antes indicado. Estos valores se incrementarán de acuerdo con el IVA aplicable.

Así mismo, el Banco podrá encomendarle a la referida empresa el realizar una gestión de cobranza preventiva con los Clientes que se encuentren al día con sus obligaciones, con el fin de recordarle el próximo vencimiento de su(s) cuota(s), lo cual no genera cargos adicionales.

Cuando el pago de las obligaciones a cargo del Cliente deba perseguirse por la vía judicial o arbitral, serán así mismo de su cargo los honorarios que se causen a favor del abogado encargado de la recuperación de la cartera, cuyo monto se regirá por las políticas que al efecto tenga establecidas para ese momento el BANCO PICHINCHA. Las políticas de honorarios de abogados se encuentran publicadas en el sitio web de la Entidad, www.bancopichincha.com.co, y han sido informadas al Cliente y, en todo caso, entiendo que pueden ser consultadas en cualquier momento en el sitio web antes indicado. Estos valores se incrementarán de acuerdo con el IVA aplicable. Serán objeto de recuperación por la vía judicial todas las obligaciones del Cliente para con el Banco, cuando se determine su judicialización por parte de este último.

Las personas naturales o jurídicas encargadas por el BANCO PICHINCHA para adelantar la gestión de cobranza de su cartera, podrán celebrar, dentro del marco de sus atribuciones o facultades, acuerdos de pago con el Cliente. No obstante, cualquier pago que haga el Cliente, incluidos los cargos, gastos y/o honorarios por gestión de cobranza, entre otros, debe efectuarse directamente en las Oficinas de BANCO PICHINCHA o a través de cuentas recaudadoras en otros Bancos de las que éste sea titular.

La lista de personas naturales y/o jurídicas autorizadas por BANCO PICHINCHA para realizar gestión de cobranza administrativa, pre-judicial y judicial, se mantendrá actualizada en el sitio web de la Entidad, www.bancopichincha.com.co.

Por último, tratándose de obligaciones respecto de las cuales el Cliente disponga de fianza o aval otorgado por un tercero, tales como FONDO DE GARANTÍAS DE ANTIOQUIA, GARANTÍAS COMUNITARIAS, FENALCO y/u otro tercero semejante, es entendido y aceptado por el Cliente que dicho tercero queda facultado para realizar directamente o por interpuesta persona gestión de cobranza de la cartera afianzada o avalada, en relación con la que hubiere realizado su pago parcial o total al Banco, siendo de cargo del Cliente todos los cargos, gastos y honorarios asociados a dicha gestión de cobranza.

INFORMACIÓN SEGURO DE DEPÓSITOS

El BANCO PICHINCHA se encuentra inscrito en el Fondo de Garantías de Instituciones Financieras (Fogafin). 1. El Sistema de Seguro de Depósitos es un mecanismo que ante la liquidación de cualquier institución financiera debidamente inscrita en Fogafin, garantiza a los depositantes la recuperación total o por lo menos parcial de su dinero. En Colombia, el sistema que administra Fogafin está orientado prioritariamente a proteger a los pequeños ahorradores. 2. Los depositantes o ahorradores del sistema financiero colombiano, sean personas naturales o jurídicas, pueden gozar de esta protección de manera automática, por el simple hecho de adquirir un producto amparado. 3. Los productos o acreencias amparados por el seguro de depósitos son: Depósitos en Cuenta Corriente, Depósitos Simples, Certificados de Depósitos a Término (CDT), Depósitos de Ahorro, Cuentas de Ahorro Especial, Bonos Hipotecarios, Depósitos Especiales, Servicios Bancarios de Recauda. Las acreencias amparadas comprenden aquellas en moneda legal y extranjera que los depositantes posean en Colombia, y aplica de forma independiente para cada institución financiera inscrita. 5. Los productos o acreencias ofrecidos o contratados que no se encuentran amparados por el seguro de depósitos son: Bonos obligatoriamente convertibles en acciones (BOCEAS), Bonos opcionalmente convertibles en acciones (BOCAS), Cuentas de Ahorro de Valor Real, Documentos por Pagar, Cuenta Centralizada, Productos fiduciarios (por ejemplo, las carteras colectivas), Seguros, cualquier producto adquirido en una entidad no inscrita en el seguro de depósitos, y cualquier otro producto adquirido en una entidad inscrita que no esté listado en el numeral 3.

INFORMACIÓN PREVIA AL OTORGAMIENTO DE LA OPERACIÓN.

En cumplimiento de lo dispuesto por la Superintendencia Financiera de Colombia, el BANCO PICHINCHA, por medio del presente documento, se permite informar los términos y condiciones de conformidad con los cuales se prestarán los servicios contratados por el Cliente.

RESPECTO DE OPERACIONES ACTIVAS.

- PLAZO.** El plazo inicial de la obligación será el solicitado por el Cliente en la respectiva solicitud de crédito, salvo que el Banco apruebe un plazo diferente, el cual será informado al Cliente de manera oportuna, mediante comunicación en la que se informen las condiciones de aprobación de la operación. En el evento de aprobarse períodos de gracia a la operación, regirá el mismo procedimiento antes indicado.
- TASA DE INTERÉS REMUNERATORIO.** La tasa de interés corriente o remuneratoria se liquidará mensualmente y su pago será vencido. Dicha tasa corresponderá a la vigente en el BANCO PICHINCHA de acuerdo con las políticas del producto. En el evento que se acuerde una tasa remuneratoria variable, la misma se calculará tomando la DTF vigente en la semana del desembolso más los puntos expresados en Nominal Trimestre Anticipado que sumados correspondan a la tasa definida por la Entidad. En todo caso, para conocer con exactitud la tasa de interés remuneratorio vigente con la que desembolsará su operación de crédito, podrá comunicarse con la Línea de Atención al Cliente del BANCO PICHINCHA en Bogotá al número 5501000 y/o a nivel nacional al número 018000919918, a partir del día en que se produzca el desembolso de la respectiva operación.
- BASE DE CAPITAL PARA LA LIQUIDACIÓN DE INTERESES Y PLAZO DE LA OBLIGACIÓN.** La base de capital sobre la cual se aplicará la tasa de interés y el plazo de la respectiva obligación corresponden al valor del crédito y plazo solicitados en el documento de solicitud de crédito, o en la carta de aprobación de crédito que genera el BANCO PICHINCHA en el evento en que se aprueba la operación de crédito por un valor o un plazo inferior a los solicitados.
- TASA DE INTERÉS MORATORIO.** La tasa de interés de mora correspondiente a la máxima legal autorizada por las autoridades competentes, vigente en el momento de causación y liquidación de los intereses de mora.
- COMISIONES Y RECARGOS.** Las comisiones y recargos aplicables a la operación corresponden al seguro de vida deudores, gastos y costos asociados a la gestión de cobranza; gastos administrativos; prima por el (los) seguro(s) que ampare(n) el bien o los bienes que sirvan de garantía de la obligación (esto en el evento en que el bien se encuentre incluido en la póliza colectiva de BANCO PICHINCHA); comisión por la garantía otorgue el Fondo de Garantías de Antioquia, Garantías Comunitarias Grupo S.A. / GCG, o cualquier otra Entidad de características similares, (estas última comisión solo se generará si hubiere lugar a ello de acuerdo con las políticas del producto).
- DERECHOS DEL ACREEDOR.** En caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo del Cliente, el BANCO PICHINCHA tiene derecho a declarar de plazo vencido la(s) obligación (obligaciones) a su cargo y a exigir, por tanto, el pago total de la(s) misma(s), pudiendo realizar las gestiones de cobranza que considere pertinentes. Así mismo, reportará el incumplimiento del deudor ante las Centrales de Riesgo del Sector Financiero. Lo anterior, además de los derechos que en calidad de acreedor le otorguen la legislación comercial y financiera vigente, así como los pactados en los documentos contractuales o de índole legal que recojan las condiciones de la obligación.
- DERECHOS DEL CLIENTE.** El Cliente tiene derecho a solicitar al BANCO PICHINCHA información sobre la calificación de riesgo que éste le asigne en relación con la(s) obligación (obligaciones) a su cargo, y a presentar las observaciones que estime pertinentes en relación con la(s) misma(s). Lo anterior, además de los derechos pactados en los documentos contractuales o de índole legal que recojan las condiciones de la obligación.
- PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES, QUEJAS Y/O RECLAMOS.** El Cliente tiene derecho a presentar sus solicitudes, quejas o reclamos ante el BANCO PICHINCHA, la Defensoría del Consumidor Financiero, la Revisoría Fiscal y/o la Superintendencia Financiera de Colombia. El procedimiento específico para presentar quejas o reclamos ante la Defensoría del Consumidor Financiero puede ser consultado en el sitio web de la Entidad www.bancopichincha.com.co.
- TARIFAS.** Las tarifas para los productos y/o servicios contratados, corresponden a las vigentes al interior de BANCO PICHINCHA al momento de la contratación por parte del Cliente, las cuales pueden ser consultadas en los medios dispuestos por la Entidad para tal efecto, así como requeridas en medio impreso en cualquier oficina del BANCO PICHINCHA. No obstante, el BANCO PICHINCHA podrá unilateralmente introducir cambios a las tarifas establecidas, los cuales serán divulgados previamente a su entrada en vigencia a través del sitio web de la Entidad, www.bancopichincha.com.co, y de las Carteras de la red de oficinas. En todo caso, los cambios de tarifas se sujetarán a las prescripciones legales que regulen la materia.
- SANCIÓN POR PREPAGO.** En el evento en que el Cliente efectúe de manera anticipada el pago total o parcial de una o varias de las obligaciones de crédito a su cargo, podrá causarse respecto de cada una de ellas, a cargo del deudor y a favor del BANCO PICHINCHA, la respectiva sanción por prepago, aspecto que se sujetará a lo establecido en el Ley 1565 de 2012 y/o en cualquier norma que la modifique o adicione.

RESPECTO DE OPERACIONES PASIVAS.

- INTERÉS REMUNERATORIO.** EL BANCO PICHINCHA reconocerá intereses remuneratorios sobre los saldos en depósitos de ahorro, siempre que el respectivo producto tenga establecido el reconocimiento de intereses y, en todo caso, sujeto a las tasas definidas por la Entidad según el monto y plazo del depósito.
- BASE DE CAPITAL PARA LA LIQUIDACIÓN DE INTERESES.** La base de capital sobre la cual se liquidarán los intereses remuneratorios, corresponde a los saldos en depósitos de ahorro.
- DERECHOS DEL BANCO PICHINCHA.** Sin perjuicio de los derechos establecidos en los Reglamentos y/o Contratos que regulan los servicios contratados por el Cliente, el BANCO PICHINCHA tiene derecho a exigir el pago de las sumas adeudadas por aquél, derivadas del cobro de comisiones y/o tarifas por el manejo de (de los) producto(s) y la realización de transacciones por parte del Cliente. De igual manera, el BANCO PICHINCHA tiene derecho a reportar cualquier incumplimiento del Cliente ante las Centrales de Riesgo del Sector Financiero. Lo anterior, además de los derechos que le otorgue la legislación comercial y financiera vigente.
- DERECHOS DEL CLIENTE.** Sin perjuicio de los derechos establecidos en los Reglamentos y/o Contratos que regulan los servicios contratados por el Cliente, éste tiene derecho a solicitar al BANCO PICHINCHA información sobre los productos y/o servicios contratados y a que se ejecuten en debida forma las transacciones originadas y/u ordenadas por el Cliente.
- PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES, QUEJAS Y/O RECLAMOS.** El Cliente tiene derecho a presentar sus solicitudes, quejas o reclamos ante el BANCO PICHINCHA, la Defensoría del Consumidor Financiero, la Revisoría Fiscal y/o la Superintendencia Financiera de Colombia. El procedimiento específico para presentar quejas o reclamos ante la Defensoría del Consumidor Financiero puede ser consultado en el sitio web de la Entidad www.bancopichincha.com.co.
- TARIFAS.** Las tarifas para los productos y/o servicios contratados, corresponden a las vigentes al interior de BANCO PICHINCHA al momento de la contratación por parte del Cliente, las cuales pueden ser consultadas en los medios dispuestos por la Entidad para tal efecto, así como requeridas en medio impreso en cualquier oficina del BANCO PICHINCHA.
- RETIROS DE ALTA CUANTÍA EN EFECTIVO.** En todo caso, los cambios de tarifas se sujetarán a las prescripciones legales que regulen la materia. El Cliente de sus depósitos de ahorro por valor superior a la suma de Veinte Millones de Pesos (\$20.000.000,00) en Moneda Legal, debe notificar tal circunstancia al Gerente y/o Director de la oficina sede de la respectiva cuenta, con por lo menos veinticuatro (24) horas de antelación al momento en el que desee hacer el mencionado retiro.

Hago constar que he sido debidamente informado y documentado, y que conozco, entiendo y acepto los términos y condiciones bajo los cuales se prestan los servicios y se suministran los productos financieros por parte del Banco. En todo caso, para los efectos legales a que haya lugar, se entenderán con plena fuerza vinculativa entre las Partes las condiciones y estipulaciones establecidas en los respectivos documentos de vinculación a un producto, solicitud de crédito, pagará a través del cual se instrumenta(n) la(s) respectiva(s) operación (operaciones), contratos, reglamentos y demás documentos legales en los que se documenten y regulen las mismas, a los cuales habrán de sujetarse ambas Partes.

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE DE INFORMACIÓN ANTE LAS CENTRALES DE RIESGO Como la información suministrada aquí es confidencial y básica para la vinculación como Cliente del Banco y la gestión y aprobación de cualquier producto u operación, el BANCO PICHINCHA exige que todos los datos suministrados sean exactos y se puedan verificar. Declaro que la información suministrada en este documento concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma; cualquier inexactitud podrá acarrear su rechazo o la no aprobación de la vinculación al Banco y/o de la solicitud del (de los) producto(s), sin responsabilidad alguna por parte de la Entidad Financiera frente a terceros o al (a los) solicitante (s). Yo, el firmante, identificado(a) como se indica en el cuerpo de este documento, expresamente autorizo al BANCO PICHINCHA para que: 1. Obtenga toda la información y las referencias relativas a mi persona, a mi comportamiento y crédito comercial, mis hábitos de pago, el manejo de la(s) cuenta(s) corriente(s) y de ahorros, tarjetas de crédito y, en general, el cumplimiento dado a mis obligaciones. 2. Autorizo con carácter permanente al BANCO PICHINCHA para consultar ante las centrales de información que administran bases de datos del sector financiero y/o del sector real, así como ante cualquier otra entidad de características similares que en el futuro se es-

tabeaza, mi endeudamiento con el sector financiero, así como la información comercial disponible sobre el cumplimiento dado a los compromisos adquiridos con dicho(s) sector(es). 3. Se incluyan mi nombre, apellidos y (y) número de mi documento de identificación, en los archivos de deudores y obligados que llevan las Centrales de Información que administran bases de datos del sector financiero, o cualquiera otra entidad que en el futuro se establezca con ese propósito, reportando el comportamiento positivo o negativo que se presente en la atención de las obligaciones a mi cargo. La autorización de reporte aquí establecida se hace extensiva a cualquier persona natural o jurídica que en el futuro llegue a ostentar la calidad de acreedor en relación con la(s) obligación(es) contraída(s) con el BANCO PICHINCHA. 4. Consiento que el BANCO PICHINCHA se reserve el derecho de aceptar o rechazar mi vinculación como Cliente de la Entidad, así como cualquier solicitud de producto, sin que por ello se derive responsabilidad alguna a su cargo. Igualmente, doy certeza que toda la información aquí consignada es cierta y realizo la declaración de fuente y origen de fondos a la Entidad Financiera BANCO PICHINCHA, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto por la Superintendencia Financiera de Colombia, así como a las disposiciones legales y reglamentarias que regulan la materia. 5. Autorizo al BANCO PICHINCHA para que me remita vía correo electrónico y/o físico, según lo estime pertinente, a la(s) dirección (direcciones) que reposa(n) en este documento y/o en los registros de esa Entidad Financiera, cualquier tipo de información y/o comunicación que estime necesario y, en especial, la notificación previa de que trata el artículo 21 de la Ley 1266 de 2008 y/o cualquier otra norma que lo modifique o adicione. 6. Autorizo desde ahora al BANCO PICHINCHA y/o a quien represente sus derechos para contactarme y/o enviarme, cuando así lo considere conveniente, a través de mensajes de texto a mi teléfono celular y/o a través de cualquier otro medio electrónico, la información que considere pertinente en relación con los productos y operaciones que bajo cualquier título tenga con el Banco, así como notificaciones o información acerca de cualquiera de sus productos. 7. Autorizo expresa y voluntariamente al BANCO PICHINCHA y/o a cualquiera otra Entidad que represente sus derechos, a compartir mi información personal, financiera, crediticia y comercial como Cliente del Banco con cualquiera otra persona o Entidad vinculada al Grupo Económico al que pertenezco y/o llegue a pertenecer dicha Entidad Financiera, así como con los terceros a través de los que se realice gestión de cobranza, se tengan establecidas alianzas comerciales en beneficio de los Clientes del Banco, se adelanten labores de venta y/o comercialización de productos, y/o a través de los que se origine mi vinculación al Banco como Cliente de uno o varios productos y servicios financieros (tales como Compañías Aseguradoras, Intermedios de Seguros, Universidades, Concesionarios, y Entidades Públicas y/o Privadas con la que se tenga Convenio de Libranza vigente, entre otros); lo anterior, con propósitos comerciales y/o para la prestación de servicios y/o realización de gestiones de apoyo en las labores propias del BANCO PICHINCHA. 8. En el evento que el BANCO PICHINCHA tenga que cambiar las pólizas colectivas de vida y/o de automóviles, y/o la Entidad que respalda mediante fianza o aval el cumplimiento de las obligaciones contraídas (Fondos de Garantías o entidades semejantes), acepto dicho cambio y las respectivas condiciones sin necesidad de previo aviso, pero en todo caso con sujeción a las condiciones de ley. 9. Declaro que he sido debidamente informado por el BANCO PICHINCHA que las tarifas de los productos y/o servicios ofrecidos por esa Entidad Financiera podrán consultarse en todo momento en el sitio web www.bancopichincha.com.co 10. Autorizo irrevocablemente al BANCO PICHINCHA para que en el evento de negarse la solicitud de vinculación al Banco y/o el otorgamiento de uno o varios de los productos y/o servicios que éste ofrece, dicha Entidad destruya los documentos que se aportan como soporte de la respectiva solicitud, dejando al efecto constancia expresa de su destrucción.

TIEMPO PERMANENCIA REPORTE CENTRALES DE RIESGO.

En el evento que el Cliente incurra en mora en el pago de la(s) obligación (obligaciones) a su cargo para con el BANCO PICHINCHA y/o quien represente sus derechos, se aplicarán los tiempos de permanencia de la información negativa ante las centrales de información que administran bases de datos del sector financiero establecidos en la legislación colombiana vigente en la materia, así: 1. En caso de mora inferior a dos (2) años, el término de permanencia de la información negativa será hasta el doble del tiempo de la mora. 2. Para los demás eventos, el término de permanencia de la información negativa será de cuatro (4) años a partir de la fecha en la que la mora se extinga por cualquier modo. 3. En el caso de incumplimiento de las obligaciones en las cuales no se puedan computar los tiempos de mora, tal como sucede con las cuentas corrientes canceladas por mal manejo, el término de permanencia de la información negativa será de cuatro (4) años contados a partir de la fecha en que cese el incumplimiento o sea cancelado el producto.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Obrando en nombre propio, por medio del presente documento autorizo y faculto de manera voluntaria, expresa e irrevocable al BANCO PICHINCHA para debitar de las cuentas de depósito abiertas en dicho establecimiento bancario, todos los valores originados por concepto de comisión en los productos y servicios financieros prestados y/o suministrados por esa Entidad. De igual manera, autorizo expresamente que el saldo veniente y pendiente de pago de cualquiera de las obligaciones a mi cargo por concepto de los productos en los que ostente la calidad de deudor, entre otros, Tarjeta de Crédito, CréditoSi, Cupo de Sobregiro de Cuenta Corriente, Cartera Corriente o Leasing, sea debitado de los depósitos de mi titularidad en la Entidad, incluyendo, sin limitarse, cuentas corrientes, de ahorros, ó certificados de depósito a término.

AUTORIZACIÓN DE MANEJO DE NOTAS CRÉDITO.

En el evento en que se genere una nota crédito a favor del Cliente con posterioridad al pago total de una obligación que el mismo pueda tener para con el Banco, el BANCO PICHINCHA y/o quien represente sus derechos, podrá realizar las siguientes gestiones: 1. Abonar el valor integral de la nota crédito al capital de otra obligación vigente con este Establecimiento Bancario. En el caso de tener varias obligaciones vigentes, el valor de la nota crédito se abonará a la que presente mayor vencimiento y/o menor saldo, según lo determine el BANCO PICHINCHA. 2. En el evento en que el Cliente no posea obligaciones vigentes con el BANCO PICHINCHA y se tenga información de una cuenta de depósito de la que el Cliente sea titular, el BANCO PICHINCHA consignará el valor de la nota crédito en la respectiva cuenta de depósito, descontando previamente el costo de la correspondiente transacción. 3. En el evento que el BANCO PICHINCHA no posea en sus registros información alguna de cuentas de depósito de las que el Cliente sea titular, el Establecimiento Bancario realizará tres (3) llamadas al número telefónico suministrado por el Cliente y registrado en su base de datos, informando dicha circunstancia y solicitando que se acerque al retiro de la respectiva suma de dinero. Si dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de realización de la última llamada, el Cliente no se ha acercado a las Oficinas del BANCO PICHINCHA para el retiro de la nota crédito, es expresamente entendido y aceptado por las Partes que el valor de la nota crédito se descontará un monto equivalente a un salario mínimo legal diario vigente (SMMLV) a favor del Establecimiento Bancario, por concepto de los gastos operativos en los que éste incurre en la realización de las gestiones relacionadas con la ubicación y contacto del Cliente para proceder con el pago de las respectivas sumas de dinero. Este último procedimiento se efectuará con una periodicidad mensual.

Con la suscripción del presente documento de vinculación, el Cliente declara que entiende y acepta los términos antes señalados y, en ese sentido, por medio del presente escrito imparte autorización expresa e irrevocable al BANCO PICHINCHA para que en el evento que se generen notas crédito a su favor, proceda de conformidad con lo aquí estipulado.

RECIBO Y ACEPTACIÓN DE REGLAMENTOS, CONTRATOS Y CONDICIONES DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS FINANCIEROS.

Declaro con mi firma impresa en este documento que el BANCO PICHINCHA me ha informado los términos y condiciones, así como sobre el contenido del (de los) Contrato(s), Reglamento(s) y demás documentos legales que rigen el (los) producto(s) y/o servicio (s) contratado(s) con el Banco, y que los (los) ha puesto a mi disposición en el sitio web de la Entidad, www.bancopichincha.com.co. Así mismo, manifiesto que: 1. He leído y declaro conocer el (los) referido(s) Contrato(s), Reglamento(s) y demás documentos que establecen las condiciones, las características, y que rigen el (los) producto(s) y/o servicio (s) contratado(s) con el Banco (entre otros, el relativo a INFORMACIÓN PARA PRODUCTOS BANCARIOS), los cuales acepto en su integridad, de manera libre y espontánea, cuyo contenido me obliga además a consultar y a revisar periódicamente; 2. Las inquietudes que he tenido sobre el (los) Contrato(s), Reglamento(s) y demás documentos que rigen los productos y/o servicios ofrecidos por el Banco, así como aquél (aquellos) contrato(s) con éste, han sido atendidas y resueltas satisfactoriamente por el Banco. De igual manera, han sido atendidas y resueltas las inquietudes relacionadas con las disposiciones de atención al Consumidor Financiero y el acceso a dicha atención; 3. He sido debidamente informado que en el evento que en el futuro decida adquirir o contratar otros productos y/o servicios del Banco, deberé solicitar a la Entidad el respectivo reglamento y/o contrato que rija la relación, el cual se entenderá aceptado con la suscripción de los documentos a través de los que se formalice la contratación de un específico producto o servicio. En todo caso, los reglamentos, contratos y demás documentos que regulan los productos y servicios que presta el BANCO PICHINCHA pueden ser consultados en cualquier momento a través del sitio web de la Entidad, www.bancopichincha.com.co, y/o cualquier otro canal de comunicación que el Banco tenga habilitado para tal efecto; 4. Se me informó y capacitó acerca de las medidas de seguridad que debo tener en cuenta y aplicar en la realización de operaciones por cada canal; y 5. He sido informado sobre los procedimientos para la activación, reactivación y cancelación del (de los) producto (s) y servicio (s) ofrecidos por el Banco.

Así mismo, realizo las siguientes declaraciones:

1. Que he leído y que entiendo y acepto todos y cada uno de los términos y condiciones bajo los cuales el BANCO PICHINCHA presta los productos y servicios ofrecidos por ese Establecimiento Bancario (tanto tratándose de operaciones activas como de operaciones pasivas). Así mismo, declaro que he sido debidamente informado por parte del Banco que cualquier inquietud o información adicional que requiera en relación con los productos y/o servicios contratados será debidamente atendida a través de las líneas de Call Center y/o Servicio al Cliente de dicha Entidad. De igual manera, declaro que he recibido del BANCO PICHINCHA el documento que contiene la información relativa a: a) Los riesgos derivados del uso de los diferentes canales e instrumentos para la realización de operaciones y/o transacciones; b) Las medidas de seguridad a tener en cuenta para la realización de operaciones y/o transacciones; y, c) Los procedimientos de bloqueo, inactivación, reactivación y cancelación de los diferentes productos y servicios que ofrece el Banco.
2. Que por medio de la firma que impongo al final de este documento consiento de manera expresa, libre y voluntaria en todos y cada uno de los aspectos consignados en este documento y, particularmente, en las declaraciones y autorizaciones relacionadas, entre otros aspectos, con: a) Autorización de consulta y reporte de información ante las Centrales de Riesgo, otras autorizaciones y declaraciones; b) Autorización de Débito Automático; c) Autorización de Manejo de Notas Crédito; d) Aceptación de Reglamentos, Contratos y Condiciones de los Productos y Servicios Financieros; y, e) Adhesión a los contratos y reglamentos que regulan los productos y servicios contratados con el Banco.
3. Que por medio de la firma impresa en el presente documento, imparto y consiento en forma expresa en todas y cada una de las autorizaciones y declaraciones contenidas en el cuerpo de este documento.
4. Que así mismo, por medio de la firma impresa en el presente documento manifiesto que en la fecha he decidido contratar todos y cada uno de los productos y servicios seleccionados en el acápite "ADHESIÓN A LOS CONTRATOS Y REGLAMENTOS QUE REGULAN LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS DE LA BANCA PERSONAL" y que, por lo mismo, acepto y adhiero a los Contratos y Reglamentos seleccionados, aceptando en consecuencia todas y cada una de las estipulaciones allí contenidas.

En señal de conformidad y aceptación de todas y cada una de las declaraciones antes realizadas y contenidas en el cuerpo de este documento, suscribo el presente documento en la ciudad de Armenia, a los 08 días del mes de Jun de 2019.

Firma Titular / Cliente: 
 Nombre Completo: Nelson Ospina Toboín
 C.C. No.: 18396778



ACTA DE NO DECLARANTE.

Para dar cumplimiento a las Instrucciones relativas a operaciones de crédito contenidas en las disposiciones emitidas por la Superintendencia Financiera de Colombia, manifiesto al BANCO PICHINCHA que de acuerdo con las normas tributarias vigentes NO ESTOY OBLIGADO (A) PRESENTAR DECLARACIÓN DE RENTA Y COMPLEMENTARIA por el año gravable de: 2016

SI ES PERSONA NATURAL DECLARANTE NO DILIGENCIE NI FIRME ESTE CAMPO

Firma Titular / Cliente:

C.C. No.:


18396778



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 1 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

ANTECEDENTES - FAMILIARES

ANTECEDENTE	PARENTESCO	SEXO	ESTADO	EDAD	OBSERVACIONES
ENFERMEDAD TIROIDEA	HERMANOS	FEMENINO	VIVO	30	Y TRES SOBRINAS

ANTECEDENTES - PATOLÓGICOS

DIAGNÓSTICO	AÑO	OBSERVACIONES
HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	--	--
TOXOPLASMOSIS CON OTRO ORGANNO AFECTADO	--	--
VARICELA SIN COMPLICACIONES	--	--

ANTECEDENTES - QUIRÚRGICOS

PROCEDIMIENTO	AÑO	OBSERVACIONES
LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD +	--	--
VARICOCELECTOMIA	--	IZQUIERDO

ANTECEDENTES - FARMACOLÓGICOS

--

EVENTO 1

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2010/02/24 04:58:58p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	MANIZALES(CAL DAS)	ESPIM CLINICA LA TOSCANA
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2010/02/24 04:58:58p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	30280220	EDITH MERY LONDO?O PEREZ	AUDIOLOGIA	FONOAUDIOLOGIA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	--
Causa Externa	OTRA
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 2

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/04/01 08:05:46a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	CALARCA(QUIN DIO)	ESPAB DISTRITO CALARCA
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/04/01 08:05:47a.m.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 2 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	36753066	PAULA ELIZABETH SEPULVEDA MORENO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

ATENCION MANUAL POR FALLAS DEL SSIETMA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

ATENCION MANUAL POR FALLAS DEL SISTEMA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	H651	OTRA OTITIS MEDIA AGUDA NO SUPURATIVA	IMPRESION	--	--
NO	I872	INSUFICIENCIA VENOSA (CRONICA) (PERIFERICA)	IMPRESION	--	--
NO	R520	DOLOR AGUDO	IMPRESION	--	--

EVENTO 3

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/07/18 07:06:30a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	CALARCA(QUINDIO)	ESPAB DISTRITO CALARCA
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/07/18 07:06:30a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	36753066	PAULA ELIZABETH SEPULVEDA MORENO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

LOS RESULTADOS

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN ACUDE A RESULTADO DE RX COLUMNA DORSOLUMBAR DEL 8 DE JULIO DE 2011 QUE REPORA MINIMA ROTOESCOLIOSIS DERECHA OSTEOFITOS MARGINALES ANTERIORES Y LATERALES CONCLUSION CAMBIOS MINIMOS DE COLUMNA DORSOLUMBAR, PACIENTE REFIERE A VECES CONTINUARCON DOLOR DORLUMBAR,

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	--	EL OIDO IZQUIERDO TAPADO,

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Constantes Vitales

Presión Arterial



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 3 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Peso	80	Kg.
Talla	--	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	--	
IMC	----	----

Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	110	70 mmHg.
Decúbito	--	-- mmHg.
Presión Arterial Media	83,33 mmHg.	
Frecuencia Cardiaca	78 x.min	
Frecuencia Respiratoria	19 x.min	
Presión de Pulso	40 mmHg.	
Temperatura	--	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presión Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica
Miembro Sup. Derecho	--	-- mmHg.
Miembro Sup. Izquierdo	--	-- mmHg.
Miembro Inf. Derecho	--	-- mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	-- mmHg.

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--
Lado Izquierdo	--
Presión Venosa Central	-- mmHg.
Frecuencia de Pulso	-- xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
TORAX	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS CAMPOS PULMONARES LIMPIOS
COLUMNA	DOLOR AL PALPAR MUSCULATURA DORSOLUMBAR

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
FISIOTERAPIA O TERAPIA FISICA	Remision	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	PACIENTE CON CAUDRO CLINICO DE LARGDA DATA DE DOLOR DOLRSOLUMBAR SE ENVIAN TERAPIAS FISICAS 10 SESIONES

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
IBUPROFEN 400 MG	GRAGEAS/1-GRAGEA	TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.
ACETAMINOFEN X 500 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR UNA TABLETA CADA 6 HORAS	20	NO.REQ. AUT.
METOCARBAMOL 750 mg	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 4 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 4

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/08/17 05:29:10p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/08/17 05:29:10p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	35405613	MARIA MARGARITA GARCIA FORERO	REHABILITACION	FISIOTERAPIA O TERAPIA FISICA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

NO ASISTIO A LA CITA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	--
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z532	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR DECISION DEL PACIENTEX OTRAS RAZONES Y	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

RESPUESTA INTERCONSULTA

Estado Interconsulta --

EVENTO 5

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/09/21 08:50:26a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	CALARCA(QUINDIO)	ESPAB DISTRITO CALARCA

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/09/21 08:50:26a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	7549448	JUAN GABRIEL GUTIERREZ BOTERO	SALUD ORAL	ODONTOLOGIA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PARA INICIAR TRATAMIENTO.

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

TIENE PENDIENTE UNOS EXAMENES POR PROBLEMAS DE CIRCULACION

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
-----------	--------	-------------	------	-----	---------------------



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 5 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias
SI	K021	CARIES DE LA DENTINA	CONFIRMADO NUEVO	--	--	
NO	K050	GINGIVITIS AGUDA	CONFIRMADO NUEVO	--	--	
NO	K073	ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE	CONFIRMADO NUEVO	--	--	

EVENTO 6

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/09/29 10:15:16a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/09/29 10:15:16a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41948121	OLGA LILIANA PARRA POSADA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANTECEDENTES - QUIRÚRGICOS

PROCEDIMIENTO	AÑO	OBSERVACIONES
VARICOCELECTOMIA	--	IZQUIERDO

ANTECEDENTES - FARMACOLÓGICOS

--

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

" DOLOR EN EL ESTOMAGO "

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE EPIGASTRALGIA DIAFORESIS MAREO CON EXACERBACION EN LAS ULTIMAS HORAS

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	No	--

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas	
Peso	72 Kg.
Talla	176 Cms.
Perímetro Cefálico	-- Cms.
Perímetro Torácico	-- Cms.
Perímetro Abd o Cintura	-- Cms.
Perímetro Cadera	-- Cms.
Relación Cintura/Cadera	-- Cms.
Superficie Corporal	1,88
IMC	NORMAL 23,2438

Presión Arterial

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	120	70 mmHg.
Decúbito	--	-- mmHg.
Presión Arterial Media	86,67 mmHg.	
Frecuencia Cardiaca	86 x.min	
Frecuencia Respiratoria	17 x.min	
Presión de Pulso	50 mmHg.	
Temperatura	36 °C	
Temperatura Rectal	-- °C	
Temperatura Ambiental	-- °C	



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 6 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg.

Indice Tobillo/Brazo		
Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	ACEPTABLE
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner	
Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
CORAZON	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS
PULMON	AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN RSA
ABDOMEN	BLANDO DEPRESIBLE, DOLOR A LA PALPACION DE EPIGASTRIO NO MASAS NI MEGALIAS
NEUROLOGICO	ALERTA, ORIENTADO, NO FOCALIZADO

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	K291	OTRAS GASTRITIS AGUDAS	IMPRESION	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
OMEPRAZOL 20 MG	TABLETAS/1-CAPSULA S	1 CAPSULA VIA ORAL EN AYUNAS	30	NO.REQ. AUT.
HIOSCINA BUTIL BROMURO 20MG/ML	SOLUCION INYECTABLE/1-AMP	1 AMPOLLA EV AHORA	1	NO.REQ. AUT.
RANITIDINA 50MG/2ML INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE/1-AMP	1 AMPOLLA EV AHORA	1	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

se dan recomendaciones dieta signos de alarma control en 1 mes , no melenas

EVENTO 7

FECHA CONSULTA 2011/10/03 11:34:54a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO AMBULATORIO	CIUDAD CALARCA(QUIN DIO)	ESP ESPAB DISTRITO CALARCA
--	---------------------	-------------------------------	-----------------------	-----------------------------	-------------------------------

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/10/03 11:34:54a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 7549448	NOMBRES Y APELLIDOS JUAN GABRIEL GUTIERREZ BOTERO	ESPECIALIDAD SALUD ORAL	SUBESPECIALIDAD ODONTOLOGIA GENERAL
-------------------------------------	--------------------------------	--	----------------------------	--

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

CONTINUAR TTO

ANAMNESIS



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 7 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	K02	CARIES DENTAL	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 8

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/10/03 11:57:19a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	CALARCA(QUINDIO)	ESPAB DISTRITO CALARCA
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/10/03 11:57:19a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	7549448	JUAN GABRIEL GUTIERREZ BOTERO	SALUD ORAL	ODONTOLOGIA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

CONTINUAR TTO

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	K02	CARIES DENTAL	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Procedimientos

Descripción del Procedimiento

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA

Cantidad	1
Diagnóstico Principal	GINGIVITIS CRONICA
Diagnóstico Relacionado	SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación	SIN DIAGNOSTICO
Finalidad	DIAGNOSTICO

Lugar Realización

Consultorio

Material Enviado

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia

NINGUNA

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 8 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Descripción del Procedimiento

DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD +

Cantidad	4
Diagnóstico Principal	GINGIVITIS CRONICA
Diagnóstico Relacionado	SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación	SIN DIAGNOSTICO
Finalidad	PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización

--

Material Enviado

--	
Laboratorio	No
Patología	No
Otro	No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

EVENTO 9

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/11/17 07:29:02a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	CALARCA(QUINDIO)	ESPAB DISTRITO CALARCA
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/11/17 07:29:02a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	7549448	JUAN GABRIEL GUTIERREZ BOTERO	SALUD ORAL	ODONTOLOGIA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

NO ASISTIO A SU CITA DE 7:20, SE LLAMO HASTA LAS 7:35.

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

NINGUNA.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z532	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR DECISION DEL PACIENTEX OTRAS RAZONES Y	CONFIRMADO NUEVO	--	--

EVENTO 10

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/11/17 07:45:32a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	CALARCA(QUINDIO)	ESPAB DISTRITO CALARCA
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/11/17 07:45:32a.m.**



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 9 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	7549448	JUAN GABRIEL GUTIERREZ BOTERO	SALUD ORAL	ODONTOLOGIA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

NO ASISTIO A CITA DE 7:40AM, SE LLAMO HASTA LAS 7:55AM.

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

NINGUNA.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z532	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR DECISION DEL PACIENTEX OTRAS RAZONES Y	CONFIRMADO NUEVO	--	--

EVENTO 11

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/11/18 03:39:51p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/11/18 03:39:51p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	80097110	JOSE ALEJANDRO ROMERO ACOSTA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PRIORITARIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

REFIERE CUADRO DE 1 DIA DE EMESIS EN VARIAS OPORTUNIDADES DE APARENTE CONTENIDO ALIMENTARIO, ASOCIADO A FIEBRE NO CUANTIFICADA, MALESTAR GENERAL, OSTEOMIALGIAS.

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	Si	PERDIDA DE PESO EN EL ULTIMO MES.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	70 Kg.
Talla	178 Cms.
Perímetro Cefálico	-- Cms.

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	118	70 mmHg.
Decúbito	----- mmHg.	



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 10 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	1,86	
IMC	NORMAL	22,0931

Presión Arterial Media	86	mmHg.
Frecuencia Cardiaca	92	x.min
Frecuencia Respiratoria	18	x.min
Presión de Pulso	48	mmHg.
Temperatura	--	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presión Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg.

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	DHT GI
Estado de Glasgow	--
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
BOCA	MUCOSA ORAL SEMISECA
CUELLO	NORMAL
TORAX	NORMAL
CORAZON	RSCRS SIN SOPLOS
PULMON	RSRS SIN AGREGADOS
ABDOMEN	RSIS +, AUMENTADOS EN NUEMRO, BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR DIFUSO A LA PALPACION. NO MASAS PALPABLES.

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	B349	INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	IMPRESION	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
SALES DE REHIDRATACION APORTE AL MENOS 60 MEQ DE SODIO	GRANULADO/1-SOBRE	TOMAR 1 VASO CADA 2 HORAS.	5	NO.REQ. AUT.
ACETAMINOFEN X 500 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 2 CADA 6 HORAS (6-12-6-12)	40	NO.REQ. AUT.
METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO 10 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 30 MINUTOS ANTES DE CADA COMIDA	10	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

RECOMENDACIONES DIETARIAS. SINGNOS DE ALARMA.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 11 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 12

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2011/11/28 08:04:51a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2011/11/28 08:04:51a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41950143	LUISA FERNANDA JIMENEZ GIRALDO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANTECEDENTES - FAMILIARES

ANTECEDENTE	PARENTESCO	SEXO	ESTADO	EDAD	OBSERVACIONES
ENFERMEDAD TIROIDEA	HERMANOS	FEMENINO	VIVO	30	Y TRES SOBRINAS

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

"ESTOY PREOCUPADO"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 35 AQOS, CONSULTA POR CUADRO DE 4 MESES, CONSISTENTE EN PERDIDA DE 10 KG, REFIERE QUE COME BIEN "Y HASTA REPITE", Y SOLO REALIZA CAMINATAS. ADEMAS, DESEA PURGARSE.

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	No	--

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	70	Kg.
Talla	178	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	1,86	
IMC	NORMAL	22,0931

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	110	70 mmHg.
Decúbito	--	-- mmHg.
Presión Arterial Media	83,33 mmHg.	
Frecuencia Cardiaca	78 x.min	
Frecuencia Respiratoria	17 x.min	
Presión de Pulso	40 mmHg.	
Temperatura	36,6 °C	
Temperatura Rectal	-- °C	
Temperatura Ambiental	-- °C	

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica
Miembro Sup. Derecho	--	-- mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	-- mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	-- mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	-- mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--
Lado Izquierdo	--
Presión Venosa Central	-- mmHg.
Frecuencia de Pulso	-- xmin



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 12 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Examen Físico - Valoración

Estado General BUENO
 Estado Hidratación HIDRATADO
 Estado de Glasgow NORMAL: Glasgow 15/15
 Estado Respiratorio SIN SDR
 Estado de Conciencia Alerta

Tanner	Genital	Pubarquia	Telarquia
	--	--	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
OIDOS	SIN CERUMEN
CUELLO	MOVIL
PULMON	SIN AGREGADOS
ABDOMEN	NO DOLOR
MIEMBROS INFERIORES	NO EDEMAS

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--
NO	B829	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO
 No. Orden 1111068507 Prioridad: NORMAL
 Prestación: 904902 Cantidad: 1
 Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]
 Datos Clinicos de Importancia: PERDIDA DE 10 KG EN 4 MESES
 Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
ALBENDAZOLE 100MG/5ML X 20 ML	SUSPENSION/20-ML	TOMAR TODO	1	NO.REQ. AUT.
TINIDAZOL 500 mg	TABLETAS/1-TABLETA	2 TAB CADA 12 HORAS POR 2 DIAS	8	NO.REQ. AUT.

EVENTO 13

FECHA CONSULTA 2012/01/24 04:30:58p.m. TIPO CONSULTA -- ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO AMBITO AMBULATORIO CIUDAD ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO) ESP
 No. HC FISICA 18396778 PF 00

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2012/01/24 04:30:58p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION Nro. IDENTIFICACION NOMBRES Y APELLIDOS ESPECIALIDAD SUBESPECIALIDAD
 CEDULA CIUD. 89005727 CARLOS ANDRES VALENCIA TORO MEDICINA GENERAL MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 13 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EL EXAMEN

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

TRAJE REPORTE DE TSH DEL 18/01/12 CON RESULTADO BAJO EN 0.03 UUI/ML SOLICITADO POR POR CUADRO DE 4 MESES, CONSISTENTE EN PERDIDA DE 10 KG, REFIERE QUE COME BIEN "Y HASTA REPITE", Y SOLO REALIZA CAMINATAS. NO REFIERE OTROS SINTOMAS.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	--	Kg.
Talla	--	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	--	
IMC	----	----

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	110	70 mmHg.
Decúbito	--	-- mmHg.
Presión Arterial Media	83,33 mmHg.	
Frecuencia Cardíaca	78 x.min	
Frecuencia Respiratoria	18 x.min	
Presión de Pulso	40 mmHg.	
Temperatura	36,5 °C	
Temperatura Rectal	-- °C	
Temperatura Ambiental	-- °C	

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	ACEPTABLE
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Observaciones

PESO: 74 KG.

PLAN: SE REMITE A ENDOCRINOLOGÍA, SE DAN RECOMENDACIONES. EVITAR ALIMENTOS RICOS EN YODO.

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E078	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA GLANDULA TIROIDES	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 14 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 Años 1 Mes 17 Dias
ENDOCRINOLOGIA	Remision	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACION		TSH DEL 18/01/12 CON RESULTADO BAJO EN 0.03 UUI/ML SOLICITADO POR CUADRO DE 4 MESES, CONSISTENTE EN PERDIDA DE 10 KG, REFIERE QUE COME BIEN "Y HASTA REPITE", Y SOLO REALIZA CAMINATAS. PTE CON HIPERTIROIDISMO.		

EVENTO 14

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2012/04/11 09:24:02a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2012/04/11 09:24:02a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	7550328	HERNANDO HURTADO IBATA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PACIENTE QUE ESTA EN TRATAMIENTO CON METIMAZOL POR HIPERTIROIDISMO TIEN PENDIENTE CITA PRA MAYO LE SOLICITIA T4 LIBRE TSH Y CUADRO HEMATICO GAMAGRAFIA CON BOCIO DIFUSO CON INDICE DE ATRAPAMIENTO POR ENCIMA DE LOS RANGOS NORMALES QUE ASOCIADO A LA CLINICADE HIPERTIROIDISMO Y TSH SUPRIMIDA SUGIERE PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE GRAVES QUEDA A CRITERIO CLINICO CONSIDERAR TERAPIA COMPLEMENTARIA CON I 131 DOSIS CALCULADA ENTRE 25 Y 30 MICROCURIES

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE ESTA EN TRATAMIENTO CON METIMAZOL POR HIPERTIROIDISMO TIEN PENDIENTE CITA PRA MAYO LE SOLICITIA T4 LIBRE TSH Y CUADRO HEMATICO GAMAGRAFIA CON BOCIO DIFUSO CON INDICE DE ATRAPAMIENTO POR ENCIMA DE LOS RANGOS NORMALES QUE ASOCIADO A LA CLINICADE HIPERTIROIDISMO Y TSH SUPRIMIDA SUGIERE PRESENCIA DE ENFERMEDAD DE GRAVES QUEDA A CRITERIO CLINICO CONSIDERAR TERAPIA COMPLEMENTARIA CON I 131 DOSIS CALCULADA ENTRE 25 Y 30 MICROCURIES

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	76	Kg.
Talla	172	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	1,91	
IMC	SOBREPESO	25,6895

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	76	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	90,67 mmHg.		
Frecuencia Cardíaca	76	x.min	
Frecuencia Respiratoria	18	x.min	
Presión de Pulso	44	mmHg.	
Temperatura	37	°C	
Temperatura Rectal	--	°C	
Temperatura Ambiental	--	°C	

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 15 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Examen Físico - Valoración

Estado General	ACEPTABLE
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner	
Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
TORAX	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS BIEN VENTILADO
ABDOMEN	BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS PERISTALTISMO POSITIVO

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E050	TIROTOXICOSIS CON BOCIO DIFUSO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO

No. Orden 1204022559 Prioridad: NORMAL

Prestación: 902207 Cantidad: 1
 Descripción: HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL +
 Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904904 Cantidad: 1
 Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE
 Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904921 Cantidad: 1
 Descripción: TIROXINA LIBRE [T4L] +
 Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Indicaciones

metimazol 5 mg dos cada 12 horas

EVENTO 15

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2012/11/14 04:52:17p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	CALARCA(QUIN DIO)	ESPAB DISTRITO CALARCA

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2012/11/14 04:52:17p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	36753066	PAULA ELIZABETH SEPULVEDA MORENO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 16 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

DOS COSAS

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

- CONTROL DE TSH Y T4 LIBRE PORQUE SUFRE DE HIPERTIROIDISMO YA LE REALIZARON TERAPIA CON UYDODO RADIOACTIVO
- DOLOR EN INGLE IZQUIERDA HACE 8 DIAS

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	78	Kg.
Talla	--	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	--	
IMC	----	----

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	89	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	99,33 mmHg.		
Frecuencia Cardiaca	78	x.min	
Frecuencia Respiratoria	19	x.min	
Presión de Pulso	31	mmHg.	
Temperatura	--	°C	
Temperatura Rectal	--	°C	
Temperatura Ambiental	--	°C	

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TORAX	NORMAL
ABDOMEN	NORMAL EN INGLE IZQUIERDO DOLOR A LA PALPACION
MIEMBROS INFERIORES	NO EDEMAS



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 17 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E079	TRASTORNO DE LA GLANDULA TIROIDES NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--
NO	R520	DOLOR AGUDO	IMPRESION	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO

No. Orden 1211039944 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904904 Cantidad: 1
 Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904921 Cantidad: 1
 Descripción: TIROXINA LIBRE [T4L] +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904925 Cantidad: 1
 Descripción: TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3] +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

No. Orden 1211039947 Prioridad: NORMAL

Prestación: 902207 Cantidad: 1
 Descripción: HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 907106 Cantidad: 1
 Descripción: UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
NAPROXEN 250 MG	CAPSULA/1-CAPSULAS	TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.
CLOTRIMAZOL 1 % CREMA TOPICA	VIAL/20-APLICACION	APLICAR 3 VECES AL DIA	1	NO.REQ. AUT.

EVENTO 16

FECHA CONSULTA 2012/11/23 09:48:28a.m.
 TIPO CONSULTA --
 No. HC FISICA 18396778 PF 00

ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO
 AMBITO AMBULATORIO
 CIUDAD ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)
 ESP

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2012/11/23 09:48:28a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION Nro. IDENTIFICACION NOMBRES Y APELLIDOS ESPECIALIDAD SUBESPECIALIDAD



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 18 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias
	CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL		MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

UN DOLOR EN LAS PIERNAS

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

CUADRO DE 48 HORAS DE EVOLUCION COSISTENTE EN DOLOR EN PIERNAS SIMETRICO.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	79	Kg.
Talla	180	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	1,99	
IMC	NORMAL	24,3827

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	70	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	86,67 mmHg.		
Frecuencia Cardiaca	76 x.min		
Frecuencia Respiratoria	16 x.min		
Presión de Pulso	50 mmHg.		
Temperatura	37 °C		
Temperatura Rectal	-- °C		
Temperatura Ambiental	-- °C		

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General BUENO
 Estado Hidratación HIDRATADO
 Estado de Glasgow NORMAL: Glasgow 15/15
 Estado Respiratorio SIN SDR
 Estado de Conciencia Alerta

Tanner

Genital --
 Pubarquia --
 Telarquia --

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	NO ALTERACION
CABEZA	NO ALTERACION
OJOS	NO ALTERACION
NARIZ	NO ALTERACION
BOCA	NO ALTERACION



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 18 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias
FARINGE	NO ALTERACION					
LARINGE	NO ALTERACION					
OIDOS	NO ALTERACION					
CUELLO	NO ALTERACION					
TORAX	NO ALTERACION					
CORAZON	NO ALTERACION					
PULMON	NO ALTERACION					
ABDOMEN	NO ALTERACION					
GENITALES	NO ALTERACION					
ANO	NO ALTERACION					
TACTO RECTAL	NO ALTERACION					
VASCULAR	NO ALTERACION					
MIEMBROS SUPERIORES	NO ALTERACION					
MANOS	NO ALTERACION					
COLUMNA	NO ALTERACION					
MIEMBROS INFERIORES	NO ALTERACION					
NEUROLOGICO	NO ALTERACION					
GANGLIOS LINFATICOS	NO ALTERACION					
LINFOHEMATOPOYETICO	NO ALTERACION					

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	M796	DOLOR EN MIEMBRO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--
NO	E058	OTRAS TIROTOXICOSIS	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
DICLOFENACO SODICO 75 MG/ 3 ML INYECTABLE	SOLUCION INYECTABLE/1-AMPOL LA	APLICAR IM CADA 12 HORAS	2	NO.REQ. AUT.
TIAMINA (VITAMINA B1) 300 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR DOS AL DIA	30	NO.REQ. AUT.
DIPIRONA DE 500 MILIGRAMOS TABLETA	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR UNA C ADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

PACIENTE TIENE PENDIANTE CALORACION Y RESULTADOS DE PRUEVAS DE FINCIOJ TIROIDEA. EN TRAMITE.

EVENTO 17

FECHA CONSULTA
2013/06/26 01:47:21p.m.
No. HC FISICA
18396778 PF 00

TIPO CONSULTA
--

ORIGEN CONSULTA
INDEFINIDO

AMBITO
AMBULATORIO

CIUDAD
ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)

ESP



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 18 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 Años 1 Mes 17 Dias

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2013/06/26 01:47:21p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	75080600	CARLOS ENRIQUE GARCIA BEDOYA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TRNASCRIPCION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

TRNASCRIPCION

LEVOTIRXINA X 75 2 DIARIAS #100

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	No	--

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z760	CONSULTA PARA REPETICION DE RECETA	CONFIRMADO NUEVO	--	--

EVENTO 18

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2013/10/03 08:04:47a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2013/10/03 08:04:47a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENE A TASN CRIPCIOND E FOMRULA POR5 ENDOCRINOLOGOAS

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

DX HOIPSTIROIDISMO TTO CON LEVOTIROXINA POR 125 50Y DE 75 25

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 18 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 19

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2014/01/03 05:45:06p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2014/01/03 05:45:06p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENE A TRANSCRIPCION DE FOMRULA POR ENDOCRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

DX HIPOTIROIDISMO EN TTO CON LEVOTIROXINA POR 125 MG 50 AL MES PORMULTIPLO.....ES UNA AL DIA SE REALIZA TRANSCRIPCION CON EL MISMO ESQUEMA DE FORMULA DE RED EXTERNA CON BASE EN LA RECETA PRESENTADA Y/O COTEJADA EN SU HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA UNIDAD, SE VERIFICAN LOS CAMBIOS DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, SE FORMULA POR 1 MES SIN MODIFICACIONES. SE ORIENTA AL PACIENTE Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS. CUALQUIER MODIFICACISN O ADVERTENCIA SE DEJA POR ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA Y EN OBSERVACIONES DE LA FORMULA. TODO PACIENTE DEBE ESTAR EN CONTROL CON SU ESPECIALIDAD 1 O 2 VECES AL AQO COMO MINIMO. EL PACIENTE NO REFIERE EFECTOS ADVERSOS NI DESFAVORABLES CON ESTE TRATAMIENTO HASTA HOY

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	OTRA
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 20

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2014/02/03 08:43:08a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2014/02/03 08:43:08a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	7550328	HERNANDO HURTADO IBATA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

CONTROLDE HIPOTIROIDISMO EN MANEJO CON LEVORITOXINA 125 MCG UNA Y MEDIA DIARIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROLDE HIPOTIROIDISMO EN MANEJO CON LEVORITOXINA 125 MCG UNA Y MEDIA DIARIA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 22 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--

Indicaciones

LEVOTIROXINA 125 MG #50 UNA Y MEDIA DAIRIA

EVENTO 21

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2014/02/07 04:06:19p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2014/02/07 04:06:19p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	71624113	VICTOR MARIO URIBE VELASQUEZ	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANTECEDENTES - QUIRÚRGICOS

PROCEDIMIENTO	AÑO	OBSERVACIONES
LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD +	--	--

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

GUIA CANINO, CASADO 2 HIJOS, MC X UN DIA DE INDISPOSICION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PTE CON UN DIA DE DIARREA EN # 7 OCASIONES, SIN MOCO O SANGRE, CON AUMENTO DEL MOV INTESTINAL, CON DOLOR EN LOS MUSCULOS DE M INFEIROS

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	Si	ESCALOFRIO, INAPETENCIA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	--
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas	
Peso	-- Kg.
Talla	-- Cms.
Perímetro Cefálico	-- Cms.
Perímetro Torácico	-- Cms.
Perímetro Abd o Cintura	-- Cms.
Perímetro Cadera	-- Cms.
Relación Cintura/Cadera	-- Cms.
Superficie Corporal	--
IMC	----

Constantes Vitales		
Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	110	60 mmHg.
Decúbito	--	-- mmHg.
Presión Arterial Media	76,67 mmHg.	
Frecuencia Cardiaca	68 x.min	
Frecuencia Respiratoria	14 x.min	
Presión de Pulso	50 mmHg.	
Temperatura	-- °C	
Temperatura Rectal	-- °C	
Temperatura Ambiental	-- °C	



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 23 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg.

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
FARINGE	ERITEMA EN OROFARINGE SIN PLACAS
PULMON	SIN RUIDOS SOBRE AGREGADOS
ABDOMEN	ABDOMEN CON PERISTALTISMO SIN IRRITACION PERITONEAL

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	CONFIRMADO NUEVO	I	DESCARTADO

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
CAOLIN+PECTINA (200+10) MG/ML SUSPENSION ORAL	SUSPENSION/120-ML	PARA TOMAR 20 CC YA Y 10 CC CADA 8 HORAS HASTA MAQANA	1	NO.REQ. AUT.
ALBENDAZOLE 200 mg	TABLETAS/1-TABLETA	PARA MASTICAR Y TRAGAR LAS DOS JUNTAS	2	NO.REQ. AUT.
METRONIDAZOL 500 MG TAB	TABLETAS/1-TABLETA	PARA TOMAR UNA CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.
SALES DE REHIDRATACION APORTE AL MENOS 60 MEQ DE SODIO	GRANULADO/1-SOBRE	PARA TOMAR MEDIO VASO CADA 15 A 20 MINUTOS	5	NO.REQ. AUT.

EVENTO 22

FECHA CONSULTA 2014/03/03 07:49:52p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO AMBULATORIO	CIUDAD ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	ESP
--	---------------------	-------------------------------	-----------------------	---	-----

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2014/03/03 07:49:52p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 41899742	NOMBRES Y APELLIDOS LUZ HELENA SALGADO PARRA	ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL	SUBESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL
-------------------------------------	---------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENA TRASNCRIPCION DE FORMULA POR ENDOCRINOLOIGA



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 24 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

DX HIPOTIROIDISMO ENTTO CON LEVOTIROXINA POR 125 MG 50 AL MES SE REALIZA TRANSCRIPCION CON EL MISMO ESQUEMA DE FORMULA DE RED EXTERNA CON BASE EN LA RECETA PRESENTADA Y/O COTEJADA EN SU HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA UNIDAD, SE VERIFICAN LOS CAMBIOS DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, SE FORMULA POR 1 MES SIN MODIFICACIONES. SE ORIENTA AL PACIENTE Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS. CUALQUIER MODIFICACION O ADVERTENCIA SE DEJA POR ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA Y EN OBSERVACIONES DE LA FORMULA. TODO PACIENTE DEBE ESTAR EN CONTROL CON SU ESPECIALIDAD 1 O 2 VECES AL AÑO COMO MÍNIMO. EL PACIENTE NO REFIERE EFECTOS ADVERSOS NI DESFAVORABLES CON ESTE TRATAMIENTO HASTA HOY

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 23

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2014/11/12 02:08:12p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2014/11/12 02:08:12p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENENA TRANSCRIPCION DE FORMULA POR ENDOCRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

DX HIPOTIROIDISMO ENTTO COPN LEVOTIROXINA POR 125 MG 50 AL XMES Y LEVOTIROXINA POR 75MF 25 AL MES SE REALIZA TRANSCRIPCION CON EL MISMO ESQUEMA DE FORMULA DE RED EXTERNA CON BASE EN LA RECETA PRESENTADA Y/O COTEJADA EN SU HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA UNIDAD, SE VERIFICAN LOS CAMBIOS DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, SE FORMULA POR 1 MES SIN MODIFICACIONES. SE ORIENTA AL PACIENTE Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS. CUALQUIER MODIFICACION O ADVERTENCIA SE DEJA POR ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA Y EN OBSERVACIONES DE LA FORMULA. TODO PACIENTE DEBE ESTAR EN CONTROL CON SU ESPECIALIDAD 1 O 2 VECES AL AÑO COMO MÍNIMO. EL PACIENTE NO REFIERE EFECTOS ADVERSOS NI DESFAVORABLES CON ESTE TRATAMIENTO HASTA HOY

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--

EVENTO 24

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2014/12/12 03:28:41p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 25 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2014/12/12 03:28:41p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1094885919	MARCELA WAGNER NIETO	SALUD MENTAL	PSICOLOGIA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

CONTROL

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

ASISTE PACIENTE DE FORMA INDIVIDUAL, REFIERE MEJORIA EN RELACIRN DE PAREJA. DISMINUCIRN DE FOCOS DE DISGUSTOS. MEJORIA EN COMUNICACIRN ASERTIVA. SE BRINDAN RECOMENDACIONES, SE ENVIAN LIBROS DE MANEJO A ESPOSA. CONTINUA PROCESO

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	OTRA
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z630	PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Procedimientos

Descripción del Procedimiento

CONSULTA POR PSICOLOGÍA CLÍNICA --(CONTROL)

Cantidad	1
Diagnóstico Principal	PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA
Diagnóstico Relacionado	SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación	SIN DIAGNOSTICO
Finalidad	SIN INFORMACION

Lugar Realización

--

Material Enviado

--	
Laboratorio	No
Patología	No
Otro	No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

EVENTO 25

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2014/12/12 03:33:10p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2014/12/12 03:33:10p.m.**



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 26 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1094885919	MARCELA WAGNER NIETO	SALUD MENTAL	PSICOLOGIA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

CONTROL

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

ASISTE PACIENTE DE FORMA INDEPENDIENTE. REFIERE MEJORIA EN RELACIRN DE PAREJA, SE CONTINUA MOVILIZANDO RECURSOS PERSONALES FRENTE A DINAMICA FAMILIAR CON ADECUADO MANEJO.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	OTRA
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z630	PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Procedimientos

Descripción del Procedimiento

CONSULTA POR PSICOLOGÍA CLÍNICA --(CONTROL)

Cantidad	1
Diagnóstico Principal	PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA
Diagnóstico Relacionado	SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación	SIN DIAGNOSTICO
Finalidad	SIN INFORMACION

Lugar Realización

--

Material Enviado

--	
Laboratorio	No
Patología	No
Otro	No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

EVENTO 26

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2015/04/23 03:22:22p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2015/04/23 03:22:22p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 27 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 Años 1 Mes 17 Dias

PARRA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENEA TRANSCRIPCION DE FOMRUL APOR ENDOCRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

EN TTO CON LEVOTIEROXINA 75MG 75 AL MES SE REALIZA TRANSCRIPCION DE FORMULA EL MISMO ESQUEMA ANTERIOR CON BASE EN LA FORMULA PRESENTADA Y / O COTEJADA EN SU HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR EL PROGRAMA DE REFORMULACION; SE VERIFICAN LOS CAMBIOS DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, CAMBIOS QUE SOLO PUEDE REALIZAR SU ESPECIALISTA; ADEM?S SE VERIFICA LA FORMA DE INGRESO DEL PACIENTE AL PROGRAMA, QUE DEBE HACERSE MEDIANTE REMISION DEL ESPECIALISTA DONDE ESPECIFIQUE EL TIEMPO EN MESES DE REFORMULACI?N. SE FORMULA PARA UN MES SIN MODIFICACIONES O CON ALGUNAS CON BASE EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO, LA INTOLERANCIA DEL PACIENTE, LA RESERVA DEL PACIENTE (SI TIENE SUFICIENTE MEDICAMENTO PARA NO FORMULARLO EN ESTA VISITAY/O CON BASE EN LA PRESENTACI?N DEL MEDICAMENTO QUE IMPLICA QUE QUEDA RESERVA DEL MEDICAMENTO PARA EL SIGUIENTE MES).

SE ORIENTA AL PACIENTE Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS. SE DA NUEVA CITA PARA DENTRO DE UN MES, CUALQUIER MODIFICACI?N O ADVERTENCIA SE DEJA ESCRITA EN LA HISTORIA CLINICA Y EN OBSERVACIONES DE LAS FORMULAS. SE HACE CLARIDAD QUE CON BASE AL INSTRUCTIVO DEL PROGRAMA DE REFORMULACI?N, TODO PACIENTE DEBE SER CONTROLADO POR SU ESPECIALISTA 1 O 2 VECES MINIMO AL A?O, LO CUAL QUIERE DECIR QUE PASADOS 6 MESES DE REFORMULACI?N EL PACIENTE ES REMITIDO A SU ESPECIALISTA Y SE ESPERARIA LA NUEVA CONTRARREFERENCIA PARA SEGUIR EN EL PROGRAMA. SE ACLARA QUE TODO PACIENTE REMITIDO SE LE HA DE PROPORCIONAR EL CODIGO RINCO CORRESPONDIENTE Y QUE SI LA MEDICACI?N QUE RECIBEMENSUALMENTE ES PERMANENTE Y VITAL NO SE DEJARA DESPROTEGIDO SIN MEDICACI?N HASTA LOGRAR SU CITA DE CONTROL EL PACIENTE NO REFIERE EFECTOS ADVERSOS NI DESFAVORABLES CON ESTE TRATAMIENTO HASTA HOY

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 27

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2015/05/27 10:46:10a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

No. HC FISICA
18396778 PF 00

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2015/05/27 10:46:10a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENEA TRANSCRIPCION DE FOMRUL APOR ENDOCRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

EN TTO CON LEVOTIROXINA 75 PARA UN MES.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
-----------	--------	-------------	------	-----	---------------------



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 27 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--	

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	UNA CDA 12 HORAS	75	NO.REQ. AUT.
EVENTO 28				

FECHA CONSULTA 2015/07/07 10:24:30a.m.
 TIPO CONSULTA --
 ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO
 AMBITO AMBULATORIO
 CIUDAD ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)
 ESP
 No. HC FISICA 18396778 PF 00

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2015/07/07 10:24:31a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENA TRANSCRIPCION DE FOMRUL APOR ENDOCRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

EN TTO CON LEVOTIROXINA 75ALMES

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa OTRA
Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	DOS AL DIA	75	NO.REQ. AUT.
EVENTO 29				

FECHA CONSULTA 2015/09/16 07:36:12a.m.
 TIPO CONSULTA --
 ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO
 AMBITO AMBULATORIO
 CIUDAD ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)
 ESP
 No. HC FISICA 18396778 PF 00

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2015/09/16 07:36:12a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENA TRSANSKRIPCION DE FOMURLA POR ENDOCRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 27 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EN TTO CON LEVOTIROXINA DE 75MG 100 Y 25 MG DE LEVOTIROXINA DIARIOS

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA 50 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	20 INDICADO	30	NO.REQ. AUT.
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	DOS AL DIA	100	NO.REQ. AUT.

EVENTO 30

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2015/11/09 10:35:16a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

No. HC FISICA
18396778 PF 00

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2015/11/09 10:35:16a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENA TRANSCRIPCION DE FORMULA POR ENDOCRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

EN TTOMCON LEVOTIROZINA 754 Y DE 25 MG

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA 50 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	USO INDICADO	30	NO.REQ. AUT.
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	2 AL DIA	100	NO.REQ. AUT.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 30 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 31

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2015/12/01 08:34:10a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2015/12/01 08:34:10a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	89003211	CARLOS ANDRES SUAREZ BERRIO	SALUD ORAL	ODONTOLOGIA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

"ACTUALIZACION DE LA CARTA DENTAL"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

HIPOTIRODISMO

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z012	EXAMEN ODONTOLOGICO	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Procedimientos

Descripción del Procedimiento

Cantidad	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL INCLUYE: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTO-GRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISION AL ESPECIALISTA EXCLUYE: PROCEDIMIENTOS QUIRU
Diagnóstico Principal	CARIES DE LA DENTINA	
Diagnóstico Relacionado	SIN DIAGNOSTICO	
Diagnóstico Complicación	SIN DIAGNOSTICO	
Finalidad	DIAGNOSTICO	

Lugar Realización

--

Material Enviado

--	
Laboratorio	No
Patología	No
Otro	No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA

Cantidad	1
Diagnóstico Principal	CARIES DE LA DENTINA
Diagnóstico Relacionado	SIN DIAGNOSTICO



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 31 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO
 Finalidad PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización

Consultorio

Material Enviado

--
 Laboratorio No
 Patología No
 Otro No

Tipo de Anestesia

NINGUNA

DESCRIPCIÓN:

EAMEN CLINICO

COMPLICACIONES:

NINGUNA

EVENTO 32

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/01/05 11:51:14a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/01/05 11:51:14a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENEA TRANSCRIPCION DE FORMULA POR NEDOCRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

EN TTO CON LEVOTIROXINA DE 75 GM 75 PARA EL MES LEVOTIROXINA POR 50 MMG UNA INTER DIARIA 30 ADEMAS ORDENAENES DE TSH Y T4

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden	LABORATORIO
No. Orden	1601008400
Prioridad:	NORMAL
Prestación:	903818
Descripción:	COLESTEROL TOTAL
Cantidad:	1
Datos Clínicos de Importancia:	---
Prioridad:	NORMAL
Prestación:	903868
Cantidad:	1



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 32 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Descripción: TRIGLICERIDOS +

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 904902 Cantidad: 1

Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 904921 Cantidad: 1

Descripción: TIROXINA LIBRE [T4L] +

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA 50 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	USO INDICADO	30	NO.REQ. AUT.
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	DOS AL DIA	75	NO.REQ. AUT.

EVENTO 33

FECHA CONSULTA: 2016/01/14 12:15:21p.m.
 TIPO CONSULTA: --
 ORIGEN CONSULTA: INDEFINIDO
 AMBITO: AMBULATORIO
 CIUDAD: PEREIRA(RISARALDA)
 ESP: ESPAM UNIDAD MEDICA RISARALDA
 No. HC FISICA: 18396778 PF 00

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/01/14 12:15:21p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION: CEDULA CIUD.
 Nro. IDENTIFICACION: 31428478
 NOMBRES Y APELLIDOS: JOHANA PAOLA MORALES ZAPATA
 ESPECIALIDAD: AUDIOLOGIA
 SUBESPECIALIDAD: AUDIOMETRIA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TAMIZAJE AUDITIVO

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

USUARIO AL QUE SE REALIZA VALORACION AUDITIVA TIPO TAMIZ COMO PARTE DEL PROGRAMA DE CONSERVACION AUDITVA DEL GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN E L TRABAJO, A LA VALORACION SE ENCUENTRA OIDO NORMAL Y SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA NORMAL, SE DAN RECOMENDACIONES Y SE SOLICITA CONTROL EN 1 AQO, PACIENTE QUEDA EN BUENAS CONDICIONES.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta: --

Causa Externa: OTRA

Programa: --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	CONFIRMADO NUEVO	--	--

EVENTO 34

FECHA CONSULTA: 2016/02/05 04:13:41p.m.
 TIPO CONSULTA: --
 ORIGEN CONSULTA: INDEFINIDO
 AMBITO: AMBULATORIO
 CIUDAD: ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)
 ESP:



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 33 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 Años 1 Mes 17 Dias

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/02/05 04:13:41p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1094906292	MAIRA ALEJANDRA TABARES PASIMINIO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA DADA POR DR BAYONA MEDICO ENDOCRINOLOGO

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

SE REALIZA TRANSCRIPCION DE FORMULA EL MISMO ESQUEMA ANTERIOR CON BASE EN LA FORMULA PRESENTADA Y / O COTEJADA EN SU HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR EL PROGRAMA DE REFORMULACION; SE VERIFICAN LOS CAMBIOS DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, CAMBIOS QUE SOLO PUEDE REALIZAR SU ESPECIALISTA; ADEMAS SE VERIFICA LA FORMA DE INGRESO DEL PACIENTE AL PROGRAMA, QUE DEBE HACERSE MEDIANTE REMISION DEL ESPECIALISTA DONDE ESPECIFIQUE EL TIEMPO EN MESES DE REFORMULACION. SE FORMULARA UN MES SIN MODIFICACIONES O CON ALGUNAS CON BASE EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO, LA INTOLERANCIA DEL PACIENTE, LA RESERVA DEL PACIENTE (SI TIENE SUFICIENTE MEDICAMENTO PARA NO FORMULARLO EN ESTA VISITA Y/O CON BASE EN LA PRESENTACION DEL MEDICAMENTO QUE IMPLICA QUE QUEDA RESERVA DEL MEDICAMENTO PARA EL SIGUIENTE MES).

SE ORIENTA AL PACIENTE Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS. SE DA NUEVA CITA PARA DENTRO DE UN MES, CUALQUIER MODIFICACION O ADVERTENCIA SE DEJA ESCRITA EN LA HISTORIA CLINICA Y EN OBSERVACIONES DE LAS FORMULAS. SE HACE CLARIDAD QUE CON BASE AL INSTRUCTIVO DEL PROGRAMA DE REFORMULACION, TODO PACIENTE DEBE SER CONTROLADO POR SU ESPECIALISTA 1 O 2 VECES MINIMO AL AÑO, LO CUAL QUIERE DECIR QUE PASADOS 6 MESES DE REFORMULACION EL PACIENTE ES REMITIDO A SU ESPECIALISTA Y SE ESPERARIA LA NUEVA CONTRARREFERENCIA PARA SEGUIR EN EL PROGRAMA. SE ACLARA QUE TODO PACIENTE REMITIDO SE LE HA DE PROPORCIONAR EL CODIGO RINCO CORRESPONDIENTE Y QUE SI LA MEDICACION QUE RECIBEMENSUALMENTE ES PERMANENTE Y VITAL NO SE DEJARA DESPROTEGIDO SIN MEDICACION HASTA LOGRAR SU CITA DE CONTROL EL PACIENTE NO REFIERE EFECTOS ADVERSOS NI DESFAVORABLES CON ESTE TRATAMIENTO HASTA HOY

ESQUEMA MEDIC: LEVOTIROXINA 175 MG CANTIDAD 25 VEINTICINCO TAB

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	OTRA
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--

EVENTO 35

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/03/04 11:02:44a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/03/04 11:02:44a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENA TRANSCRIPCION DE D FORMULA POR ENDOCRINOLOGI A

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

EN TTO CON LEVOTIROXINA 175 MG UNA AL DIA LPARA DOS MESES

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
--------------------------	-------------------------



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 34 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 36

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/06/21 03:00:30p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/06/21 03:00:30p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENA TRANSCRIPCION DE FOMRUL APOR ENDOVRINOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

NE TTO CON LEVOTIROXINA 175 MG 30 AL MES SE REALIZA TRANSCRIPCION DE FORMULA EL MISMO ESQUEMA ANTERIOR CON BASE EN LA FORMULA PRESENTADA Y / O COTEJADA EN SU HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR EL PROGRAMA DE REFORMULACION; SE VERIFICAN LOS CAMBIOS DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, CAMBIOS QUE SOLO PUEDE REALIZAR SU ESPECIALISTA; ADEMAS SE VERIFICA LA FORMA DE INGRESO DEL PACIENTE AL PROGRAMA, QUE DEBE HACERSE MEDIANTE REMISION DEL ESPECIALISTA DONDE ESPECIFIQUE EL TIEMPO EN MESES DE REFORMULACION. SE FORMULA PARA UN MES SIN MODIFICACIONES O CON ALGUNAS CON BASE EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO, LA INTOLERANCIA DEL PACIENTE, LA RESERVA DEL PACIENTE (SI TIENE SUFICIENTE MEDICAMENTO PARA NO FORMULARLO EN ESTA VISITA Y/O CON BASE EN LA PRESENTACION DEL MEDICAMENTO QUE IMPLICA QUE QUEDA RESERVA DEL MEDICAMENTO PARA EL SIGUIENTE MES). SE ORIENTA AL PACIENTE Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS. SE DA NUEVA CITA PARA DENTRO DE UN MES, CUALQUIER MODIFICACION O ADVERTENCIA SE DEJA ESCRITA EN LA HISTORIA CLINICA Y EN OBSERVACIONES DE LAS FORMULAS. SE HACE CLARIDAD QUE CON BASE AL INSTRUCTIVO DEL PROGRAMA DE REFORMULACION, TODO PACIENTE DEBE SER CONTROLADO POR SU ESPECIALISTA 1 O 2 VECES MINIMO AL A?O, LO CUAL QUIERE DECIR QUE PASADOS 6 MESES DE REFORMULACION EL PACIENTE ES REMITIDO A SU ESPECIALISTA Y SE ESPERARIA LA NUEVA CONTRARREFERENCIA PARA SEGUIR EN EL PROGRAMA. SE ACLARA QUE TODO PACIENTE REMITIDO SE LE HA DE PROPORCIONAR EL CODIGO RINCO CORRESPONDIENTE Y QUE SI LA MEDICACION QUE RECIBEMENSUALMENTE ES PERMANENTE Y VITAL NO SE DEJARA DESPROTEGIDO SIN MEDICACION HASTA LOGRAR SU CITA DE CONTROL EL PACIENTE NO REFIERE EFECTOS ADVERSOS NI DESFAVORABLES CON ESTE TRATAMIENTO HASTA HOY

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z760	CONSULTA PARA REPETICION DE RECETA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 37

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/07/07 10:34:20a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/07/07 10:34:20a.m.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 35 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	7550328	HERNANDO HURTADO IBATA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

EXAMEN DE ASCENSO

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

EXAMEN DE ASCENSO

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	73	Kg.
Talla	174	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	1,88	
IMC	NORMAL	24,1115

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	76	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	90,67 mmHg.		
Frecuencia Cardíaca	76 x.min		
Frecuencia Respiratoria	18 x.min		
Presión de Pulso	44 mmHg.		
Temperatura	37 °C		
Temperatura Rectal	-- °C		
Temperatura Ambiental	-- °C		

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	ACEPTABLE
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
TORAX	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS BIEN VENTILADO
ABDOMEN	BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS PERISTALTISMO POSITIVO



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 36 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESION	--	--

Indicaciones

SANO

EVENTO 38

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/07/11 04:49:48p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND IO)	ESPAB ARMENIA
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/07/11 04:49:48p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41958996	JULY PAULINA AGUIRRE VILLANUEVA	SALUD ORAL	ODONTOLOGIA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

" CARTA DENTAL "

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

HIPOTIROIDISMO

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z012	EXAMEN ODONTOLOGICO	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Procedimientos

Descripción del Procedimiento

Cantidad	1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL INCLUYE: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTO-GRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISION AL ESPECIALISTA EXCLUYE: PROCEDIMIENTOS QUIRU
Diagnóstico Principal	EXAMEN ODONTOLOGICO	
Diagnóstico Relacionado	SIN DIAGNOSTICO	
Diagnóstico Complicación	SIN DIAGNOSTICO	
Finalidad	DIAGNOSTICO	

Lugar Realización

--

Material Enviado

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 37 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA

Cantidad	1
Diagnóstico Principal	EXAMEN ODONTOLOGICO
Diagnóstico Relacionado	SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación	SIN DIAGNOSTICO
Finalidad	PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización

--

Material Enviado

--

Laboratorio	No
Patología	No
Otro	No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

EVENTO 39

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/07/18 08:08:00a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/07/18 08:08:00a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41949061	HEIDY YELYTHZA GOMEZ MARTINEZ	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

DOLOR DE CABEZA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CUADRO DE LARGA DATA DE EPISODIOS DE FOSFENOS, SEGUIDOS DE CEFALEA FRONTAL, PERIOcular FOTOFobia, REFIERE ESTA SEMANA EXACERBACION DEL DOLOR, ADEMAS EPISODIOS NOCTURNOS QUE LO DESPIERTAN. TTO ANALGESICO SIN MEJORIA AP: ALERGICOS NIEGA, QX: VARICOCELE, FRACTURA 4: DEDO MANO DERECHO. PAT NIEGA.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	84 Kg.
Talla	-- Cms.
Perímetro Cefálico	-- Cms.

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	120	80 mmHg.
Decúbito	----- mmHg.	



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 38 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	--	
IMC	----	----

Presión Arterial Media	93,33	mmHg.
Frecuencia Cardiaca	80	x.min
Frecuencia Respiratoria	18	x.min
Presión de Pulso	40	mmHg.
Temperatura	--	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presión Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg.

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
OJOS	PINRAL
CUELLO	NO MASAS
CORAZON	RSCSRS
PULMON	MURMULLO VESICULAR CLARO
ABDOMEN	BLANDO, NO MASAS, NO DOLOR
NEUROLOGICO	SIN DEFICIT

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	G439	MIGRA?A NO ESPECIFICADA	IMPRESION	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
NEUROLOGI A	Interconsulta	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACION	PACIENTE CON CUADRO DE LARGA DATA DE EPISODIOS DE FOSFENOS, SEGUIDOS DE CEFALEA FRONTAL, PERIOCULAR OPRESIVO, FOTOFOBIA, REFIERE ESTA SEMANA EPISODIOS NOCTURNOS QUE LO DESPIERTAN, MANEJO ANALGESICO SIN MEJORIA

Conductas - Incapacidad

DIAGNOSTICO

Tipo de Incapacidad
Incapacidad Laboral

Prorroga	No	Días Acumulado	--	Número de Incapacidad	1607011215
Diagnóstic		MIGRA?A NO ESPECIFICADA			



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 39 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Datos de Incapacidad

No. Dias Incapacidad	1	Fecha inicia	2016/07/18	Fecha final	2016/07/18
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL		Clase	TOTAL	
Manejo	AMBULATORIO				
Emp. Dependencia	--				
Procedimiento	--				
Observaciones	--				
Dirección / Tel.	3214520193				

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
NAPROXEN 250 MG	CAPSULA/1-CAPSULAS	TOMAR 1 CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.
DIPIRONA + ISOMETEPTENO (CLORHIDRATO) + CAFEINA ANHIDRA (300+50+30) MG/ML SOLUC ORAL	GOTAS ORALES/330-GOTAS	TOMAR 30 GOTAS CADA 12 HORAS	1	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

EVITAR BEBIDAS OSCURAS, CAFE, CHOCOLATES.

EVENTO 40

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/07/18 05:24:47p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/07/18 05:24:47p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

V IENEATRASCIPCIÓN DE FOMURL APOR ENDOCRINOLOGIA SE REALIZA TRASCIPCIÓN DE FORMULA EL MISMO ESQUEMA ANTERIOR CON BASE EN LA FORMULA PRESENTADA Y / O COTEJADA EN SU HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR EL PROGRAMA DE REFORMULACION; SE VERIFICAN LOS CAMBIOS DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, CAMBIOS QUE SOLO PUEDE REALIZAR SU ESPECIALISTA; ADEMAS SE VERIFICA LA FORMA DE INGRESO DEL PACIENTE AL PROGRAMA, QUE DEBE HACERSE MEDIANTE REMISION DEL ESPECIALISTA DONDE ESPECIFIQUE EL TIEMPO EN MESES DE REFORMULACION. SE FORMULA PARA UN MES SIN MODIFICACIONES O CON ALGUNAS CON BASE EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO, LA INTOLERANCIA DEL PACIENTE, LA RESERVA DEL PACIENTE (SI TIENE SUFICIENTE MEDICAMENTO PARA NO FORMULARLO EN ESTA VISITA Y/O CON BASE EN LA PRESENTACION DEL MEDICAMENTO QUE IMPLICA QUE QUEDA RESERVA DEL MEDICAMENTO PARA EL SIGUIENTE MES).

SE ORIENTA AL PACIENTE Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS. SE DA NUEVA CITA PARA DENTRO DE UN MES, CUALQUIER MODIFICACION O ADVERTENCIA SE DEJA ESCRITA EN LA HISTORIA CLINICA Y EN OBSERVACIONES DE LAS FORMULAS. SE HACE CLARIDAD QUE CON BASE AL INSTRUCTIVO DEL PROGRAMA DE REFORMULACION, TODO PACIENTE DEBE SER CONTROLADO POR SU ESPECIALISTA 1 O 2 VECES MINIMO AL A?O, LO CUAL QUIERE DECIR QUE PASADOS 6 MESES DE REFORMULACION EL PACIENTE ES REMITIDO A SU ESPECIALISTA Y SE ESPERARIA LA NUEVA CONTRARREFERENCIA PARA SEGUIR EN EL PROGRAMA. SE ACLARA QUE TODO PACIENTE REMITIDO SE LE HA DE PROPORCIONAR EL CODIGO RINCO CORRESPONDIENTE Y QUE SI LA MEDICACION QUE RECIBEMENSUALMENTE ES PERMANENTE Y VITAL NO SE DEJARA DESPROTEGIDO SIN MEDICACION HASTA LOGRAR SU CITA DE CONTROL EL PACIENTE NO REFIERE EFECTOS ADVERSOS NI DESFAVORABLES CON ESTE TRATAMIENTO HASTA HOY

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	OTRA
Programa	--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 40 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 41

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/09/12 06:21:30p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/09/12 06:21:30p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1094885052	DIANA MARCELA AYALA VALENCIA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

"POR EL CONTROL DE LA TIROIDES CON EL ENDOCRINOLOGO, POR EL GOLPE EN LAS COSTILLAS Y POR LA DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS OCULAR"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TIROTOXICOSIS EN MANEJO CON YODO RADIOACTIVO, SOLICITA REMISION A MEDICINA INTERNA. TAMBIEN REFIERE QUE HACE 10 DIAS PRESENTUSION EN REJA COSTAL, REFIERE QUE CONTINUA CON DOLOR. REFIERE ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS OCULAR ENMANEJO POR OFTALMOGIA, CONTROL SEMESTRAL
 AP: HIPOTIROIDISMO, TOXOPLASMOSIS
 AF:HIPOTIROIDISMO HERMANA
 ALERGICOS: NIEGA
 QX: VARICOCELE, OSTEISNNTESIS EN 4 DEDO DE MANO DERCHA

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	--	NIEGA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas		
Peso	81	Kg.
Talla	176	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	1,99	
IMC	SOBREPESO	26,1492

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	--	-- mmHg.
Decúbito	--	-- mmHg.
Presión Arterial Media	--	mmHg.
Frecuencia Cardiaca	--	x.min
Frecuencia Respiratoria	--	x.min
Presión de Pulso	--	mmHg.
Temperatura	--	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Indice Tobillo/Brazo

--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 41 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 Años 1 Mes 17 Dias

Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg	Lado Derecho	--	
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg	Lado Izquierdo	--	
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg	Presión Venosa Central	--	mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg	Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General BUENO
 Estado Hidratación HIDRATADO
 Estado de Glasgow NORMAL: Glasgow 15/15
 Estado Respiratorio SIN SDR
 Estado de Conciencia Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
CUELLO	CUELLO MOVIL, SIN ADENOPATIAS, NO MASAS
TORAX	DOLOR A LA PALPACION EN REJA COSTAL IZQUERDA
CORAZON	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
PULMON	CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
NO	S202	CONTUSION DEL TORAX	IMPRESION	--	--
SI	E058	OTRAS TIROTOXICOSIS	CONFIRMADO REPETIDO	--	--
NO	B580	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
MEDICINA INTERNA	Interconsulta	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA + INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA., EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TIROTOXICOSIS, REQUIRIO MANEJO CON YODO RADIOACTIVO, SOLCITO VALORACION Y MANEJO.
OFTALMOLOGIA	Interconsulta	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA + INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA., EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS OCULAR, EN CONTROLES SEMESTRALES POR OFTALMOLOGIA.

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden IMAGENES
 No. Orden 1609013178 Prioridad: NORMAL
 Prestación: 871111 Cantidad: 1
 Descripción: RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL
 Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 42 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
NAPROXEN 250 MG	CAPSULA/1-CAPSULAS	UNA TABLETA CADA 12 HORAS EN CASO DE DOLOR	20	NO.REQ. AUT.

EVENTO 42

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2016/10/19 06:16:55p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2016/10/19 06:16:55p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1094885052	DIANA MARCELA AYALA VALENCIA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

"PORQUE HE TENIDO MAREOS"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION DE SENSACION DE MAREO. REFEIRE MEJORIA DE LA SENSACION DE MAREO CON ADMINISTRACION DE ALIMENTOS.
 REFEIRE DOLOR EN TALON IZQUIERO
 REFEIRE DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL DE LARGA DATA SECUNDARIO A TOXOPLASMOSIS OCULAR.
 AP: TIROTOXICOSIS, TOXOPLASMOSIS OCULAR
 AF: MADRE ARTROSIS
 ALERGICOS: NIEGA
 QX: VARICOCELECTOMIA, OSTEOSINTESIS DE 4 DEDO DE MANO DERECHA

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	--	NIEGA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas		
Peso	85	Kg.
Talla	178	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2,05	
IMC	SOBREPESO	26,8274

Presion Arterial

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	80	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	93,33 mmHg.		
Frecuencia Cardiaca	80 x.min		
Frecuencia Respiratoria	18 x.min		
Presión de Pulso	40 mmHg.		
Temperatura	36 °C		
Temperatura Rectal	-- °C		
Temperatura Ambiental	-- °C		



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 43 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 Años 1 Mes 17 Dias

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg.

Indice Tobillo/Brazo	
Lado Derecho	--
Lado Izquierdo	--
Presión Venosa Central	-- mmHg.
Frecuencia de Pulso	-- xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner	
Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
TORAX	NORMOEXPANSIBLE
CORAZON	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
PULMON	CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO
MIEMBROS INFERIORES	DOLOR A LA PALPACION EN PIE IZQUIERDO

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO	IMPRESION	--	--
NO	H543	DISMINUCION INDETERMINADA DE LA AGUDEZA VISUAL EN AMBOS OJOS	IMPRESION	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
OPTOMETRIA A	Interconsulta	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRIA + INCLUYE: EVALUACION Y AJUSTE DE LA AYUDA VISUAL (ANTEOJOS, LENTES DE CONTACTO, AYUDAS DE BAJA VISION) PRESCRITA EN LA CONSULTA INICIAL O AJUSTE Y REVISION DE LA PROTESIS OCULAR ADAPTADA EXCLUYE: EVALUA	PACIENTE CON DISMINUCION DE LA GUDEZA VISUAL

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO

No. Orden 1610074356 Prioridad: NORMAL

Prestación: 902210 Cantidad: 1

Descripción: HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO+

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903815 Cantidad: 1

Descripción: COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 44 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Datos Clinicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903818 Cantidad: 1
 Descripción: COLESTEROL TOTAL

Datos Clinicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903841 Cantidad: 1
 Descripción: GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A URINA

Datos Clinicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903868 Cantidad: 1
 Descripción: TRIGLICERIDOS +

Datos Clinicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 904902 Cantidad: 1
 Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]

Datos Clinicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 904921 Cantidad: 1
 Descripción: TIROXINA LIBRE [T4L] +

Datos Clinicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
NAPROXENO (125MG/5ML) SUSP	SUSPENSION/120-ML	UNA TABLETA CADA 12 HORAS	20	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

remision a optometria por disminucion de la gudeza visual
solicito paraclínicos y nueva valoracion con resultados

EVENTO 43

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/04/25 03:50:45p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/04/25 03:50:45p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	33817849	BIBIANA YANETH PULIDO PULIDO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

CEFALEA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 45 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

PACINETE QUE ASISTE A COINUSLTA POR CC DE VARIOS DIAS DE CEFALEA GLOBAL INTENSO ASOCADIOA DIFICULAT PARA CONCILIAR AL SUEQO ,ADEMAS REFIERE DOLOR LUMBAR FTE SIN SINTOMAS URINARIOS ASOCIADOS

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	83	Kg.
Talla	169	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	1,97	
IMC	SOBREPESO	29,0606

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	80	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	93,33 mmHg.		
Frecuencia Cardíaca	80 x.min		
Frecuencia Respiratoria	16 x.min		
Presión de Pulso	40 mmHg.		
Temperatura	-- °C		
Temperatura Rectal	-- °C		
Temperatura Ambiental	-- °C		

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General ACEPTABLE

Estado Hidratación HIDRATADO

Estado de Glasgow NORMAL: Glasgow 15/15

Estado Respiratorio SIN SDR

Estado de Conciencia Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Observaciones

NO HALALZGSO ANORAMLES AL EF

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
NO	R51X	CEFALEA	CONFIRMADO NUEVO	--	--
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO

No. Orden 1704098239 Prioridad: NORMAL

Prestación: 902207 Cantidad: 1

Descripción: HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL +

Datos Clínicos de Importancia: ---



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 46 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903815 Cantidad: 1
 Descripción: COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 903818 Cantidad: 1
 Descripción: COLESTEROL TOTAL

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 903825 Cantidad: 1
 Descripción: CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 903841 Cantidad: 1
 Descripción: GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 903868 Cantidad: 1
 Descripción: TRIGLICERIDOS +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904904 Cantidad: 1
 Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904921 Cantidad: 1
 Descripción: TIROXINA LIBRE [T4L] +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 907106 Cantidad: 1
 Descripción: UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
ERGOTAMINA + CAFEINA (1+100)MG	GRAGEAS/1-GRAGEA	1 CADA 8 HORAS	30	NO.REQ. AUT.
METOCARBAMOL 750 mg	TABLETAS/1-TABLETA	1 CADA 12 HORAS	20	NO.REQ. AUT.
NAPROXEN 250 MG	CAPSULA/1-CAPSULAS	1 CADA 1 2HORAS	20	NO.REQ. AUT.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 47 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 44

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/05/10 09:02:00a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/05/10 09:02:00a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENE A CONSULTA POR QUE REFIRE "ESTOY VIENDO" MAS MAL CADA DIA HACE 8MESES ESTA EN CONTYROL POR OFTALMOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

TIENE ANTECEDENTE DE TOSOPLOMOSIS OCULAR DON DXDE CEGUERA LEGAL POR OJO DERECHO Y CICATRICES CORIO RETINIANAS E TTO CON LAGRICEL Y CONTORLES POR OFTALMOLOGIA TRAE EXCUSA PARCIAL POR OFTALMOLOGIA CON ACTIVIDADES DIURNAS BUENA LUZ Y EVITAR EXPOSICION PRLONGADA AL COMPUTADOR SE REMITE OFTALMOLOGIA PARA CONTROL Y6 CONCEPTO PARAMEDICINA LABORAL

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	OTRA
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	83 Kg.
Talla	180 Cms.
Perímetro Cefálico	-- Cms.
Perímetro Torácico	-- Cms.
Perímetro Abd o Cintura	-- Cms.
Perímetro Cadera	-- Cms.
Relación Cintura/Cadera	-- Cms.
Superficie Corporal	2,04
IMC	SOBREPESO 25,6172

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	70	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	86,67 mmHg.		
Frecuencia Cardíaca	76 x.min		
Frecuencia Respiratoria	22 x.min		
Presión de Pulso	50 mmHg.		
Temperatura	37 °C		
Temperatura Rectal	-- °C		
Temperatura Ambiental	-- °C		

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 48 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Observaciones

RESTOD E EXAME FICIS C DENTROD EPARAMETROS NORMALES

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
OJOS	AV 20/200 OD OY 20/25 CICATRICES CORNEANASNUMEROSSA MACULARES AL FONNDO DE OJO OJO IZQUIERDO NORMAL

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	B580	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
OFTALMOLOGIA	Interconsulta	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA + INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA., EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	PACIENTE CONSULTA POR DISMIUCION DE VISION LEJANA , AP TOXOPLASMOSIS OCULAR, E CONTROLES CADA 6 MESES , AL EXAME FISICO AV OD 20/200, OI 20/25 CON SNELLE, F OJO CICATRICES MACULARES NUEROSIS PRDUZCAS E F OJO DERECHO, OI NORMAL PINR ROJO RETINIANO BILATE

Conductas - Incapacidad

DIAGNOSTICO

Tipo de Incapacidad Incapacidad Laboral	Prorroga No	Días Acumulado --	Número de Incapacidad 1705006332
	Diagnóstico	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	

Datos de Incapacidad

No. Dias Incapacidad	8	Fecha inicia	2017/05/10	Fecha final	2017/05/17
Causa Externa	OTRA	Clase	PARCIAL		
Manejo	SIN IN FORMACION				
Emp. Dependencia	CARABINEROS Y GUIAS CANINOS				
Procedimiento	--				
Observaciones	TRANSCRIBO EXCUSA POR OFTALMOLOGIA PACIENTE CON DXDE TOXOPLASMOSIS RETINAL Y CEGUERA LEGAL POR OJO DERECHOCON RECOMENDACION DE SOLO ACTIVIDADES DIURNAS, CON BUENA LUZ EVITAR ACTIVIDADES PRLOGADAS CON COMPUTADOR .				
Dirección / Tel.	CARABINEROS				

Indicaciones

RALES, MOVIMIETOS OCULARES CONSERVADOS , FTOFOBIA OI, TA 120/ 70 fc 80 fr 22 RESTO D E XAMEN DENTRO D EPARAMETROS NORMALES
SS VAORACION 4POR OFTALMOLOGIA

DX LESION OCULAR 2 A TOXOPLASMOSIS OCULAR OD
CEGUERA LEGAL OD POR AV > DE 20/200 POR SNELLE

SS VALORACIO OFTALMOLOGIA



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 49 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 45

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/05/18 02:48:43p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/05/18 02:48:43p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	38859048	ADRIANA CARVAJAL ARCE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PRA TRANSCRIPCION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DEL 18/05/17 DADA POR OFTALMOLOGO, NO REALIZAR TRABAJOS NOCTURNOS, NI USAR POR LARGO TIEMPO EL COMPUTADOR. TIENE PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	B580	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Incapacidad

DIAGNOSTICO

Tipo de Incapacidad Incapacidad Laboral	Prorroga Si	Días Acumulado --	Número de Incapacidad 1705011955
	Diagnóstic	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	

Datos de Incapacidad

No. Dias Incapacidad	8	Fecha inicia	2017/05/18	Fecha final	2017/05/25
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL		Clase	PARCIAL	
Manejo	AMBULATORIO				
Emp. Dependencia	--				
Procedimiento	--				
Observaciones	TIENE PENDIENTE VALORACION POR OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA. CEGUERA LEGAL POR OJO DERCHO. SOLO ACTIVIDADES DIURNAS CON BUENA LUZ, EVITAR ACTIVIDADES PROLONGADAS CON EL COMPUTADOR.				
Dirección / Tel.	FUERTE DE CARABINEROS. TEL: 3214520193				

Indicaciones

SE TRANSCRIBE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DELL 18/05/17 DDA POR OFTALMOLOGIA. TIENE PENDIENTE VALORACION POR OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA .



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 50 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 46

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/05/23 06:56:14a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	PEREIRA(RISARALDA)	ESPA UNIDAD MEDICA RISARALDA

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/05/23 06:56:14a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	42150671	LINA MARIA TRUJILLO GUZMAN	OFTALMOLOGIA	OFTALMOLOGIA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VALORACION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

REMITIDO DE MEDICINA GENERAL

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOSTICADA EN 1997, EN SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGIA PARTICULAR DR MARIO JIMENEZ (ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS) QUIEN HACE IDX: CEGUERA LEGAL OD, Y SOLICITA VALORACION MEDICINA LABORAL CUADRO DE 7 MESES DE EVOLUCION DE OJO ROJO OCASIONAL AO, ASOCIADO A LAGRIMEO OCASIONAL AO, NO CAMBIOS EN AGUDEZA VISUAL AO, NO OTRO SINTOMA,NO TRATAMIENTO
ULTIMO CAMBIO DE REFRACCION ABRIL/2017

ANTECEDENTES:

- PATOLOGICOS: HIPERTIROIDISMO TRATADO CON YODOTERAPIA CON HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO
- FARMACOLOGICOS: LEVOTIROXINA 188 MCG/DIA, NAPROXENO
- QUIRURGICOS: CIRUGIA POR VARICOSCELE, OSTEOSINTESIS FALANGE PROXIMAL CUARTO DEDO MANO DERECHA
- ALERGICOS: NIEGA
- OFTALMOLOGICOS: TOXOPLASMOSIS OD DIAGNOSTICADA EN 1997
- FAMILIARES: NIEGA

EXPLORACION:

AV SC: OD: MOVIMIENTO DE MANOS OI: 20/20
MOTILIDAD OCULAR INTRINSECA: NORMAL, NO DPAR
BIOMICROSCOPIA DEL SEGMENTO ANTERIOR: CORNEA TRANSPARENTE Y COMPACTA, CAMARA ANTERIOR PROFUNDA, NO CELULAS, CRISTALINO TRANSPARENTE AO
PIO: OD: 10 OI: 10 mmHg (06+40)
FONDO DE OJO: OD: RETINA APLICADA, CICATRIZ CORIORRETINIANA MACULAR DE BORDE LEVEMENTE HIPERPIGMENTADO, VASOS NORMALES, EXCAVACION: 0.6, ATROFIA PERIPAPILAR, NO VITRITIS
OI: RETINA APLICADA, MACULA SANA, VASOS NORMALES, EXCAVACION: 0.3, NO VITRITIS

IDX: CICATRIZ CORIORRETINIANA OD
OJO UNICO FUNCIONAL OI

PLAN: SIGNOS DE ALARMA

PROTECCION UV

SE DA MANEJO SIMTOMATICO CON: POLIETILENGLICOL+POLIPROPILENGLICOL COLIRIO OFTALMICO: 1 GOTTA CADA 6 HORAS AMBOS OJOS

CONTROL EN 6 MESES

SE EXPLICA DIAGNOSTICO Y MAL PRONOSTICO VISUAL OD

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	H310	CICATRICES CORIORRETINIANAS	CONFIRMADO NUEVO	--	--
NO	H544	CEGUERA DE UN OJO	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 51 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
OFTALMOLOGIA	Control	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA + INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA., EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS/PROTESIS.	CONTROL EN 6 MESES

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
POLIETILENGLICOL + PROPILENGLICOL (4 + 3) MG/ML FRASCO COLIRIO OFTALMICO	COLIRIO/300-GOTAS	1 GOTA CADA 6 HORAS AMBOS OJOS	1	NO.REQ. AUT.

RESPUESTA INTERCONSULTA

Estado Interconsulta CERRADA

EVENTO 47

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/05/26 03:20:35p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/05/26 03:20:35p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	38859048	ADRIANA CARVAJAL ARCE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PARA TRANSCRIPCION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 7 DIAS A PARTIR DEL 26/05/17. SOLO LABORES DIURNAS CON BUENA LUZ, EVITAR ACTIVIDADES PROLONGADAS CON EL COMPUTADOR.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	B580	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Incapacidad

DIAGNOSTICO

Tipo de Incapacidad Incapacidad Laboral	Prorroga Si	Días Acumulado --	Número de Incapacidad 1705017777
	Diagnóstic	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	

Datos de Incapacidad

No. Dias Incapacidad 7 Fecha inicia 2017/05/26 Fecha final 2017/06/01



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 52 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Clase PARCIAL

Manejo AMBULATORIO

Emp. Dependencia --

Procedimiento --

Observaciones SOLO REALIZAR ACTIVIDADES DIURNAS CON BUENA LUZ, EVITAR ACTIVIDADES PROLONGADAS EN EL COMPUTADOR, PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA.

Dirección / Tel. FUERTE DE CARABINEROS TEL:3214520193

Indicaciones

SE TRANSCRIBE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIA POR 7 DIAS A PARTIR DEL 26/05/17. SOLO ACTIVIDADES DIURNAS CON BUENA LUZ. PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA.

EVENTO 48

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/06/02 02:09:45p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/06/02 02:09:45p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	38859048	ADRIANA CARVAJAL ARCE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PARA TRANSCRIPCION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DEL 2/06/17.. SOLO ACTIVIDADES DIURNAS CON BUENA ILUMINACION. TIENE PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA. CEGUERA LEGAL POR OJO DERCHO.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	B580	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Incapacidad

DIAGNOSTICO

Tipo de Incapacidad	Incapacidad Laboral
---------------------	---------------------

Prorroga	Si	Días Acumulado	--	Número de Incapacidad	1706001402
Diagnóstic	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA				

Datos de Incapacidad

No. Dias Incapacidad 8 Fecha inicia 2017/06/02 Fecha final 2017/06/09

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Clase PARCIAL

Manejo AMBULATORIO

Emp. Dependencia --



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 53 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Procedimiento --

Observaciones PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA. SOLO ACTIVIDADES DE DIA CON BUENA ILUMINACION. NO ACTIVIDADES PROLONGADAS EN EL COMPUTADOR.

Dirección / Tel. FUERTE DE CARABINEROS TEL:3214520193

Indicaciones

SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DEL L 2/06/17. TIENE PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA

EVENTO 49

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/06/23 09:19:49a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/06/23 09:19:49a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	38859048	ADRIANA CARVAJAL ARCE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PARA TRANSCRIPCION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DELL 23/06/17. TIENE PENDIENTE CITA CON OPTOMETRIA EN JULIO /17 Y PENDIENTE CITA CON OFTALMOLOGIA. SOLO ACTIVIDADES DE DIA CON BUENA ILUMINACION.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	B580	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Incapacidad

DIAGNOSTICO

Tipo de Incapacidad Incapacidad Laboral	Prorroga Si	Días Acumulado --	Número de Incapacidad 1706014429
	Diagnóstic	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	

Datos de Incapacidad

No. Dias Incapacidad	8	Fecha inicia	2017/06/23	Fecha final	2017/06/30
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL	Clase	PARCIAL		
Manejo	AMBULATORIO				
Emp. Dependencia	--				
Procedimiento	--				
Observaciones	PENDIENTE CITA CON OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA. SOLO ACTIVIDADES DE DIA CON BUENA ILUMINACION, NO ACTIVIDADES PROLONGADAS EN EL COMPUTADOR.				
Dirección / Tel.	FUERTE DE CARABINEROS TEL: 3214520193				



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 54 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Indicaciones

SE TRANSCRIBE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 8 DIAS A PARTIR DEL 23/06/17 . SOLO LABORES DE DIA Y CON BUENA ILUMINACION, PENDIENTE CITA CON OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA.

EVENTO 50

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/06/27 09:42:36a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/06/27 09:42:36a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	38859048	ADRIANA CARVAJAL ARCE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PARA TRANSCRIPCION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

VIENE A CITA PRA TRANSCRIPCION DE INCAPACIDAD TOTAL POR 3 DIAS A PARTIR DEL 25/06/17 DADA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	M759	LESION DEL HOMBRO NO ESPECIFICADA	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Indicaciones

SE TRANSCRIBE INCAPACIDAD TOTAL POR 3 DIAS A PARTIR DEL 25/06/17 DADA EN LE HOSPITAL SAN JUNA DE DIOS.

EVENTO 51

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/07/10 03:46:29p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/07/10 03:46:29p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41909730	LUZ STELLA ARISTIZABAL ALZATE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA.

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASISTE PARA TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA ORDENADA POR ENDOCRINOLOGIA EN TTO CON LEVOTIROXINA.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	OTRA



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 55 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA SODICA 100MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB EN AYUNAS	30	NO.REQ. AUT.

EVENTO 52

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/08/08 04:02:28p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/08/08 04:02:28p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	38859048	ADRIANA CARVAJAL ARCE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PARA TRANSCRIPCION

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

VIENE A CITA PARA TRANSCRIPCION DE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 7 DIAS A PARTIR DEL 8/08/17. TIENE PENDIENTE CITRA CON OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA. SOLO ACTIVIDADES DE DIA CON BUENA ILUMINACION. NO ACTIVIDADES PROLONGADAS EN EL COMPUTADOR.
SE REMITE A CITA CON MEDICINA LABORAL

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA
Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL
Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	B580	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Incapacidad

DIAGNOSTICO

Tipo de Incapacidad Incapacidad Laboral	Prorroga Si	Días Acumulado --	Número de Incapacidad 1708004868
	Diagnóstic	OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	

Datos de Incapacidad

No. Dias Incapacidad 7 Fecha inicia 2017/08/08 Fecha final 2017/08/14
Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL Clase PARCIAL
Manejo AMBULATORIO
Emp. Dependencia --
Procedimiento --



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 56 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Observaciones SOLO ACTIVIDADES DE DIA CON BUENA ILUMINACION NO ACTIVIDADES PROLONGADAS EN EL COMPUTADOR. TIENE PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA.

Dirección / Tel. FUERTE DE CARABINEROS TEL:3214520193

Indicaciones

SE TRANSCRIBE PRORROGA DE INCAPACIDAD PARCIAL POR 7 DIAS A PARTIR DEL 8/08/17. TIENE PENDIENTE VALORACION POR OPTOMETRIA Y OFTALMOLOGIA

EVENTO 53

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/08/10 04:00:23p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/08/10 04:00:23p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	38859048	ADRIANA CARVAJAL ARCE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

SE CANCELA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

SE CANCEL LA CITA PORQUE SE ATENDIO COMO SOBRECUPU HACE DOS DIAS

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	OTRA
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z530	PROCEDIMIENTO NO REALIZADO POR CONTRAINDICACION	CONFIRMADO NUEVO	--	--

EVENTO 54

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/08/30 03:58:40p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/08/30 03:58:40p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1094885052	DIANA MARCELA AYALA VALENCIA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

"POR MUCHAS COSAS"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE REFIERE LESIONES DESCAMATIVAS EN CUELLO DE LARGA DATA, REFEIRE QUE SE HA AUTOMEDICADO CON CLOTRIMAZOL CON LEVE MEJORIA.

ADEMAS REFIERE DOLOR A NIVEL DE DEDOS DE AMBAS MANOS Y PARESTESIAS. TAMBIEN REFEIRE MANEJO DE HIPOTIROIDISMO CON LEVOTIROXINA DE 175 MCGR. ANT PATOLOGICOS: HIPOTIROIDISMO, TOXOPLASMOSIS ANT FAMILIARES: MADRE OSTEOPOROSIS



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 57 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

ALERGICOS: NIEGA

QUIRURGICOS: VARICOCELECTOMIA, OSTEOSINTESIS DE 4TO DEDO

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	--	NIEGA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	89	Kg.
Talla	180	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2,11	
IMC	SOBREPESO	27,4691

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	80	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	93,33 mmHg.		
Frecuencia Cardíaca	80 x.min		
Frecuencia Respiratoria	15 x.min		
Presión de Pulso	40 mmHg.		
Temperatura	36 °C		
Temperatura Rectal	-- °C		
Temperatura Ambiental	-- °C		

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	PEQUEQA LESION DESCAMATIVA ERITEMATOSA EN CUELLO
TORAX	NORMOEXPANSIBLE
CORAZON	RUIDOS CARDAICOS RITMICOS SIN SOPLOS
PULMON	CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILQADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
MIEMBROS SUPERIORES	PRUEBA DE PHALEN Y TINEL Y POSITIVAS



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 58 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
NO	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	IMPRESION	--	--
NO	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--
SI	B49X	MICOSIS NO ESPECIFICADA	IMPRESION	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden PROCED. DIAGNOSTICOS

No. Orden 1708012658 Prioridad: NORMAL

Prestación: 891508 Cantidad: 1
Descripción: NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS) +

Datos Clínicos de Importancia: ---
Prioridad: NORMAL

Prestación: 930860 Cantidad: 1
Descripción: ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)

Datos Clínicos de Importancia: ---
Prioridad: NORMAL

Tipo de Orden LABORATORIO

No. Orden 1708126340 Prioridad: NORMAL

Prestación: 901305 Cantidad: 1
Descripción: EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]+

Datos Clínicos de Importancia: ---
Prioridad: NORMAL

Prestación: 904902 Cantidad: 1
Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]

Datos Clínicos de Importancia: ---
Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA SODICA 100MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR UNA TAB UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	60	NO.REQ. AUT.
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR UNA TAB UNA HORA ANTES DEL DESAYUNO	60	NO.REQ. AUT.

EVENTO 55

FECHA CONSULTA 2017/10/09 02:27:09p.m.	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO AMBULATORIO	CIUDAD ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	ESP
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/10/09 02:27:09p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 41899742	NOMBRES Y APELLIDOS LUZ HELENA SALGADO	ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL	SUBESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL
--	--	--	---	--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 59 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

PARRA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

PACIENTE SOICITA VASECTMIA YA QUE NO DESEA MAS HIJOS

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

DSELE DA ASESORIA A CERCA DEL PROCEDIMIENTO , EL PACIETE CONTINUA SOLICTANDO EL PROCEDIMIENTO

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z302	ESTERILIZACION	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Indicaciones

SOLICITO BASECTOMIA

PACIENTE NO DESEA TENER MAS FAMILIA

SE LE DA ASESORIA A CERTCA DEL PROCEDIMIENTO , EL PACIENTE AFIRMA DESEAR BASECTOMIA

EVENTO 56

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2017/11/29 07:15:25p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2017/11/29 07:15:25p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	36753066	PAULA ELIZABETH SEPULVEDA MORENO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

DOLOR DE ESPALDA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

1. PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS DE LARGA DATA DE DOLOR EN REGION DORSOLUMBAR
2. DOLOR EL TALON IZQUIERDO HACE VARIOS DIAS
3. LESION NODULAR EN BRAZO IZQUIERDO A VECES DOLOROSA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	-- Kg.
Talla	-- Cms.

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	120	80 mmHg.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 60 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	--	
IMC	----	----

Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media		93,33	mmHg.
Frecuencia Cardiaca		78	x.min
Frecuencia Respiratoria		19	x.min
Presión de Pulso		40	mmHg.
Temperatura	--		°C
Temperatura Rectal	--		°C
Temperatura Ambiental	--		°C

Presión Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg.

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Observaciones

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES AFEBRIL E HIDRATADO ALERTA ORIENTADO SIN DISNEA DEMABULA SOLO

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	NORMAL
TORAX	NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	EN BRAZO IZQUIERDO CARA ANTERIOR TERCIO INFERIOR LESION NODULAR MOVIBLE DE MAS O MENOS 2 POR 2 CM NO ADERIDA A PLANOS PROFUNDOS
COLUMNA	DOLOR AL PALPAR REGION DORSOLUMBAR
MIEMBROS INFERIORES	DOLOR AL PALPAR TALON IZQUIERDO

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	M548	OTRAS DORSALGIAS	IMPRESION	--	--
NO	D179	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSODE SITIO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--
NO	M773	ESPOLON CALCANEAO	IMPRESION	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
CIRUGIA GENERAL	Remision	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACION	PACIENTE CON CUADRO DE VARIOS MESES DE APARICION DE M ASA EN BRAZO IZQUIERDO COMPATIBLE CON LIPOMA LA CUAL ESTA UBICADA EN CARA ANTERIOR TERCIO INFERIOR DE MAS O MENOS 2 CM MOVIBLE NO ADEREIDA A PLANOS PROFUNDOS



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 61 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden	IMAGENES				
No. Orden	1711028870	Prioridad:	NORMAL		
Prestación:	871030	Cantidad:	1		
Descripción:	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR				
Datos Clínicos de Importancia:	---				
Prioridad:	NORMAL				
No. Orden	1711028871	Prioridad:	NORMAL		
Prestación:	873333	Cantidad:	1		
Descripción:	RADIOGRAFIA DE PIE AP Y LATERAL				
Datos Clínicos de Importancia:	RX DE PIE IZQUIERDO				
Prioridad:	NORMAL				

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
METOCARBAMOL 750 mg	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.
NAPROXEN 250 MG	CAPSULA/1-CAPSULAS	TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

se da orden de rx de columna dorsolumbar y de talon izquierdo
orden para vx por cx general
recomendaciones generales

EVENTO 57

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2018/02/22 11:31:23a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2018/02/22 11:31:23a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	16551731	JOSE ALEXANDER JURADO QUINTERO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

ACUDE PARA TRANSCRIPCION DE INCAPACIDAD MEDICA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

ACUDE PARA TRANSCRIPCION DE INCAPACIDAD MEDICA

TIPO TOTAL
A PARTIR 21/2/18
EMITIDA POR DR MORALES HUSDD

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 62 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	D172	TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO DEL TRONCO	CONFIRMADO NUEVO	--	--

EVENTO 58

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2018/02/23 03:42:27p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2018/02/23 03:42:27p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41899742	LUZ HELENA SALGADO PARRA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VIENE A TRANSCRIPCION DE ORDEN PARA ESTERILIZACION QUIRURGICA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

SOLICITO VASECTOMIA
PACIENTE CONSULTA SOCITANDO ESTERILIZACION QUIRURGICA YA QUE REFIERE NO DESEA MAS HIJOS, SE ASESORA A CERCA DEL PROCEDIMIENTO, EL PACIENTE ENTIENDE Y LO SOLICITA.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	PLANIFICACION
Causa Externa	OTRA
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	T384	ANTICONCEPTIVOS ORALES	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Indicaciones

SOLICITO VASECTOMIA
PACIENTE CONSULTA SOCITANDO ESTERILIZACION QUIRURGICA YA QUE REFIERE NO DESEA MAS HIJOS, SE ASESORA A CERCA DEL PROCEDIMIENTO, EL PACIENTE ENTIENDE Y LO SOLICITA.

EVENTO 59

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2018/05/16 11:06:23a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2018/05/16 11:06:23a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	15958728	TITO LEON MAYA MAYA	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

DOLOR EN HOMBRO
AP. QX , FRACTURA DEDO DE LA MANO DERECHA , VARICOCELE ,LIPOMA BRAZO IZQUIERDO .
ALERGICOS ,NO
NO FUMADOR .



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 63 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

REFERE CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR LUMBAR IRRADIADO HACIA MIEMBROS INFERIORES CON PARESTESIAS .
DOLOR EN HOMBRO DERECHO .

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	84	Kg.
Talla	180	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2,05	
IMC	SOBREPESO	25,9259

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	120	80 mmHg.
Decúbito	--	-- mmHg.
Presión Arterial Media	93,33 mmHg.	
Frecuencia Cardiaca	78	x.min
Frecuencia Respiratoria	20	x.min
Presión de Pulso	40	mmHg.
Temperatura	--	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--
Lado Izquierdo	--
Presión Venosa Central	-- mmHg.
Frecuencia de Pulso	-- xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	NORMALES
CABEZA	NORMAL
BOCA	MUCOSAS HUMEDAS
CUELLO	SIN MASAS
CORAZON	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOAS
PULMON	BIEN VENTILADOS
ABDOMEN	NO MASAS . NO DOLOROSO



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 63 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias
MIEMBROS SUPERIORES	NORMALES					
COLUMNA	DOLOR A LA PALPACION LUMBAR ,LASEGUE POSITIVO					
MIEMBROS INFERIORES	NORMALES					
NEUROLOGICO	NO DEFICIT APARENTE					

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	M544	LUMBAGO CON CIATICA	IMPRESION	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO

No. Orden 1805042907 Prioridad: NORMAL

Prestación: 902207 Cantidad: 1
 Descripción: HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO MANUAL +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 903818 Cantidad: 1
 Descripción: COLESTEROL TOTAL

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 903825 Cantidad: 1
 Descripción: CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 903843-1 Cantidad: 1
 Descripción: GLUCOSA PRE

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 903868 Cantidad: 1
 Descripción: TRIGLICERIDOS +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904902 Cantidad: 1
 Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
DEXAMETASONA 0.4%	SOLUCION INYECTABLE/1-AMPOL LA	APLICAR 1 AMP IM DIARIA	2	NO.REQ. AUT.
METOCARBAMOL 750 mg	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 63 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias
NAPROXEN 250 MG			CAPSULA/1-CAPSULAS	TOMAR 1 CADA 8 HORAS	20	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

EVENTO 60

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2018/06/13 01:37:16p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2018/06/13 01:37:16p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41958996	JULY PAULINA AGUIRRE VILLANUEVA	SALUD ORAL	ODONTOLOGIA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

" CONTROL Y CARTA DE RETIRO"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

" SUFRE DE TIROIDES CONTROLADO CON MEDICAMENTOS DIARIOS"
13/06/2018: SE REALIZA CARTA DE RETIRO.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z075	PACIENTE SANO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

EVENTO 61

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2018/06/16 09:07:28a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2018/06/16 09:07:28a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41958996	JULY PAULINA AGUIRRE VILLANUEVA	SALUD ORAL	ODONTOLOGIA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

"PARA LIMPIEZA"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

NO REPORTA A LA FECHA.
16/06/2018:SE RETIRA PLACA BLANDA CON CEPILLO Y PASTA PROFILACTICA (PROFILAXIS) SE RETIRA PLACA CALCIFICADA A NIVEL SUPRAGINGIVAL CON PUNTA DE CAVITRON (DETARTAJE), SE LAVA, SE EXPLICA TECNICA DE CEPILLADO Y EL USO DE LA SEDA DENTAL SE DAN RECOMENDACIONES VERBALES Y ESCRITAS DE HIGIENE ORAL

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
---------------------------------	-------------------------



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 66 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	K051	GINGIVITIS CRONICA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Procedimientos

Descripción del Procedimiento

Cantidad 1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL INCLUYE: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTO-GRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISION AL ESPECIALISTA EXCLUYE: PROCEDIMIENTOS QUIRU

Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA

Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO

Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO

Finalidad DIAGNOSTICO

Lugar Realización

--

Material Enviado

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA

Cantidad 1

Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA

Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO

Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO

Finalidad PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización

--

Material Enviado

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD +

Cantidad 4

Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA

Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO

Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 67 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Finalidad PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización

--

Material Enviado

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC

Cantidad 1
Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA
Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO
 Finalidad PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización

--

Material Enviado

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

EVENTO 62

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2018/06/18 02:19:18p.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2018/06/18 02:19:18p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	12978968	JULIO CESAR TAPIA GUERRERO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

INICIO DE ESTUDIO POR RETIRO

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

MANIFIESTA ANTECEDENTES DE PATOLOGIA DE DOLOR EN COLUMNA DORSAL, LABORO EN GRUPOS OPERATIVOS

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 68 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	M548	OTRAS DORSALGIAS	CONFIRMADO REPETIDO	--	--
NO	H906	HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL BILATERAL	IMPRESION	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
AUDIOMETRIA	Remision	CONSULTA DE PRIEMRA VEZ POR ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA CON FINES MEDICO LABORALES	AUDIOMETRIA TONAL

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden IMAGENES

No. Orden 1806016364 Prioridad: NORMAL

Prestación: 871030 Cantidad: 1

Descripción: RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

EVENTO 63

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2018/08/13 05:24:15p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2018/08/13 05:24:15p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	12978968	JULIO CESAR TAPIA GUERRERO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

CONTINUA EN EXAMENES DE RETIRO

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

AUDIOMETRIA REPORTE DENTRO DE LIMNITES NORMALES

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	CONFIRMADO REPETIDO	--	--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 69 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 64

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2019/01/09 09:45:26a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2019/01/09 09:45:26a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41885830	ANA CRISTINA CA?AS HERNANDEZ	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

42 AQOS.
 CONTROL DE HIPOTIROIDISMO.
 SOLICITA CONTROL CON ENDOCRINOLOGO.
 ARDOR EN TETILLA IZDA.
 FLEMA EN GARGANTA.

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

HIPOTIROIDISMO EN TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 175 MCG DIA POR ENDOCRINOLOGO, ULTIMO CONTROL HACE 10 MESES.
 CON CANSANCIO Y DEBILIDAD OCACIONAL.
 ARDOR EN TETILLA IZDA DESD EHACE 1 MES.
 FLEMA EN GARGANTA.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	--
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	86	Kg.
Talla	180	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2,07	
IMC	SOBREPESO	26,5432

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	75	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media		90	mmHg.
Frecuencia Cardiaca		78	x.min
Frecuencia Respiratoria		--	x.min
Presión de Pulso		45	mmHg.
Temperatura		--	°C
Temperatura Rectal		--	°C
Temperatura Ambiental		--	°C

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 70 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Estado General BUENO
 Estado Hidratación HIDRATADO
 Estado de Glasgow --
 Estado Respiratorio SIN SDR
 Estado de Conciencia Alerta

Tanner
 Genital --
 Pubarquia --
 Telarquia --

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
BOCA	OROFARINGE CONGESTIVA.
CUELLO	NORMAL. NO MASAS.
CORAZON	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS.
PULMON	BIEN VENTILADOS.

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--
NO	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	IMPRESION	--	--
NO	K219	ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS	IMPRESION	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO
 No. Orden 1901017809 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904902 Cantidad: 1
 Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]
 Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 906610 Cantidad: 1
 Descripción: ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA [PSA] +
 Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA SODICA 125 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	1 EN AYUNAS.	30	NO.REQ. AUT.
CLORFENIRAMINA 4 MG	TABLETAS/1-TABLETA	1 EN LA NOCHE.	30	NO.REQ. AUT.
L-TIROXINA 50 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	1 EN AYUNAS	30	NO.REQ. AUT.
SUCRALFATE 1 G	TABLETAS/1-TABLETA	1 ANTES DE LA COMIDA DE LA NOCHE	30	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

ELEVAR CABECERA DE CAMA CON 1 LADRILLO BAJO PATAS DE ARRIBA .
 NO SALSAS, NO CONDIMENTOS, NO PAN, NO PIMENTON, NO REPOLLO Y TODO DESLACTOSADO.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 71 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 65

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2019/03/08 01:52:09p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2019/03/08 01:52:09p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	36753066	PAULA ELIZABETH SEPULVEDA MORENO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

POR DOS COSAS

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

1. PACIENTE QUIEN ACUDE CON RESULTDO DE TSH DEL 19 DE ENERO DE 2019 DONDE REPORTA 3,1 TOMA TOMA TIROXINA 175*1
2. A VECES ADORMECIMIENTO DE LAS PIERNAS EN LAS NOCHES Y DOLOR EN TALONES

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	85	Kg.
Talla	180	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2,06	
IMC	SOBREPESO	26,2345

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	80	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	93,33 mmHg.		
Frecuencia Cardiaca	78 x.min		
Frecuencia Respiratoria	19 x.min		
Presión de Pulso	40 mmHg.		
Temperatura	--	°C	
Temperatura Rectal	--	°C	
Temperatura Ambiental	--	°C	

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 72 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Observaciones

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES AFEBRIL E HIDRATADO DEMABULA SOLO

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
OJOS	PINRA
BOCA	NORMAL
OIDOS	NORMALES
TORAX	NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	NO EDEMAS

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
NO	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--
SI	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	IMPRESION	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden IMAGENES

No. Orden 1903008730 Prioridad: NORMAL

Prestación: 871040 Cantidad: 1
Descripción: RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Datos Clínicos de Importancia: PCIENTE CON ADORMEICIMIENTO DE PIERNAS EN LAS MAQANAS Y DOLOR EN TALONES DESDE HACE VARIS MESES

Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR UNA TABLETA DIARIA	60	NO.REQ. AUT.
L-TIROXINA SODICA 100MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR UNA TABLETA DIARIA	60	NO.REQ. AUT.
COMPLEJO B TABLETA	GRAGEAS/1-GRAGEA	TOMAR UNA TABLETA DIARIA	30	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

SE REFORMULA MEDICACION
SE DA ORDEN DE RX DE COLUMNA LUMBOSACRA
RECOMENDACIONES GENERALES

EVENTO 66

FECHA CONSULTA 2019/04/06 09:26:05a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO AMBULATORIO	CIUDAD ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	ESP
--	----------------------------	--------------------------------------	------------------------------	--	------------

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2019/04/06 09:26:05a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 41958996	NOMBRES Y APELLIDOS JULY PAULINA AGUIRRE	ESPECIALIDAD SALUD ORAL	SUBESPECIALIDAD ODONTOLOGIA GENERAL
--	--	--	-----------------------------------	---



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 73 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

VILLANUEVA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

"CONTROL"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

06/04/2019 PACIENTE REFIERE DE HIPOTIROIDISMO MEDICADO CON LEVOTIROXINA.

06/04/2019 PACIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA, RETIRA PLACA BLANDA CON CEPILLO Y PASTA PROFILACTICA (PROFILAXIS) SE RETIRA PLACA CALCIFICADA A NIVEL SUPRAGINGIVAL CON PUNTA DECAVITRON (DETARTAJE), SE LAVA, SE EXPLICA TECNICA DE CEPILLADO Y EL USO DE LA SEDA DENTAL SE DAN RECOMENDACIONES VERBALES Y ESCRITAS DE HIGIENE ORAL .

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	K036	DEPOSITOS (ACRECIONES) EN LOS DIENTES	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Procedimientos

Descripción del Procedimiento

Cantidad 1

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL INCLUYE: ANAMNESIS, EXAMEN ORAL Y ELABORACION DEL ODONTO-GRAMA O CARTA ODONTOLOGICA, PRESCRIPCION FARMACOLOGICA, ELABORACION DE UN PLAN DE TRATAMIENTO, REMISION AL ESPECIALISTA EXCLUYE: PROCEDIMIENTOS QUIRU

Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA

Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO

Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO

Finalidad DIAGNOSTICO

Lugar Realización

Consultorio

Material Enviado

--
Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia

NINGUNA

DESCRIPCIÓN:

06/04/2019 PACIENTE ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA, RETIRA PLACA BLANDA CON CEPILLO Y PASTA PROFILACTICA (PROFILAXIS) SE RETIRA PLACA CALCIFICADA A NIVEL SUPRAGINGIVAL CON PUNTA DECAVITRON (DETARTAJE), SE LAVA, SE EXPLICA TECNICA DE CEPILLADO Y EL U

COMPLICACIONES:

NINGUNA

Descripción del Procedimiento

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ODONTOLOGIA

Cantidad 1

Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA

Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO

Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO

Finalidad PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización

Material Enviado

Tipo de Anestesia



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 74 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

--

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL SOD +

Cantidad 4
Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA
Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO
 Finalidad PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización
--

Material Enviado

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia
--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

CONTROL DE PLACA DENTAL NCOC

Cantidad 1
Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA
Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO
 Finalidad PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización
--

Material Enviado

--

Laboratorio No
Patología No
Otro No

Tipo de Anestesia
--

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

PROFILAXIS DENTAL

Cantidad 1
Diagnóstico Principal GINGIVITIS CRONICA
Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO
 Finalidad PROTECCION ESPECIFICA

Lugar Realización

Material Enviado

Tipo de Anestesia



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 75 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

--	Laboratorio	No
--	Patología	No
--	Otro	No

DESCRIPCIÓN:

--

COMPLICACIONES:

--

EVENTO 67

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2019/05/03 08:23:33a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2019/05/03 08:23:33a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	38363739	CAROLINA CARDONA PUNTES	SALUD MENTAL	PSICOLOGIA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

VALORACION POR EL SERVICIO DE PSICOLOGIA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 42 AQOS, NATALIDAD CALARCA. PENSIONADO HACE 11 MESES.

OCUPACION DEL TIEMPO LIBRE
NO REFIERE ACTIVIDAD

COMPOSICION FAMILIAR
REFIERE VIVO CON MI ESPOSA YENI MARCELA DE 35 AQOS, LABORA COMO ENFERMERA. MIS HIJOS ISABELA DE 12 AQOS, CURSAEL GRADO SEPTIMO Y LUISA DE 7 AQOS, CURSA EL GRADO SEGUNDO. VINCULO AFECTIVO ADECUADO.

MOTIVO DE CONSULTA
EL PACIENTE REFIERE DUERMO POR INTERVALOS CORTOS, AGOTAMIENTO, IRRITABILIDAD. BUEN PATRON DE ALIMENTACION, AQADE AUNQUE LE HE DISMINUIDO A LA ALIMENTACION EN LAS NOCHES.

MENCIONA DIFICULTADES ECONOMICAS, AQADE DEBIDO A ESTA SITUACION TAMBIEN SE VE AFECTADA LA RELACION DE PAREJA.

NIEGA IDEAS Y PENSAMIENTOS DE MUERTE.

ANTECEDENTES
MENCIONA TIROIDES, NO REFIERE HOSPITALIZACIONES, NI TRATAMIENTO FARMACOLOGICO POR PSIQUIATRIA.

SE REALIZA PSICOEDUCACION EN MANEJO DE EMOCIONES, HABITOS SALUDABLES Y SE SOCIALIZA LA LINEA DE APOYO EMOCIONAL 018000910588 Y LA LINEA 155.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
-----------	--------	-------------	------	-----	---------------------



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 76 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias
SI	Z718	OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS		IMPRESION	--	--

Conductas - Procedimientos

Descripción del Procedimiento

Cantidad 1
Diagnóstico Principal OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS
Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO
Finalidad SIN INFORMACION

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA INCLUYE: AQUELLA REALIZADA AL INDIVIDUO, A LA PAREJA O A LA FAMILIA; METODOS O TECNICAS TERAPEUTICAS APLICADAS COMO LA TERAPIA FAMILIAR ENTRE OTRAS.

Lugar Realización

--

Material Enviado

--
 Laboratorio No
 Patología No
 Otro No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

SE REALIZA VALORACION Y SE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO

COMPLICACIONES:

--

Descripción del Procedimiento

Cantidad 1
Diagnóstico Principal OTRAS CONSULTAS ESPECIFICADAS
Diagnóstico Relacionado SIN DIAGNOSTICO
Diagnóstico Complicación SIN DIAGNOSTICO
Finalidad SIN INFORMACION

EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA

Lugar Realización

--

Material Enviado

--
 Laboratorio No
 Patología No
 Otro No

Tipo de Anestesia

--

DESCRIPCIÓN:

SE REALIZA PSICOEDUCACION EN MANEJO DE EMOCIONES, HABITOS SALUDABLES Y SE SOCIALIZA LA LINEA DE APOYO EMOCIONAL 018000910588 Y LA LINEA 155

COMPLICACIONES:

--

EVENTO 68

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2019/05/10 10:04:17a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2019/05/10 10:04:17a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	10249014	JAIRO RUIZ GIRALDO	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 77 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

CONTROL DE TIROIDES FORMULACION, NO DUERME BIEN

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

VIENE A CONTROL DE HIPOTIROIDISMO EN TTO CON 175 UG DE TIROXINA DE LO CUAL ESTA MUY CONTROLADO. REFIERE QUE NO DUERME BIEN, ES UN SUEGO INCOMODO, DUERME DESPIERTA Y NO PUEDE CONCILIAR EL SUEGO

AP:

HIPOTIROIDISMO

ESCOLIOSIS CEGUERA OJO DERECHO X TOXOPLASMOSIS

CIRUGIA EN D EDO MANO DERECHA Y VARICOCELE, HACE EJERCICIO, LICOR NO, NO CIGARRILLO

ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS

Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones
GENERALES	GENERAL	No	--

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	80	Kg.
Talla	180	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	95	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2	
IMC	NORMAL	24,6913

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	----- mmHg.	
Decúbito	120	70 mmHg.
Presión Arterial Media	--	mmHg.
Frecuencia Cardiaca	80	x.min
Frecuencia Respiratoria	20	x.min
Presión de Pulso	--	mmHg.
Temperatura	36	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	BUENO
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Observaciones

SE ORRDENA TIROXINA DE 100 UG Y DE 75 UG UNA AL DIA DE C/U X 4 MESES
IMIPRAMINA DE 25 MG MEDIA EN LA NOCHE X 10 DIAS Y LUEGO UNA ENTERA.
FLUOXETINA DE 20 X1 CON DESAYUNO



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 78 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	SIN ALTERACIONES
CABEZA	NORMAL
OJOS	AV DIMINUIDA MARCADA EN OD
NARIZ	BIEN
BOCA	SANA
FARINGE	SANA
LARINGE	NORMAL
OIDOS	OTOSCOPIA NORMAL
CUELLO	NO MASAS, NO SOPLOS, TIROIDES NO PALPABLE
CORAZON	RUIDOS CARDIACOS RITMOIACS SIN SOPLOS
PULMON	MUMRULLO VESICULAR LIMPIO
ABDOMEN	NORMAL

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--
NO	F411	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--
NO	G470	TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUE?O [INSOMNIOS]	CONFIRMADO NUEVO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	UNA AL DIA EN AYUNAS	30	NO.REQ. AUT.
FLUOXETINA 20 mg	TABLETAS/1-TABLETA	UNA CON DESAYUNO	30	NO.REQ. AUT.
AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 MG	TABLETAS/1-TABLETA	MEDIA A LAS 9 PM POR 10 DIAS LUEGO ENTERA, SI NO LA TOLERA ENTERA VOLVER A LA MEDIA	30	NO.REQ. AUT.
L-TIROXINA SODICA 100MCG	TABLETAS/1-TABLETA	UNA AL DIA EN AYUNAS	30	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

REFORMULAR EN JUNIO JULIO AGOSTO DE 2019

TIROXINA DE 75 UG UNA DIARIA CANTIDAD 30 X MES
TIROXINA DE 100 UG 1 X DIA CANTIDAD 30 X MEES
FLUOXETINA DE 20 MG 1 CON DESAYUNO 30 X MES
AMITRIPTILINA DE 25 MG TOMAR SEGUN INDICACION



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 69

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2019/06/17 08:02:15a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2019/06/17 08:02:15a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41909730	LUZ STELLA ARISTIZABAL ALZATE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA DE MEDICINA GENERAL.

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

SE REALIZA TRANSCRIPCION DE FORMULA EL MISMO ESQUEMA ANTERIOR CON BASE EN LA FORMULA PRESENTADA Y / O COTEJADA EN SU HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR EL PROGRAMA DE REFORMULACION; SE VERIFICAN LOS CAMBIOS DOCUMENTADOS EN LA HISTORIA CLINICA, CAMBIOS QUE SOLO PUEDE REALIZAR SU ESPECIALISTA; ADEMAS SE VERIFICA LA FORMA DE INGRESO DEL PACIENTE AL PROGRAMA, QUE DEBE HACERSE MEDIANTE REMISION DEL ESPECIALISTA DONDE ESPECIFIQUE EL TIEMPO EN MESES DE REFORMULACION. SE FORMULA PARA UN MES SIN MODIFICACIONES O CON ALGUNAS CON BASE EN EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO, LA INTOLERANCIA DEL PACIENTE, LA RESERVA DEL PACIENTE (SI TIENE SUFICIENTE MEDICAMENTO PARA NO FORMULARLO EN ESTA VISITA Y/O CON BASE EN LA PRESENTACION DEL MEDICAMENTO QUE IMPLICA QUE QUEDA RESERVA DEL MEDICAMENTO PARA EL SIGUIENTE MES). SE ORIENTA AL PACIENTE Y SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA SOBRE EL USO DE LOS MEDICAMENTOS. SE DA NUEVA CITA PARA DENTRO DE UN MES, CUALQUIER MODIFICACION O ADVERTENCIA SE DEJA ESCRITA EN LA HISTORIA CLINICA Y EN OBSERVACIONES DE LAS FORMULAS. SE HACE CLARIDAD QUE CON BASE AL INSTRUCTIVO DEL PROGRAMA DE REFORMULACION, TODO PACIENTE DEBE SER CONTROLADO POR SU ESPECIALISTA 1 O 2 VECES MINIMO AL AÑO, LO CUAL QUIERE DECIR QUE PASADOS 6 MESES DE REFORMULACION EL PACIENTE ES REMITIDO A SU ESPECIALISTA Y SE ESPERARIA LA NUEVA CONTRAREFERENCIA PARA SEGUIR EN EL PROGRAMA. SE ACLARA QUE TODO PACIENTE REMITIDO SE LE HA DE PROPORCIONAR EL CODIGO RINCO CORRESPONDIENTE Y QUE SI LA MEDICACION QUE RECIBE MENSUALMENTE ES PERMANENTE Y VITAL NO SE DEJARA DESPROTEGIDO SIN MEDICACION HASTA LOGRAR SU CITA DE CONTROL EL PACIENTE NO REFIERE EFECTOS ADVERSOS NI DESFAVORABLES CON ESTE TRATAMIENTO HASTA HOY.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	OTRA
Programa	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA SODICA 75 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB EN AYUNAS	30	NO.REQ. AUT.
FLUOXETINA 20 mg	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB DIARIA CON DESAYUNO	30	NO.REQ. AUT.
AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR SEGUN INDICACION	30	NO.REQ. AUT.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

L-TIROXINA SODICA 100MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB EN AYUNAS	30	NO.REQ. AUT.
--------------------------	--------------------	-----------------------	----	--------------

EVENTO 70

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2019/10/28 09:17:31a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2019/10/28 09:17:31a.m.

INFORMACION DEL MEDICO				
TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1045669270	ROSA PATRICIA ARIAS AGRESOF	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

EDAD: 43 AQOS
 "ES QUE VENGOI POR LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 43 AQOS DE EDAD QUE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN ACOMPAQANTE EL CUAL REFIERE CONSULTAR POR MEDICAMENTOS DE CONTROL PARA HIPOTIROIDISMO.

ANT.PATOLOGICO: HIPOTIROIDISMO,
 ALERGIAS: NIEGA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas		
Peso	89	Kg.
Talla	184	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2,13	
IMC	SOBREPESO	26,2878

Constantes Vitales			
Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	100	70	mmHg.
Decúbito	----- mmHg.		
Presión Arterial Media	80	mmHg.	
Frecuencia Cardiaca	78	x.min	
Frecuencia Respiratoria	19	x.min	
Presión de Pulso	30	mmHg.	
Temperatura	--	°C	
Temperatura Rectal	--	°C	
Temperatura Ambiental	--	°C	

Presion Arterial			
Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo			
Lado Derecho	--		
Lado Izquierdo	--		
Presión Venosa Central	--	mmHg.	
Frecuencia de Pulso	--	xmin	

Examen Físico - Valoración



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 Años 1 Mes 17 Dias

Estado General BUENO
 Estado Hidratación HIDRATADO
 Estado de Glasgow NORMAL: Glasgow 15/15
 Estado Respiratorio SIN SDR
 Estado de Conciencia Alerta

Tanner

Genital --
 Pubarquia --
 Telarquia --

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	NORMAL
CABEZA	NORMOCEFALO CABELLO BIEN IMPLANTADO
OJOS	PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ
BOCA	MUCOSA ORAL HUMEDA SIN LESIONES
CUELLO	MOVIL SIN ADENOPATIAS NO DOLOROSO
TORAX	SIMETRICO EXPANSIBLE
CORAZON	RUIDO CARDAICO RITMICO SIN SOPLO
PULMON	BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO NO DOLOROSO
MIEMBROS SUPERIORES	SIMETRICO EUTROFICO SIN EDEMA
MIEMBROS INFERIORES	SIMETRICO EUTROFICO SIN EDEMA
NEUROLOGICO	ALERTA CONCIENTE ORIENTADO SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
L-TIROXINA 50 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TABLETA DIARIA EN LAS MAÑANAS	60	NO.REQ. AUT.
L-TIROXINA SODICA 125 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TABLETA DIARIA EN LAS MAÑANAS	60	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

SE DA FORMULA MEDICA DE CONTROL Y RECOMENDACIONES

+}

NUTRICIONALES

- BAJAR LA INGESTA DE SAL Y DE AZUCAR
- NO COMER GRASAS NI FRITOS
- BAJAR LA INGESTA DE HARINAS
- NO INGESTA DE CONDIMENTOS, SALSAS, PICANTES Y EMBUTIDOS.

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR EL SERVICIO DE URGENCIAS



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

- DOLOR EN REGION ABDOMINAL SUPERIOR TIPO PRESION QUE SE IRRADIA A TORAX
- DOLOR EN TORAX TIPO PRESION
- DOLOR QUE SE IRRADIA A MIEMBRO SUPERIOR, HOMBRO, REGION CLAVICULAR, REGION MANDIBULAR, CUELLO, Y ESPALDA LADO IZQUIERDO
- SUDORACION EXCESIVA
- PALIDEZ CUTANEA
- DESVANESIMIENTO CON O SIN PIRDIDA DE LA CONCIENCIA.
- PALPITACIONES FUERTES

EVENTO 71

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2020/01/07 05:16:42p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/01/07 05:16:42p.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1045669270	ROSA PATRICIA ARIAS AGRESOF	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

EDAD: 43 AQOS

"ES QUE ESTOY BAJANDO MUCHO DE PESO Y ME DUELE MUCHO EL BRAZO"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 43 AQOS DE EDAD QUE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN ACOMPAÑANTE EL CUAL REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA DE PESO EXCESIVA, ADEMÁS DE PRESENTAR DOLOR EN BICEPS DERECHO.

ANT.PATOLOGICO: HIPOTIROIDISMO, TOXOPLASMOSIS OJO DERECHO

ALERGIAS: NIEGA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	80	Kg.
Talla	180	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2	
IMC	NORMAL	24,6913

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	100	70	mmHg.
Decúbito	mmHg.		

Presión Arterial Media	80	mmHg.
Frecuencia Cardiaca	78	x.min
Frecuencia Respiratoria	19	x.min
Presión de Pulso	30	mmHg.
Temperatura	--	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presion Arterial

Indice Tobillo/Brazo



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Ubicación	Sistólica	Diastólica		
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg	Lado Derecho
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg	Lado Izquierdo
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg	Presión Venosa Central
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg	Frecuencia de Pulso

Examen Físico - Valoración

Estado General BUENO
 Estado Hidratación HIDRATADO
 Estado de Glasgow NORMAL: Glasgow 15/15
 Estado Respiratorio SIN SDR
 Estado de Conciencia Alerta

Tanner	
Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	NORMAL
CABEZA	NORMOCEFALO CABELLO BIEN IMPLANTADO
OJOS	PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ
BOCA	MUCOSA ORAL HUMEDA SIN LESIONES
CUELLO	MOVIL SINA DENOPATIA SNO DOLOROSO
TORAX	SIMETRICO EXPANSIBLE
CORAZON	RUIDO CARDIACO RITMICO SIN SOPLO
PULMON	BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO NO DOLOROSO NO MASA NI MEGALIA
MIEMBROS SUPERIORES	SIMETRICO EUTROFICO SIN EDEMA CON DOLOR EN BICEPS LADO DERECHO
MIEMBROS INFERIORES	SIMETRICO EUTROFICO SIN EDEMA
NEUROLOGICO	ALERTA CONCIENTE ORIENTADO SINA LTERACIONES

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
NO	M796	DOLOR EN MIEMBRO	CONFIRMADO NUEVO	--	--
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO

No. Orden 2001013035 Prioridad: --

Prestación: 902210 Cantidad: 1
 Descripción: HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO+

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903815 Cantidad: 1



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Descripción: COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL]

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903816 Cantidad: 1

Descripción: COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMATICO

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903818 Cantidad: 1

Descripción: COLESTEROL TOTAL

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903825 Cantidad: 1

Descripción: CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903842 Cantidad: 1

Descripción: GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA INCLUYE: CARGA DE GLUCOSA

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 903868 Cantidad: 1

Descripción: TRIGLICERIDOS +

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 904904 Cantidad: 1

Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 904921 Cantidad: 1

Descripción: TIROXINA LIBRE [T4L] +

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 907106 Cantidad: 1

Descripción: UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
NAPROXEN 250 MG	CAPSULA/1-CAPSULAS	TOMAR 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR DOLOR	20	NO.REQ. AUT.
TIZANIDINA 4 mg	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 8 DIAS	20	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

SE DA FORMULA MEDIC AY ORDEN DE PARACLINICOS CONTROL SE DAN RECOEMDNACIONES



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

NUTRICIONALES

- NO INGESTA DE GRASAS NI FRITOS
- BAJAR LA INGESTA DE ARINAS
- BAJAR LA INGESTA DE AZUCAR
- NO INGESTA DE CONDIMENTOS, SALSA, NI PICANTES
- NO INGESTA DE PRODU CTOS DE PAQUETE (PAPAS, CHITOS, PUDINES, ETC)
- NO CONSUMIR PRODUCTOS DE BOTELLA O CAJA COMO GASEOSAS, TE, JUGOS O BEBIDAS ENERGETICAS
- BAJAR EN CONSUMO DE CAFE Y CHOCOLATE
- LACTEOS PREFERIBLEMENTE DESLACTOSADOS
- LAS CARNES (POLLO, RES, CERDO, PEZ) AS ADOS O COSIDOS
- AUMENTAR EL CONSUMO DE VERDURAS Y FRUTAS
- TOMAR MAS LIQUIDO (AGUA)

EVENTO 72

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2020/01/14 08:44:01a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA					
18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/01/14 08:44:01a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	9771043	JORGE MARIO MATEUS PINZON	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

" DOLOR EN OIDO IZQUEIRDO"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN OIDO IZQUEIRDO INTERMITENTE DURA ALGUNOS DIAS SIN EL DOLOR PERO DEPUES CONTINUA. NIEGA TRAUMAS

ANTECEDENTES :

PATOLOGICOS: HIPOTIRIDISMO
 QUIRURGICOS: 5 DEDO POR FX MANO DERCHA , VARICOCELE
 ALERGICOS: NO REFIERE
 TOXICOS: NO FUMA
 FARMACOLOGICOS: 175 MG CADA DIA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	NO APLICA
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	82 Kg.
Talla	180 Cms.
Perímetro Cefálico	-- Cms.

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	80	mmHg.
Decúbito	----- mmHg.		



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	2,02	
IMC	SOBREPESO	25,3086

Presión Arterial Media	93,33	mmHg.
Frecuencia Cardiaca	80	x.min
Frecuencia Respiratoria	18	x.min
Presión de Pulso	40	mmHg.
Temperatura	367	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presión Arterial			
Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg.
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg.

Índice Tobillo/Brazo		
Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	ACEPTABLE
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	NORMAL: Glasgow 15/15
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner	
Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Observaciones

OIDO IZQUEIRDO : LEVE ERITEMA EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO RESTO SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	H920	OTALGIA	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
OTORRINOL ARINGOLOG IA	Interconsulta	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA INCLUYE: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN EL INGRESO, RETIRO, REUBICACION, REINTEGRO DEL TRABAJADOR ASI COMO PARA DEFINIR EL ORIGEN DEL EVENTO EN SALUD, CALIFICACION	OTALGIA CRONICA

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
COLISTINA+NEOMICINA+HIDROCORTISONA (1.53+5+0.5) MG/ML SOL OTICA	SOLUCION/330-GOTAS	APLICAR 2 GOTAS EN OIDO AFECTADA 3 VECES AL DIA * 7 DIAS	1	NO.REQ. AUT.

Indicaciones

SE DA FORMULA AMBULATORIA
 REMISION A OTORRINO
 SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENACIONES GENERALES



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 79 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

EVENTO 73

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2020/01/25 09:00:37a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/01/25 09:00:37a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	87434155	HAROLD ANDRES ANGULO CORTES	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

ASISTE A CONTRL MEDICO

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON CUADRO DE MAREO Y VETIGO SESACION DE CANSANCIO , PACIENTE ASINTEA CON REPORTES DEPARACLNICOS DEL 22/01/2019 HEMOGRAMA NORMAL, COLESTEROL TOTAL 187 LDL 103 HDL 40 , GLUCOSA 82 TSH 0.21 T4 1.6 , PACIENTECON ANTECEDENE DE HIPOTIRODISMO EN LE MOMENTO ASINTOMQTICA

SE COSIDEA VX POR MEDICINA INTEERNA SE RECMIENTO DIETA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta	ALTERACIONES DEL ADULTO
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL
Programa	--

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	80	Kg.
Talla	178	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	1,99	
IMC	SOBREPESO	25,2493

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	100	70 mmHg.
Decúbito	----- mmHg.	
Presión Arterial Media	80	mmHg.
Frecuencia Cardiaca	64	x.min
Frecuencia Respiratoria	18	x.min
Presión de Pulso	30	mmHg.
Temperatura	--	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.
Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 88 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Estado General BUENO
 Estado Hidratación HIDRATADO
 Estado de Glasgow NORMAL: Glasgow 15/15
 Estado Respiratorio SIN SDR
 Estado de Conciencia Alerta

Tanner	Genital	Pubarquia	Telarquia
	--	--	--

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	IMPRESION	--	--

Conductas - Interconsultas / Remisiones

Especialidad	Tipo	Acción de Salud	Datos Clínicos de Importancia
MEDICINA INTERNA	Interconsulta	**CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS Incluye: AQUELLA REALIZADA PARA LA PROTECCION DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES EN FORMA PERIODICA, EN SEGUIMIENTO LABORAL AL REINTEGRO O ADAPTACION DE ORTESIS-PROTESIS Excluye: CONSULT	PACIENTE CON ANTECEDENE DE HIPOTIROIDISMO CON MAL CROTROL PESE A MEDICAMENTO SS VX POR MEDICINA INTERNA

Indicaciones

SE RECOMIENDA SEGUIR CON HABITOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLES, REALIZAR EJERCICIO MININO 60 MINUTOS AL DMA , EVITAR EL CONSUMO DE ALIMENTO ALTOS EN GRASAS SATURADAS, DIMINUCISN EL CONSUMO DE AZZCAR PROCESADA, EVITAR EL CONSUMO DE BEBIDA S GASEOSAS, SE ENSEQA SOBRE PREVENCION DE COMNSMO DE SUTANCIAS PSOCACTIVAS , SPA, TUBACO, SEDA EDUCACION DE SOBRE SEXUALIDAD Y ENFMERMEADES DE TRAMISION SEXUAL, SE RECOMIENDA CONSUMIR MAS FRUTAS Y VERDURAS. SE EDUCA EN EL AUTO EXAMEN P ARA DETECION DE CANCAER DE SENO, CANCER DE PROSTATA ,ESTADOS CLIMATOFERICOS, PREVENCION DE CANCER DE PIEL, SEDA PAUTAS DE NUTRICION Y DIETA, ENTORNO FAMILIAR SALUDABLE , Y PREVENCION DE MALTRATO FISICO Y PSICOLOGICO , SE ENSEQAQ SOBRE FA CTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTETORES USO DEL TIEMPR LIBRE CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

EVENTO 74

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2020/01/31 10:49:18a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/01/31 10:49:18a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	18386914	JAIME AUGUSTO ROJAS ORTIZ	MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

43 AQOS CON HIPOTIROIDISMO DESDE HACE 8 AQOS,POSTERIOR A YODO RADIOACTIVO PRO ENF DE GRAVES BASEDOW,TIROXINA 175MCG, TSH DE 0.21, TIROXINA DE 1.62., LEVE PERDIDA DE PESO,HIPERTRIGLICERICEMIA, BURSITIS DE HOMBRO IZQUIERDO

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

LQEVE RPEDIDA DE EPOS, ADINAMIA, DOLRO MUSCULAR, DOLOR ALA ABDUCIN DEL HOMBRO

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA
 Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 89 de 94

IDENTIFICACION

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Programa --

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	--	Kg.
Talla	--	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	--	
IMC	----	----

Constantes Vitales

Presión Arterial			
Posición	Sistólica	Diastólica	
Sentado	120	80	mmHg.
Decúbito	--	--	mmHg.
Presión Arterial Media	93,33 mmHg.		
Frecuencia Cardíaca	70 x.min		
Frecuencia Respiratoria	17 x.min		
Presión de Pulso	40 mmHg.		
Temperatura	-- °C		
Temperatura Rectal	-- °C		
Temperatura Ambiental	-- °C		

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--
Lado Izquierdo	--
Presión Venosa Central	-- mmHg.
Frecuencia de Pulso	-- xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General	ACEPTABLE
Estado Hidratación	HIDRATADO
Estado de Glasgow	--
Estado Respiratorio	SIN SDR
Estado de Conciencia	Alerta

Tanner

Genital	--
Pubarquia	--
Telarquia	--

Observaciones

PESO 81KG, TALLA 1.80

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden	IMAGENES		
No. Orden	2001036791	Prioridad:	NORMAL
Prestación:	873204	Cantidad:	1
Descripción:	RADIOGRAFIA DE HOMBRO		
Datos Clínicos de Importancia:	---		
Prioridad:	NORMAL		
Tipo de Orden	LABORATORIO		
No. Orden	2001120448	Prioridad:	NORMAL
Prestación:	903868	Cantidad:	1



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 90 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Descripción: TRIGLICERIDOS +

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 904902 Cantidad: 1

Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH]

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

Prestación: 904921 Cantidad: 1

Descripción: TIROXINA LIBRE [T4L] +

Datos Clínicos de Importancia: ---

Prioridad: NORMAL

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
LEVOTIROXINA TAB X 175 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	1 TABLETA EN AYUNAS	60	NO.REQ. AUT.

Observaciones

BRINDAR POR 6 MESES

Indicaciones

CITA PRO MEDICINA INTERNA EN 2MESES

RESPUESTA INTERCONSULTA

Estado Interconsulta CONTINUA

EVENTO 75

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2020/03/02 09:09:23a.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/03/02 09:09:23a.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41909730	LUZ STELLA ARISTIZABAL ALZATE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA ORDENADA POR MEDICINA INTERNA DR JAIME AUGUSTO ROJAS EL 31/01/2020.

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA ORDENADA POR MEDICINA INTERNA DR JAIME AUGUSTO ROJAS EL 31/01/2020.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
-----------	--------	-------------	------	-----	---------------------



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 90 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--	

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
LEVOTIROXINA TAB X 175 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB EN AYUNAS	30	NO.REQ. AUT.
EVENTO 76				

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2020/05/04 04:17:23p.m.	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	
No. HC FISICA 18396778 PF 00					

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/05/04 04:17:23p.m.

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	1045669270	ROSA PATRICIA ARIAS AGRESOF	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

EDAD: 43 AQOS

"CONTROL PARA HIPOTIROIDISMO"

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE MASCULINO DE 43 AQOS DE EDAD QUE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIO SIN ACOMPAÑANTE EL CUAL REFIERE CONSULTAR PARA CONTROL POR PARACLINICOS PARA HIPOTIROIDISMO YA QUE A SIDO DE DIFICIL MANEJO.

ANT.PATOLOGICO: HIPOTIROIDISMO

ALERGIAS: NIEGA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta ALTERACIONES DEL ADULTO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL

Programa --

Examen Físico

Medidas Antropométricas

Peso	--	Kg.
Talla	--	Cms.
Perímetro Cefálico	--	Cms.
Perímetro Torácico	--	Cms.
Perímetro Abd o Cintura	--	Cms.
Perímetro Cadera	--	Cms.
Relación Cintura/Cadera	--	Cms.
Superficie Corporal	--	
IMC	----	----

Constantes Vitales

Presión Arterial		
Posición	Sistólica	Diastólica
Sentado	100	70 mmHg.
Decúbito	----- mmHg.	
Presión Arterial Media	80	mmHg.
Frecuencia Cardiaca	78	x.min
Frecuencia Respiratoria	19	x.min
Presión de Pulso	30	mmHg.
Temperatura	--	°C
Temperatura Rectal	--	°C
Temperatura Ambiental	--	°C

Presion Arterial

Ubicación	Sistólica	Diastólica	
Miembro Sup. Derecho	--	--	mmHg
Miembro Sup. Izquierdo	--	--	mmHg
Miembro Inf. Derecho	--	--	mmHg

Indice Tobillo/Brazo

Lado Derecho	--	
Lado Izquierdo	--	
Presión Venosa Central	--	mmHg.



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 92 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL	
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias	
	Miembro Inf. Izquierdo	--	--	mmHg.	Frecuencia de Pulso	--	xmin

Examen Físico - Valoración

Estado General BUENO
 Estado Hidratación HIDRATADO
 Estado de Glasgow NORMAL: Glasgow 15/15
 Estado Respiratorio SIN SDR
 Estado de Conciencia Alerta

Tanner

Genital --
 Pubarquia --
 Telarquia --

Examen Físico - Valoración

Nombre	Observaciones
PIEL Y FANERAS	NORMAL
CABEZA	NORMOCEFALO
OJOS	PUPILAS ISOCORICAS
BOCA	MUCOSA ORAL HUMEDA
CUELLO	MOVIL NO DOLOROSO NO ADENOPATIAS
TORAX	SIMETRICO EXPANSIBLE
CORAZON	RUIDO CARDIACO RITMICO SIN SOPLO
PULMON	BIEN VENTILADOS SIN AGREGADOS
ABDOMEN	BLANDO NO DOLOROSO NO MASA NI MEGALIA
MIEMBROS SUPERIORES	SIMETRICO EUTROFICOS SIN EDEMA
MIEMBROS INFERIORES	SIMETRICO EUTROFICOS SIN EDEMA
NEUROLOGICO	ALERTA CONCIENTE ORIENTADO SIN ALTERACIONES

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Tipo de Orden LABORATORIO

No. Orden 2005003595 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904904 Cantidad: 1
 Descripción: HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Prestación: 904921 Cantidad: 1
 Descripción: TIROXINA LIBRE [T4L] +

Datos Clínicos de Importancia: ---
 Prioridad: NORMAL

Indicaciones

SE DA ORDEN PARA EXAMENS DE CONTROL



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 93 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

Y RECOEMDNACIONES

EVENTO 77

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2020/06/25 08:49:03a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/06/25 08:49:03a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41909730	LUZ STELLA ARISTIZABAL ALZATE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	J029	FARINGITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	IMPRESION	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
CLARITROMICINA 500 mg	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 7 DIAS	20	NO.REQ. AUT.
CLORFENIRAMINA 4 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS	20	NO.REQ. AUT.
ACETAMINOFEN X 500 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB CADA 6 HORAS	30	NO.REQ. AUT.
ASCORBICO ACIDO (VITAMINA C) 500 MG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS	20	NO.REQ. AUT.

EVENTO 78

FECHA CONSULTA	TIPO CONSULTA	ORIGEN CONSULTA	AMBITO	CIUDAD	ESP
2020/07/02 09:43:12a.m. No. HC FISICA 18396778 PF 00	--	INDEFINIDO	AMBULATORIO	ARMENIA(QUIND ESPAB ARMENIA IO)	

EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. *** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/07/02 09:43:12a.m.**

INFORMACION DEL MEDICO

TIPO IDENTIFICACION	Nro. IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	ESPECIALIDAD	SUBESPECIALIDAD
CEDULA CIUD.	41909730	LUZ STELLA ARISTIZABAL ALZATE	MEDICINA GENERAL	MEDICINA GENERAL

ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA

TRANSCRIPCION DE FORMULA MEDICA



POLICIA NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

HISTORIA CLÍNICA

FECHA DE IMPRESIÓN

17 Septiembre 2020

Folio No. 94 de 94

Nro. HC	TP. IDENTIFICA	Nro. IDENTIFICA	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NAC	EDAD ACTUAL
18396778	CEDULA CIUD.	18396778	NELSON OSPINA TOBON	MASCULINO	1976/07/31	44 A?os 1 Mes 17 Dias

ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL

TRANSCRIPCIÓN DE FORMULA MEDICA ORDENADA POR MEDICINA INTERNA DR JAIME AUGUSTO ROJAS.

ANAMNESIS

Finalidad de la consulta NO APLICA

Causa Externa OTRA

Programa --

DIAGNOSTICOS

PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	E039	HIPOTIROIDISMO NO ESPECIFICADO	CONFIRMADO REPETIDO	--	--

CONDUCTAS ORDENES DE MEDICAMENTOS - MEDICAMENTOS AMBULATORIA

Descripción	Presentación	Dosis	Cantidad	Autorización
LEVOTIROXINA TAB X 175 MCG	TABLETAS/1-TABLETA	TOMAR 1 TAB EN AYUNAS	60	NO.REQ. AUT.

FIN DE LA HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLINICA - CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

Paciente: CC 18396778 Nombre: OSPINA TOBON NELSON Fnac: 1976/07/31 Sexo: M Edad: 44 Año(s)
 Mpio: 63130 Direccion: 20 DE JULIO CALLE 40 NO 21-15 PATO 202 Tel: 3103021619 Eps: POLICIA NACIONAL

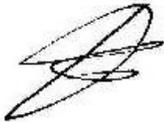
No	TipoMvto	IdAdmision	Formato	Fecha	Profesional o Prestador	Especialidad	EdadPaciente
1	HC6700170		HC CONSULTA EXTERNA ESPECIALISTAS	2011-05-31 13:18:00	FERNANDO VILLEGAS GONZALES	[CIRUGIA VASCULAR]	34 Año(s)

Datos de la Atención:

- . FECHA 31/5/2011
- . HORA 13:15
- . HISTORIA NUM 18396778
- . NOMBRE OSPINA TOBON NELSON
- . EDAD 34
- . FECHA DE NACIMIENTO 31/7/1976
- . SEXO MASCULINO
- . ADMINISTRADORA POLICIA NACIONAL
- . REGIMEN OTRO
- . MUNICIPIO. CALARCA
- . DIRECCION CALLE 40 NO 21-15 PATO 202
- . BARRIO/VEREDA 20 DE JULIO
- . ZONA RURAL
- . TELEFONO 3103021619
- MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL dolor marcado en las piernas cansancio y ardor al estar mucho de pie

- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES - cx de vasricoele

EXAMEN FÍSICO * ss estudio eco dopler en las piernas s v p y safenas
 DIAGNOSTICO PRINCIPAL DX. PRINCIPAL VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION
 CONDUCTA * ss estudio eco dopler v eno sop piernas val s v p
 RIPS CAUSA EXTERNA ENFERMEDAD GENERAL
 RIPS CONSULTA PRIMERA VEZ SI 1
 RIPS FINALIDAD DE LA CONSULTA NO APLICA
 RIPS TIPO DE DIAGNOSTICO PRINCIPAL IMPRESION DIAGNOSTICA
 * DIAS/INCAPACIDAD 0
 FIRMA NOMBRE PROFESIONAL FERNANDO VILLEGAS GONZALES
 FIRMA Nº IDENTIFICACION. 7542101
 FIRMA NO. REGISTRO PROFESIONAL ASISTENCIAL 11752



No	TipoMvto	IdAdmision	Formato	Fecha	Profesional o Prestador	Especialidad	EdadPaciente
2	TriageHims347590	331811		2014-08-03 18:04:00	LUZ STELLA LOPEZ ECHEVERRI	[MEDICINA GENERAL] - [MEDICIN	38 Año(s)

Datos de la Atención:

Causa Externa: ACCIDENTE RABICO Motivo de Consulta: T.A.: 0/0mmHg F.R.: /min T.C.: /min Temp: C SaO2: Escala Glasgow: Verbal: Motor: Ocular: Total EG:
 ++ Estado Gral: Hidratación: Dificultad para Respirar: NO Impresión Dx: Hallazgos: Recomendaciones: Dx Inicial: Z203 Nivel Triage: 01.ROJO Destino Salida: Urgencias
 Consultorio: 123

No	TipoMvto	IdAdmision	Formato	Fecha	Profesional o Prestador	Especialidad	EdadPaciente
3	HC1372216	331811	HSTORIA CLINICA DE URGENCIAS	2014-08-03 18:20:00	LUZ STELLA LOPEZ ECHEVERRI	[MEDICINA GENERAL] - [MEDICIN	38 Año(s)

Datos de la Atención:

- . FECHA 3/8/2014
- . HORA 18:04
- . HISTORIA NUM 18396778
- . NOMBRE OSPINA TOBON NELSON
- . EDAD 38
- . FECHA DE NACIMIENTO 31/7/1976
- . SEXO MASCULINO
- . ADMINISTRADORA POLICIA NACIONAL
- . REGIMEN OTRO



HISTORIA CLINICA - CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

Paciente: CC 18396778 Nombre: OSPINA TOBON NELSON Fnac: 1976/07/31 Sexo: M Edad: 44 Año(s)
Mpio: 63130 Direccion: 20 DE JULIO CALLE 40 NO 21-15 PATO 202 Tel: 3103021619 Eps: POLICIA NACIONAL
MUNICIPIO: CALARCA



HISTORIA CLINICA - CLINICA LA SAGRADA FAMILIA

Paciente: CC 18396778 Nombre: OSPINA TOBON NELSON Fnac: 1976/07/31 Sexo: M Edad: 44 Año(s)
Mpio: 63130 Direccion: 20 DE JULIO CALLE 40 NO 21-15 PATO 202 Tel: 3103021619 Eps: POLICIA NACIONAL

Datos de la Atención:

. DIRECCION CALLE 40 NO 21-15 PATO 202
. BARRIO/VEREDA 20 DE JULIO
. ZONA RURAL
. TELEFONO 3103021619
. NOMBRE ACOMPAÑANTE. SOLO
. DIRECCION ACOMPAÑANTE. CLLE 40 NO 21-15 CALARCA
. PARENTESCO ACOMP. N/A
. TELEF. ACOMPAÑANTE 3214520193
HORA. :
LUGAR DEL ACCIDENTE -
HORA. :
_ MOTIVO CONSULTA MORDEDURA

_ ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE FUE MORDIDO POR SU PERRO * QUE ES SU COMPAÑERO DE POLICIA. NO LO MORDIO POR AGRESION SIN POR DEFENDERSE AL QUERERSE IR* . EL PACIENTE ESTA VACUNADO CON LA ANTITETANICA* EL PERRO TIENE LA VACUNA ANTIRRABICA . EL MISMO PACIENTE LO VACUNA* EL PERRO ES OBSRVABLE.

ANTECEDENTES - - TOXOPLASMOSIS
HIPOTIROIDISMO

VARICOCLECTOMIA
NO ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

11) GINECO - OBSTETRICOS - - NO

REVISIÓN POR SISTEMAS - -NO

EXAMEN FÍSICO T.A. 120/70

EXAMEN FÍSICO F.C. 80

EXAMEN FÍSICO F.R. 16

EXAMEN FÍSICO T° 36.2

EXAMEN FÍSICO SO2 98

EXAMEN FÍSICO PESO (KG) 80

EXAMEN FÍSICO TALLA (MTS) 1.87

EXAMEN FÍSICO IMC 22.8571428571428571428571428571428

EXAMEN FÍSICO * NO

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS. Normal: 1

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS. Hallazgos: CONCIENTE* BUEN ESTADO GENERAL

CUELLO Y TORAX. Hallazgos: SIN ALTERACIONES

ABDOMEN Y GENITO URINARIO. Hallazgos: SIN ALTERACIONES.

EXTREMIDADES Y OSTEOARTICULAR. Hallazgos: EN MUÑECA IZQUIERDA PRESENTA MORDEDURA SUPERFICIAL* UNICA. SIN OTRAS ALTERACIONES* SIN LIMITACION FUNCIONAL.

EXAMEN NEUROLOGICO Hallazgos SIN DEFICIT AL MOMENTO DEL EXAMEN

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DX. PRINCIPAL CONTACTO CON Y EXPOSICION A RABIA Z203

CONDUCTA DESCRIPCIÓN: MANAJEO AMBULATORIO CON DICLOXACILINA* NAPROXEN* CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA* EXPLICO SINTOMAS DE ALARMA PARA RECONSULTA DE URGENCIAS. NO REQUIERE REFUERZO ANTITETANICO* NO REQUIERE VACUNA ANTIRRABICA. SE DILIGENCIA FICHA EPIDEMIOLOGICA. XXX

CONDUCTA PENDIENTE POR DEFINIR NO

RIPS CAUSA EXTERNA ACCIDENTE RABICO

RIPS CONSULTA PRIMERA VEZ SI 1

RIPS FINALIDAD DE LA CONSULTA NO APLICA

RIPS TIPO DE DIAGNOSTICO PRINCIPAL CONFIRMADO NUEVO

* DIAS/INCAPACIDAD 0

FIRMA NOMBRE PROFESIONAL LUZ STELLA LOPEZ ECHEVERRI

FIRMA N° IDENTIFICACION. 41896209

FIRMA NO. REGISTRO PROFESIONAL ASISTENCIAL 11303/1991

No	TipoMvto	IdAdmision	Formato	Fecha	Profesional o Prestador	Especialidad	EdadPaciente
4	Medicamentos1372216	331811		2014-08-03 18:20:00	LUZ STELLA LOPEZ ECHEVERRI	[MEDICINA GENERAL] - [MEDICIN	38 Año(s)

Datos de la Atención:

Orden 4633 NAPROXENO 250 MG TAB - CAPS|-|TB - TABLETA - TOMAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS Durante 5 Días. Vía de Administración: ORAL Cantidad Ordenada: 10

Orden 4536 DICLOXACILINA 500 MG CAP - CAPS|-|CP - CAPSULA - TOMAR UNA CAPSULA CADA SEIS HORAS DURANTE SIETE DIAS Durante 7 Días. Vía de Administración: ORAL Cantidad Ordenada: 28



POLICIA
NACIONAL

GRUPO TALENTO HUMANO DEQUI DEQUI

CONSTANCIA DE CARNET
Valida para acceder a los servicios
medicos y reclamar medicamentos

Fecha : 04-08-2014
Pagina: 1

Fecha de Expedicion: 04-08-2014

Fecha de Vencimiento: 04-10-2014

Motivo:

sanidad

Numero Carnet 1208373

Teléfono

Ciudad CALARCA QUINDIO

El suscrito

Responsable Reserva Activa Policial

hace constar que:

El señor(a) IT

18396778

OSPINA TOBON NELSON

Laborando

Esta cotizando al sub-sistema de salud de la Policia Nacional y tiene como beneficiario a :

Nota:

CARNET EN TRAMITE

PT LEIDY LORENA CELY GORDILLO
Elaboro

PT LEIDY LORENA CELY GORDILLO
Responsable Reserva Activa Policial

PN_RCGLEIDYL

HISTORIA CLINICA
ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA DE CALARCA QUINDIO
 Nit. 890000600
 Dir. CALLE 43 # 26 - 13 - Tel. 7436722



Código Plantilla: MG-URG
 Fecha Historia: 01/11/2015 01:27 p.m.
 Lugar y Fecha: CALARCA, QUINDIO 01/11/2015 01:27 p.m.
 Documento y Nombre del Paciente: CC 18396778 NELSON OSPINA TOBON
 Administradora: DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO Convenio: EVENTO Tipo de Usuario: SIN COPAGO
 No Historia: 18396778 Cons. Historia: 1806103
 Atención: Urgencias

Nombre de Plantilla
Historia Clínica Urgencias:

Nombre de Plantilla

Datos Generales

Fecha: 01/11/2015

Tipo Documento F: CC

Nombre: NELSON OSPINA TOBON

Edad: 39 Años

Dirección: CALL 40 NO 21 15

Municipio F: CALARCA

Convenio: EVENTO

Hora: 13:20

Historia: 18396778

Fecha Nacimiento F: 31/07/1976

Sexo: Masculino

Telefono: 3214520193

E.A.P.B.: POLICIA NACIONAL

Nombre del Acompañante: VIENE SOLO

Llegada del Paciente

El paciente llega por sus propios medios

El paciente llega por sus propios medios: Si

¿Cuál?: CAMINANDO

Notificación Familiar

Subjetivo

Motivo de la Consulta: DOLOR ABDOMINAL

Enfermedad Actual: CC DE UNA HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO Y E HIPOCONDRIOS IZDO, DE TIPO COLICO DE INTENSIDAD CRECIENTE. NO IRRADIADO SIN NAUSEAS VOMITO, FIEBRE, CAMBIOS EN HABITOS INTESTINALES. SINTOMAS URINARIOS U OTROS

Revisión Por Sistemas: NIEGA OTROS

Antecedentes Personales

Patológicos: NIEGA-

Ginecobstétricos: -

Farmacológicos: NIEGA-

Otros: NIEGA-

Quirúrgicos: CX ORTOPEDIA-

Alérgicos: NEGADOS-

Tóxicos: NO-

Antecedentes Generales (Estudios Dx): NIEGA-

Antecedentes Familiares

Antecedentes Familiares: NIEGA-

Objetivo

Condiciones Generales: ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES HIDRATADO ALERTA AFEBRIL

Signos Vitales y Datos Corporales

T.A. Sistólica: 120

T.A. Media: 87

FR(min): 18

Peso(Kg): 70.00

IMC: 22.86

Saturación Oxígeno: 99

Constante SC(7): 7

Constante IMC: 10000

Constante TAM1: 3

Estado de Conciencia

Estado de Conciencia: Alerta

Examen Físico

Cabeza y Cuello: NORMOCEFALO PINRAL, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL

Cardiovascular: RSCSRS SIN SOPLOS

Abdomen: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS NO MEGALIAS PERISTALSIS POSITIVA

Genitourinario: NORMAL

Neurológico: SIN DEFICIT

Mental: NORMAL

Respiratorio: MV CONSERVADO SIN AGREGADOS NO SDR

Extremidades: EUTROFICAS SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR NORMAL

Piel y Faneras: Normal

Impresión Diagnóstica

Dx. Principal: R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Finalidad de la Consulta: No Aplica

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Plan

Recuerde acogerse a las guías:

Análisis y Conducta: CC DE UNA HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO Y E HIPOCONDRIOS IZDO, DE TIPO COLICO DE INTENSIDAD CRECIENTE. NO IRRADIADO SIN NAUSEAS VOMITO, FIEBRE, CAMBIOS EN HABITOS INTESTINALES. SINTOMAS URINARIOS U OTROS, AL EXAMEN FISICO NO HAY CAMBIOS EN CUENTO AL DOLOR CUANDOS SE PALPA EL ABDOMEN, SE INGRESA, SE INDICA RANITIDINA 100 MG IV, SS CH, PCR P DE O, AMILASA, EKG. SE REVALORARA CON RESULTADOS

Recomendaciones: .

Eugenio Rodríguez

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:25
Fecha Historia:01/11/2015 01:27 p.m.
Lugar y Fecha:CALARCA,QUINDIO 01/11/2015 01:27 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 18396778 NELSON OSPINA TOBON
Administradora: DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO Convenio: EVENTO Tipo de Usuario: SIN COPAGO
No Historia: 18396778 Cons. Historia: 1806104
Registro de Admision No: 209691



Historia Clínica
Historia Clínica Ingreso a Urgencias:

Historia Clínica
Datos Generales

Fecha: 01/11/2015
Tipo Documento F: CC
Sexo: Masculino
Edad: 39 Años
Convenio: EVENTO

Hora: 13:27
Historia: 18396778
Nombre: NELSON OSPINA TOBON
E.A.P.B.: POLICIA NACIONAL

Evolución
Observaciones: CC DE UNA HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO Y E HIPOCONDRIO IZDO, DE TIPO COLICO DE INTENSIDAD CRECIENTE. NO IRRADIADO SIN NAUSEAS VOMITO, FIEBRE, CAMBIOS EN HABITOS INTESTINALES.SINTOMAS URINARIOS U OTROS, AL EXAMEN FISICO NO HAY CAMBIOS EN CUENTO AL DOLOR CUANDOS SE PALPA EL ABDOMEN, SE INGRESA, SE INDICA RANITIDINA 100 MG IV, SS CH, PCR P DE O, AMILASA, EKG. SE REVALORARA CON RESULTADOS

Dx. Principal: R104-OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS

Eugenio Rodriguez

DR. EUGENIO ANDRES RODRIGUEZ CAÑAVERA
CC 1129583975
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 05-5987-14

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:22
Fecha Historia:04/08/2019 09:02 a.m.
Lugar y Fecha:CALARCA,QUINDIO 04/08/2019 09:02 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 18396778 NELSON OSPINA TOBON
No Historia: 18396778 Cons. Historia: 3589470
Atención: Ambulatorio



Nombre de Plantilla
Nota de Enfermería:

Datos Generales
Fecha: 04/08/2019
Historia: 18396778
Edad: 43 Años
Nombre: NELSON OSPINA TOBON

Tipo Documento F: CC
Fecha Nacimiento F: 31/07/1976
Sexo: Masculino

Evolución de Enfermería

Detalle: INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE OBSERVACION URGENCIAS CONCIENTE ORIENTADO AFEBRIL CON BUEN PATRON RESPIRATORIO AL AMBIENTE, CON UN DX DE HERNIA INGINAL UNILATERAL LADO DERECHO , REFIERE " ME SIENTO BIEN " CON TAPON VENOSO EN MSD PARA PASO DE MEDICAMENTOS SIN SIGNOS DE FLEBITIS CON CUELLO MOVIL , CON PRESENCIA DE VERRUGAS A NIVEL DE LA NARIZ, CON TORAX SIMETRICO SE OBSERVA CON HERNIA INGUINAL DERECHA, LA CUAL LE CAUSA LEVE DOLOR NO PRESENTA DIFICULTAD PARA LA MARCHA, MIIS NORMALES, SE DEJA EN CAMILLA CON BARANDAS ELEVADAS CON UN PUNTAJE DE 1 Y UN RIESGO MEDIO, SIN ACOMPAÑANTE PENDIENTE REMISION

ENF. ALBA ROCIO CASTELLANOS LOPERA
CC 24581216
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 31753/2003 DTSC



HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:MG-EVOL

Fecha Historia:01/11/2015 03:56 p.m.

Lugar y Fecha:CALARCA,QUINDIO 01/11/2015 03:56 p.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 18396778 NELSON OSPINA TOBON

Administradora: DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO Convenio: EVENTO Tipo de Usuario: SIN COPAGO

No Historia: 18396778 Cons. Historia: 1806226

Registro de Admision No: 209691

Historia Clínica

Evolución Médica:

Historia Clínica

Datos Generales

Fecha: 01/11/2015

Tipo Documento F: CC

Nombre: NELSON OSPINA TOBON

Edad: 39 Años

Convenio: EVENTO

Evolución

Resumen de Historia Clínica: REFIERE SENTIRSE MEJOR AUQNEU PERSISTE CON DOLRO PERO DE MENOS INTENSIDAD, DE CARACTER INTERMITENTECCC NORMAL CP NORMAL ABDOMEN NORMAL SNC SIN DEFICIT EXTREMIDADES NORMALPARACLINICOS NORMALESPLAN B HIOSCIAN COMPUESTA Y POSTERIOR ALTA CON FORMULA RANITIDINA Y SIGNOSDE ALARMA

Hora: 15:55

Historia: 18396778

Sexo: Masculino

E.A.P.B.: POLICIA NACIONAL

Antecedentes Generales (Estudios Dx): NIEGA-

Impresión Diagnóstica

Dx. Principal: R074-DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO

DR. EUGENIO ANDRES RODRIGUEZ CAÑAVERA

CC 1129583975

Especialidad. MEDICINA GENERAL

Registro. 05-5987-14

HISTORIA CLÍNICA

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS ADULTOS

Nº Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NELSON OSPINA TOBON **Identificación:** 18396778 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 **Edad a la fecha del folio:** 40 Años \ 10 Meses \ 25 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CARRERA 27 # 30A 31 **Teléfono:** 3214520193
Procedencia: CALARCA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: POLICIA NACIONAL (DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III **Nivel - Estrato:** REGIMEN ESPECIAL NIVEL)

DATOS DEL INGRESO

FOLIO Nº 1 25/06/2017 8:46:30

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 1788325 **Fecha:** 25/06/2017 8:18:39
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS ADULTOS

ESTADO MENTAL ALTERADO

Agitado Deprimido Comatoso Estupor Riesgo Suicida
 Confuso Desorientado Ansioso
 Disminución capacidad de percepción o reaccion con lentitud a estímulos Pacientes con afasia y/o psiquiátricos No percibir con exactitud la realidad
 Alteración de la capacidad para concentrarse y elaborar juicios Alteración de la capacidad de comunicarse, No percibir riesgos ambientales Ninguno

LIMITACIÓN FÍSICA

Limitación funcional (Plejas) Limitación funcional (Paresias) Ausencia de miembros y/o amputacion parcial Presencia de prótesis

DÉFICIT SENSORIAL (auditivo, visual)

Problemas visuales(aunque utilice lentes correctores) Auditivo no reacciona al llamado

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE IMPLICA RIESGO

Sedantes Psicotrópicos Hipotensores Diuréticos Laxantes Relajantes musculares Otros

PROBLEMA DE IDIOMA O SOCIOCULTURALES

Indigenas Extranjeros

DESARROLLO PSICOMOTRIZ

Menores de 6 años Mayores de 65 años

INCONTINENCIA

Urinaria Fecal

PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO EVIDENTES

Caidas Accidentes previos y predisposición a padecerlos Marcha imposible, insegura sin ayuda Debilidad Muscular, alteraciones del equilibrio
 Parálisis Estado pre y/o postoperatorios Convulsionadores Alteracion del estado nutricional Ayuno prolongado
 Hipotensión ortostática Uso de aparatos ortopédicos, órtesis

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE

Puntaje Obtenido: 0

Nivel	Puntos	Código de Colores/Semaforo
Alto Riesgo	8 a 15	
Mediano Riesgo	3 a 7	
Bajo Riesgo	0 a 2	VERDE

ORDENES MEDICAS

Urgencias_Observacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	HIPOTIROIDISMO

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS ADULTOS

Nº Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NELSON OSPINA TOBON **Identificación:** 18396778 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 **Edad a la fecha del folio:** 40 Años \ 10 Meses \ 25 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CARRERA 27 # 30A 31 **Teléfono:** 3214520193
Procedencia: CALARCA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: POLICIA NACIONAL (DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III **Nivel - Estrato:** REGIMEN ESPECIAL NIVEL)



Profesional: VALDERRAMA GARCIA JAVIER ORLANDO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

R.M: 363691

HISTORIA CLÍNICA

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS									
N° Historia Clínica:	18396778								
DATOS PERSONALES									
Nombre Paciente:	NELSON OSPINA TOBON			Identificación:	18396778	Sexo:	Masculino		
Fecha Nacimiento:	31/julio/1976	Edad a la fecha del folio:	40 Años \ 10 Meses \ 25 Días	Estado Civil:	Casado				
Dirección:	CARRERA 27 # 30A 31			Teléfono:	3214520193				
Procedencia:	CALARCA			Ocupación:					
DATOS DE AFILIACIÓN									
Entidad:	PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL)			Régimen:	Especial				
Plan Beneficios:	PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL)			Nivel - Estrato:	REGIMEN ESPECIAL				
DATOS DEL INGRESO									
FOLIO N° 2	25/06/2017 8:49:51								
Responsable:				Teléfono Resp:					
Dirección Resp:				N° Ingreso:	1788325	Fecha:	25/06/2017 8:18:39		
Finalidad Consulta:	No_Aplica			Causa Externa:	Enfermedad_General				
ANAMNESIS									
MOTIVO DE LA CONSULTA									
ME DUELE HOMBRO									
ENFERMEDAD ACTUAL									
PACIENTE DE 40 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 12 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO A NIVEL DEL HOMBRO ASOCIADO A LA MOVILIZACION, QUE DESAPARECE SIN MOVIMIENTO. PACIENTE REFUIERE ESTAR ALACANZANDO OBJETO NO PESADO A LA ALTURA DE SU CABEZA CUANDO INICIO SUBITAMENTE EL DOLOR QUE LE IMPIDE MOVILIZARSE.									
OTROS SINTOMAS ASOCIADOS									
SIN OTRA SINTOMATOLOGIA									
EXAMEN FISICO									
CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE									
PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES									
SIGNOS VITALES									
Tension Arterial:	115	/	85	mm/hg	Tension Arterial Media:	95	Frecuencia Cardiaca:	85	x min
Frecuencia Respiratoria:	12	x min	Temperatura:	37	°C	SP02:	0	%	
Peso:	81	Kg	Talla:	178	Cm	Indice de Masa Corporal:	26	Escala del Dolor Adulto	
EXAMEN DE CABEZA									
NORMOCEFALO, IMPLANTACION ANDROIDE									
EXAMEN DE OJOS									
PUPILAS NORMOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ									
EXAMEN DE OIDOS									
SIN ALTERACION									
EXAMEN DE NARIZ									
SIN ALTERACION									
EXAMEN ORAL									
MUCOSA ORAL HUMEDA									
EXMEN DE CUELLO									
MOVIL SIN ADENOMEGALIAS									
EXAMEN DEL DORSO									
SIN ALTERACION									
EXAMEN DE TORAX									
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES									
EXAMEN DEL ABDOMEN									
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION									
EXAMEN DE EXTREMIDADES									

ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

N° Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	NELSON OSPINA TOBON		Identificación:	18396778	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento:	31/julio/1976	Edad a la fecha del folio:	40 Años \ 10 Meses \ 25 Días		Estado Civil:	Casado
Dirección:	CARRERA 27 # 30A 31		Teléfono:	3214520193		
Procedencia:	CALARCA		Ocupación:			

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL)	Régimen:	Especial
Plan Beneficios:	PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL)	Nivel - Estrato:	REGIMEN ESPECIAL

MIEMBROS INFERIORES EUTROFICOS.

MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, DOLOR INTENSO EN MOVILIZACION DE ROTACION INTERNA ABDUCCION

EXAMEN DE PIEL

SIN ALTERACION

EXAMEN MENTAL

ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS.

EXAMEN GENITOURINARIO

NO SE EVALUA

EXAMEN NEUROLOGICO

SIN SIGNOS DE FOCALIZACION, NI SIGNOS MENINGEOS

GLASGOW

Respuesta Ocular:		Respuesta Verbal:	
Respuesta Motora:		Puntuacion:	0 / 15

ESCALA DE VALORACION CLINICA DEL INFARTO CEREBRAL NIHSS

ESTADO DE CONCIENCIA		NIVEL DE CONCIENCIA "Preguntas"	
NIVEL DE CONCIENCIA "Ordenes"		MIRADA	
CAMPOS VISUALES (Confrontacion)		PARALISIS FACIAL	
FUERZA DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES			
FUERZA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES			
ATAXIA DE LOS MIEMBROS		SENSIBILIDAD	
LENGUAJE		DISARTRIA	
HEMINATENCION Y EXTINCION (NEGLIGENCIA)			

IMPRESION DIAGNOSTICA

ANALISIS

PACIENTE CON HISTORIA DE DOLOR EN MSI, A NIVEL DEL HOMBRO DE COMIENSO SUBITO ASOCIADO A MOVIMIENTO.

CONDUCTA

ANALGESIAALTA CON FORMULACALOR LOCAL INCAPACIDAD 3 DIASSE EXPLICA A PCTE SITUACION Y CDTA, ENTIENDE Y ACEPTARIESGO DE CAIDA BAJO

RECONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

FUENTE DE INFORMACIÓN

FORMULA MÉDICA	No	PACIENTE	No	ACOMPAÑANTE	No	HISTORIA CLINICA	No
EPS		MÉDICO TRATANTE	No	MEDICAMENTO	No	PACIENTE ALÉRGICO	No
Cual (es) Medicamento(s)?							

RELACIÓN DE MEDICAMENTOS CONCILIADOS

Medicamentos/Concentración/Forma Farmacéutica	Dosis	Conducta a seguir	Motivo de Cambios
LEVOTIROXINA DE	175 MG	Continua	

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS

N° Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	NELSON OSPINA TOBON	Identificación:	18396778	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento:	31/julio/1976	Edad a la fecha del folio:	40 Años \ 10 Meses \ 25 Días		
Estado Civil:	Casado				
Dirección:	CARRERA 27 # 30A 31		Teléfono:	3214520193	
Procedencia:	CALARCA		Ocupación:		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL)	Régimen:	Especial
Plan Beneficios:	PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL)	Nivel - Estrato:	REGIMEN ESPECIAL

INDICACIONES MEDICAS

Urgencias_Observacion

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	HIPOTIROIDISMO

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	M759	M759 - LESIONES DEL HOMBRO, NO ESPECIFICADA

MEDICAMENTOS

CANT	NOMBRE	POSOLOGIA
1	DIPIRONA 1G/2ML SOLUCION INYECTABLE	IV
14	NAPROXENO 250 MG TABLETA	CADA 12 HORAS CON EL ESTOMAGO LLENO
1	DICLOFENACO 75 MG/3ML SOLUCION INYECTABLE	IM
1	TRAMADOL 100 MG/10ML FRASCO GOTAS POR 10 ML	12 GOTAS 2 VECES AL DIA



Profesional: VALDERRAMA GARCIA JAVIER ORLANDO

Especialidad: MEDICINA GENERAL

R.M: 363691



HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

N° Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: **NELSON OSPINA TOBON** 18396778 Sexo: Masculino
 Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 Edad a la fecha del folio: **41 Años \ 5 Meses \ 11 Días** Estado Civil: Casado
 CENTRO CARRERA 27 NRO 30A 31 CALARCA 3214520193 PTE - 3117100846 3214520193

Procedencia: Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: **PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL) Regimen_Simplificado**
 Plan Beneficios: **PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL) REGIMEN ESPECIAL**

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 3

10/01/2018 14:23:05

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1844486 Fecha: 10/01/2018 13:19:11

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

HISTORIA CLINICA

CIRUGIA GENERAL

CONSULTA: 1 VEZ

Escala del Dolor

MOTIVO DE CONSULTA :

"TENGO UNA MASA EN BRAZO IZQUIERDO."

ENFERMEDAD ACTUAL:

MASA EN REGION ANTEROLATERAL DE BRAZO IZQUIERDO DE 1CM

EXAMEN FISICO:

CONCIENTE, EXTREMIDADES BRAZO IZQUIERDO TERCIO DISTAL CARA LATERAL EXTERNA SE PALPA MASA DE BORDES REGULARES.

REPORTE E INTERPRETACION DE APOYOS DIAGNOSTICOS:

CONDUCTA TERAPEUTICA Y RECOMENDACIONES:

SE EXPLICA RIESGO, SE FIRMA CONCENTIMIENTOS, SE DA ORDEN PARA CIRUGIA AMBULATORIA.

INDICACIONES MEDICAS

Salida

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	HIPOTIROIDISMO

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	D172	D172 - TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS

Profesional: MORALES ECHEVERRY JULIAN

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

R.M: 1506383

HISTORIA CLÍNICA

REFERENCIA Y AUTORIZACION

N° Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NELSON OSPINA TOBON **Identificación:** 18396778 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 **Edad a la fecha del folio:** 41 Años \ 6 Meses \ 7 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CARRERA 27 # 30A 31 **Teléfono:** 3214520193
Procedencia: CALARCA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: POLICIA NACIONAL (DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: POLICIA NACIONAL (IMAGENOLOGIA) **Nivel - Estrato:** REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 4 **06/02/2018 15:47:16**

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 1847238 **Fecha:** 19/01/2018 7:01:50
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

ORDENES MEDICAS

Salida_Consulta_Externa

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	HIPOTIROIDISMO

Profesional: VELASQUEZ GARCIA YAZMIN
Especialidad: OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA
R.M: 41948667



Edad a la Fecha del Folio: 0 Años \ 41 Meses \ 0 Dias

HISTORIA CLÍNICA**DESCRIPCION QUIRURGICA**

N° Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NELSON OSPINA TOBON **Identificación:** 18396778 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 **Edad a la fecha del folio:** 41 Años \ 6 Meses \ 22 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CENTRO CARRERA 27 NRO 30A 31 CALARCA **Teléfono:** 3214520193 PTE - 3117100846

DATOS DE AFILIACIÓN**Entidad:** POLICIA NACIONAL (DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO) **Régimen:** Regimen_Simplificado**DATOS DEL INGRESO****FOLIO N° 5** 21/02/2018 8:32:50**Dirección Resp:** **N° Ingreso:** 1858046 **Ambulatorio** **Fecha:** 20/02/2018 17:21:54**DESCRIPCION QUIRÚRGICA****Fecha Inicial cx:** 21/02/2018 **Hora Inicial cx:** 08:10 **Tipo de Cirugia:** PROGRAMADA **Tipo Anestesia:** GENERAL**Especialidad Médica:** CIRUGIA GENERAL**Anestesiologo:** 4612841 PABON FERNANDEZ GERMAN ALEJANDRO **Cirujano I:** 7529349 MORALES ECHEVERRY JULIAN**Cirujano II:** **Instrumentador:** GLADYS GONZALES**Ayudante:** LUIS EDUARDO PINEDA ALVAREZ**PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EJECUTADOS****PROCEDIMIENTO****OBSERVACIONES**

16505 - RESECCION TUMOR BENIGNO DE TEJIDOS BLANDOS

Tipo de Intervención: BÁSICO **Clasificación de la Cirugia:** LIMPIA **N° Sala:** SALA CUATRO**Descripción Hallazgos Operatorios:**

LIPOMA EN CARA EXTERNA DEL TERCIO DISTAL DEL BRAZO IZQUIERDO DE 1 CM

Descripción Quirúrgica:

1. ANESTESIA LOCAL BUPIVACAINA CON EPINEFRINA ,INCISION TRASNVERSA TERCIA DISTAL DE BRAZO IZQUIERDO CARA EXTERNA DE 12 MM QUE COMPROMETE PIEL , TCS, SE ENCUENTRA LA LESION DESCRITA SE EXTIRPA, SE EXTRAE , SE REALIZA HEMOSTASIA. SUTURA DE TCS CON VYCRIL 2-0 , PIEL PROLENE 2-0 SUTURA COLCHONERO

 INFECCIÓN LOCALIZADA REINTERVENCIÓN TEJIDOS PARA PATOLOGÍA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**Recuento de compresa completo:** SI**Complicaciones:** NO**Profilaxis Antibiotica:** SI **Medicamentos Profi:** CEFAZOLINA 2 GR**Anatomía patológica:****Registro Protesis Utilizadas:****Fecha Final CX:** 21/02/2018 **Hora Final CX:** 08:25 **Tiempo Quirúrgico:** 0 Horas 15 Minutos**Gestante:** **Trimestre:****ANTECEDENTES****TIPO ANTECEDENTE** **DETALLE**

Médicos HIPOTIROIDISMO

DIAGNÓSTICOS**TIPO DIAGNÓSTICO** **CÓDIGO** **NOMBRE**

Presuntivo D172 D172 - TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS

PATOLOGIAS**CANTIDAD** **NOMBRE**
Profesional: MORALES ECHEVERRY JULIAN**Especialidad:** CIRUGIA GENERAL**R.M:** 1506383

HISTORIA CLÍNICA

CAMA:

SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMO - PATOLOGICO

N° Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NELSON OSPINA TOBON **Identificación:** 18396778 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 **Edad a la fecha del folio:** 41 Años \ 6 Meses \ 22 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CENTRO CARRERA 27 NRO 30A 31 CALARCA **Teléfono:** 3214520193 PTE - 3117100846
Procedencia: CALARCA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: POLICIA NACIONAL (DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: POLICIA NACIONAL (QUIRURGICOS AMBULATORIOS) **Nivel - Estrato:** REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 6 **21/02/2018 8:35:48**

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 1858046 **Fecha:** 20/02/2018 17:21:54
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

SOLICITUD DE ESTUDIO ANATOMO - PATOLOGICO

DATOS CLINICOS Y DE LABORATORIO

PACIENTE CON TUMOR BENIGNO TEJIDOS BLANDO EN CARA ANTEROLATERAL TERCIO DISTAL DE BRAZO IZQ

RADIOGRAFIA N°: **DIAGNOSTICO:** TUMOR BENIGNO DE TEJIDOS BLANDOS

HSTORIA MESTRUAL Y OBSTETRICIA (Para biopsias de endometrio y cervix.

MENARQUIA:

TIPOS DE CICLOS:

FECHA ULTIMA MESTRUACION:

DIA DEL CICLO:

TRATAMIENTO HORMONAL:

EXAMENES ANATOMO - PATOLOGICOS Y CITOLOGICOS PREVIOS (N° y Diagnostico)

OPERACION REALIZADA:

RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE TEJIDOS BLANDOS

HALLASGOS OPERATORIOS:

LIPOMA

SITIO DE LA LESION:

DIAGNOSTICO CLINICO:

TUMOR BENIGNO DE TEJIDOS BLANDOS

TEJIDOS ENVIADOS

ESPECIMEN A: LIPOMA

ESPECIMEN B:

ESPECIMEN C:

ORDENES MEDICAS

Salida
 1. AMBULATORIO 2. HIELO LOCAL 3. ANALGESIA ACETAMINOFEN 500 MG CADA 6 DURANTE 5 DIAS 4. QUITAR PUNTOS EN 10 DIAS CENTRO DE SALUD MAS CERCANO 5. CONSULTA DE CONTROL CON RESULTADO DE BIOPSIA

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	HIPOTIROIDISMO

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	D172	D172 - TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS



Profesional: MORALES ECHEVERRY JULIAN

Especialidad: CIRUGIA GENERAL

R.M: 1506383

HISTORIA CLÍNICA

MEDICAMENTOS / EXAMENES / REFERENCIA/ SERVICIO HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NELSON OSPINA TOBON **Identificación:** 18396778 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 **Edad a la fecha del folio:** 41 Años \ 6 Meses \ 22 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CENTRO CARRERA 27 NRO 30A 31 CALARCA **Teléfono:** 3214520193 PTE - 3117100846
Procedencia: CALARCA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: POLICIA NACIONAL (DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: POLICIA NACIONAL (QUIRURGICOS AMBULATORIOS) **Nivel - Estrato:** REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 7** **21/02/2018 8:45:03**

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **Nº Ingreso:** 1858046 **Fecha:** 20/02/2018 17:21:54
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

INDICACIONES MEDICAS

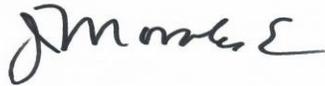
Salida

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	HIPOTIROIDISMO

EXAMENES

CANTIDAD	NOMBRE
1	39143-235 - CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA (CIRUGIA GENERAL)



Profesional: MORALES ECHEVERRY JULIAN
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
R.M: 1506383

HISTORIA CLÍNICA

MEDICAMENTOS / EXAMENES / REFERENCIA/ SERVICIO HOSPITALIZACION

Nº Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NELSON OSPINA TOBON **Identificación:** 18396778 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 **Edad a la fecha del folio:** 41 Años \ 6 Meses \ 22 Días **Estado Civil:** Casado
Dirección: CENTRO CARRERA 27 NRO 30A 31 CALARCA **Teléfono:** 3214520193 PTE - 3117100846
Procedencia: CALARCA **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: POLICIA NACIONAL (DEPARTAMENTO DE POLICIA QUINDIO) **Régimen:** Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: POLICIA NACIONAL (QUIRURGICOS AMBULATORIOS) **Nivel - Estrato:** REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO **FOLIO N° 8** **21/02/2018 9:32:02**

Responsable: **Teléfono Resp:**
Dirección Resp: **N° Ingreso:** 1858046 **Fecha:** 20/02/2018 17:21:54
Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	D172	D172 - TUMOR BENIGNO LIPOMATOSO DE PIEL Y DE TEJIDO SUBCUTANEO DE MIEMBROS

INDICACIONES MEDICAS

Salida
1. INCAPACIDAD DURANTE 7 DIAS

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	HIPOTIROIDISMO



Profesional: MORALES ECHEVERRY JULIAN
Especialidad: CIRUGIA GENERAL
R.M: 1506383

HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CONSULTA EXTERNA

Nº Historia Clínica: 18396778

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: NELSON OSPINA TOBON 18396778 **Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento: 31/julio/1976 **Edad a la fecha del folio:** 43 Años \ 9 Meses \ 27 Días **Estado Civil:** Casado
CENTRO CARRERA 27 NRO 30A 31 3214520193 PTE - 3117100846 3214520193 PTE - 3117100846
CALARCA

Procedencia: **Ocupación:**

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL) Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: PONAL - POLICIA NACIONAL (SERVICIOS HOSPITALARIOS II Y III NIVEL) REGIMEN ESPECIAL

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 9

28/05/2020 10:39:49

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 2090487 **Fecha:** 28/05/2020 8:19:02

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

HISTORIA CLINICA

OTORRINOLARINGOLOGIA

CONSULTA: 1 VEZ

Escala del Dolor 0

MOTIVO DE CONSULTA :

ACEPTA ASESORIA TELEFONICA ESPECIALIZADA

ENFERMEDAD ACTUAL:

REFIERE OTALGIA IZQUIERDA NO SUPURACION DE VARIOS MESES DE EVOLUCION NO OTRA SINTOMATOLOGIA NIEGA BRUXISMO

EXAMEN FISICO:

REFIERE OTALGIA IZQUIERDA NO SUPURACION DE VARIOS MESES DE EVOLUCION NO OTRA SINTOMATOLOGIA NIEGA BRUXISMO

REPORTE E INTERPRETACION DE APOYOS DIAGNOSTICOS:

REFIERE OTALGIA IZQUIERDA NO SUPURACION DE VARIOS MESES DE EVOLUCION NO OTRA SINTOMATOLOGIA NIEGA BRUXISMO

CONDUCTA TERAPEUTICA Y RECOMENDACIONES:

AUDIOLOGICOS Y CITA

INDICACIONES MEDICAS

Salida_Consulta_Externa

ANTECEDENTES

TIPO ANTECEDENTE	DETALLE
Médicos	HIPOTIROIDISMO

DIAGNÓSTICOS

TIPO DIAGNÓSTICO	CÓDIGO	NOMBRE
Presuntivo	H920	H920 - OTALGIA

EXAMENES

CANTIDAD	NOMBRE
1	39143-382 - CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA (CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA)



Carlos Andrés García Hurtado
OTORRINOLARINGÓLOGO
CMC 3916 - 11569

Profesional: GARCIA HURTADO CARLOS ANDRES

Especialidad: OTORRINOLARINGOLOGIA

R.M: 11569

SES.OJ.675.2020

Manizales, 18 de septiembre de 2020

Señora

CATALINA GONZÁLEZ ARIZA

Gerente

M&G GRUPO INTEGRAL S.A.S.

Calle 80C No. 92- 64 IN 9

Teléfono: (1)4753638

Email: requerimientos@grupointegralsas.com - grupointegralmg@gmail.com

Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta derecho de petición.

En atención a la solicitud enviada al buzón electrónico de **Servicios Especiales de Salud - SES**, el 17 de septiembre de 2020, en virtud de lo dispuesto en los artículos 14 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo modificado por la ley 1755 de 2015, encontrándonos dentro del término legal, por medio del presente escrito damos respuesta a su solicitud informándole que, una vez revisadas las bases de datos de gestión documental se constató que del señor **NELSON OSPINA TOBÓN** identificado con cédula de ciudadanía número 18.396.778, no cuenta con registro alguno de atención brindada por parte de esta IPS, razón por la cual no es posible aportar ninguna información.

Con lo anterior se da por contestada en debida forma su solicitud, manifestando que en caso de requerir mayor información con gusto será suministrada.

Atentamente,



MARIANA JARAMILLO ÁNGEL

Líder Jurídica

Servicios Especiales de Salud

Proyectó: M.D.C.

Revisó: T.V.M.

Aprobó: M.J.A.