

Fwd: RECURSO DE REPOSICION RAD: 500014003005-2021-01018-00

colmenaresguerrero94 <colmenaresguerrero94@gmail.com>

Mié 11/05/2022 1:29 PM

Para: Juzgado 05 Civil Municipal - Meta - Villavicencio <cmpl05vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co>

[ANEXOS PARTE 2 ORLANDO SAPUY.pdf](#)

----- Forwarded message -----

De: **nidia rocio colmenares** <[nicol-425@hotmail.com](mailto:nicol-425@hotmail.com)>

Date: mié, 11 may 2022 a la(s) 13:17

Subject: RECURSO DE REPOSICION RAD: 500014003005-2021-01018-00

To: colmenaresguerrero94 . <[colmenaresguerrero94@gmail.com](mailto:colmenaresguerrero94@gmail.com)>

SEÑOR  
JUEZ QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO  
E.S.D.

PROCESO: EJECUTIVO  
DEMANDANTE: BANCO COMERCIAL AV VILLAS  
DEMANDADO: ORLANOD SAPUY VILLARUEL  
RAD: 500014003005-2021-01018-00  
Correo electrónico: [cmpl05vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpl05vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
ASUNTO: RECURSO DE REPOSICION CONTRA MANDAMIENTO DE PAGO

NIDIA ROCIO COLMENARES GUERRERO, Identificada con cedula de ciudadanía N° 1.118.533.723 de Yopal-Casanare y portadora de la tarjeta profesional N° 170.140 del C.S.J. actuando en calidad de apoderada judicial de ORLANDO SAPUY VILLARUEL, me permito presentar recurso de reposición encontrándome dentro de la oportunidad legal en los siguientes términos:

VER 4 ADJUNTOS

CORDIALMENTE

NIDIA ROCIO COLMENARES GUERRERO  
C.C.1.118.533.723 DE YOPAL  
T.P. 170140 C.S.J.  
TELEFONO: 3143325706

SEÑOR  
JUEZ QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO  
E.S.D.

PROCESO: EJECUTIVO  
DEMANDANTE: BANCO COMERCIAL AV VILLAS  
DEMANDADO: ORLANOD SAPUY VILLARUEL  
RAD: 500014003005-2021-01018-00  
Correo electrónico: [cmpl05vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpl05vcio@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
ASUNTO: RECURSO DE REPOSICION CONTRA MANDAMIENTO DE PAGO

NIDIA ROCIO COLMENARES GUERRERO, Identificada con cedula de ciudadanía N° 1.118.533.723 de Yopal- Casanare y portadora de la tarjeta profesional N° 170.140 del C.S.J. actuando en calidad de apoderada judicial de ORLANDO SAPUY VILLARUEL, me permito presentar recurso de reposición encontrándome dentro de la oportunidad legal en los siguientes términos:

I.I.I. RECURSO DE REPOSICION.

**RECURSO DE REPOSICION POR REQUISITOS FORMALES DEL TITULO- NO EXIGIBLE Y NO APLICABLE CLAUSULA ACELATORIA**

El recurso se sustenta en los siguientes aspectos facticos y jurídicos.

PRIMERO: Mi poderdante efectivamente adquirió una obligación con el ejecutante y amparo esta con hipoteca sobre el bien inmueble identificado con folio de matrícula inmobiliaria N° 230-37905.

SEGUNDO; Que la obligación crédito de libre inversión, mi poderdante efectivamente firmo el titulo valor pagare N° 224130000084, el día 16 de febrero del año 2015

TERCERO: Que a mas de la hipoteca que constituyo sobre el bien inmueble y la suscripción del titulo valor para garantía de las obligaciones por el préstamo de libre inversión mi poderdante adquirió póliza que ampara incapacidad permanente y muerte

CUARTO: Que tomar dicho amparo a través de póliza de seguro fue una exigencia del banco hoy demandante

QUINTO: Que la póliza que amparo el crédito se tomo con la aseguradora que la misma entidad bancaria hoy demandante selecciono y corresponde a la aseguradora AXA COLPATRIA S.A. y corresponde a la Póliza N° 9560798

SEXTO: Que mi poderdante una vez es desembolsado el crédito cumplió con las obligaciones que le asistían de pago de conformidad con el plan de pagos entregado con la entidad bancaria

SEPTIMO: Que sin embargo durante la vigencia del crédito mi poderdante ha presentado quebrantos de salud como se acreditará con prueba documental

SEPTIMO: Que como consecuencia directa de los quebrantos de salud mi poderdante solicito una valoración y calificación a

junta de calificación de validez para verificar su estado de salud y de capacidad del mismo

OCTAVO: Que teniendo en cuenta que valoraciones ordenadas en el mes de diciembre del año 2016 e informe de psiquiatría de febrero del año 2017, aspectos consignados en la ponencia que determino la perdida de capacidad laboral se determina que mi poderdante tiene demencia temprana con síndrome mental orgánico.

NOVENO: Que dichas situaciones arrojaron que el día 24 de mayo de 2017, Se realizo una calificación del estado actual de salud estructurando una perdida de capacidad laboral en porcentaje de 57.25% tal como le fuera notificado a mi poderdante

DECIMO: Que en atención a lo anterior y luego de superar unas crisis y quebrantos de salud mi poderdante en momentos de lucidez con asesoría recibida por terceros inicia procedimiento e informa. a la entidad bancaria, donde lo orientan que debe pasar los documentos para que la aseguradora asuma la obligación con cargo a la póliza adquirida.

DECIMO PRIMERO: Que mi poderdante paso solicitud de pago de obligación financiera al banco hoy demandante con cargo a la póliza adquirida

DECIMO SEGUNDO: Que durante los primeros de mes del año 2021 hasta el mes de marzo realizo depósitos discriminados de la siguiente manera:

1. 16/02/2021 valor \$2.300.000
2. 26/02/2021 valor \$ 2.300.000
3. 29/03/2021 valor \$500.000
4. 23/03/2021 valor \$1.000.000

DECIMO TERCERO: Que según la información que manifiesta mi poderdante le informaron que en el lapso de 120 días darían respuesta de la documentación presentada al banco para ser remitida al seguro por el pago de la obligación con ocasión a la perdida de capacidad laboral y que no debía pagar

DECIMO CUARTO: Que mediante comunicación de fecha 27 de agosto del año 2021, de parte de Sctiabnk Colpatria se le notifico la decisión al acercarse el a la entidad que la compañía de seguros había aprobado el pago del saldo que presentaba la obligación a la fecha del siniestro.

DECIMO QUINTO: Que ha de tenerse entonces que según la comunicación que se relaciona en el hecho anteriormente descrito se acepto por parte de AXA SEGUROS COLPATRIA S.A. el reconocimiento de pago del seguro por haberse configurado o estructurado un siniestro que genera la perdida de capacidad laboral amparada y esta quien debe pagar sumas de dinero que hoy se ejecutan a mi poderdante.

DECIMO SEXTO: Que desde que le notificaron en la entidad bancaria de dicha respuesta mi poderdante asumió que el tema del pago de la obligación era un aspecto entre la aseguradora y el banco hoy ejecutante como en efecto debería ser

DECIMO SPETIMO: Que sin embargo el banco hoy ejecutando posteriormente el 29 de diciembre del 2021, notifica la decisión AXA SEGUROS COLPATRIA S.A, en esta ocasión establecen que no se

hará el pago de las obligaciones amparadas ahora aduciendo que al momento de la muerte de mi poderdante no tenía saldo.

DECIMO OCTAVO: lo anterior no es coherente ya que no se solicito a través del banco a la aseguradora seleccionada por ellos mismos cubrir el pago de obligación alguna por un siniestro de muerte si no una incapacidad acredita y calificada en vigencia del crédito que hoy se ejecuta.

DECIMO NOVENO; Que en atención a la ultima comunicación que dan por muerto. A mi poderdante este volvió a escribir a la entidad bancaria manifestado que quien debe asumir dichas obligaciones tal como lo reconoció es la aseguradora

VIGESIMO: Que en atención a lo anterior mi poderdante se encuentra en tramite de agotamiento de requisito de pre- judicial conciliación ante el centro de conciliación conalbos en le cual se fijo fecha de audiencia para el día 25 de mayo de 2022 con citación a al aseguradora AXA COLPATRIA S.A. única obligada con el acá ejecutante por que se presentaría el fenómeno de la pre- judicilaidad y no exigibilidad del titulo valor, ya que bajo ninguna circunstancia mi poderdante ha incurrido en mora tal como se expreso anteriormente y se probara.

VIGESIMO PRIMERO: Que de conformidad con lo previsto en la literalidad de la clausula quinta del pagare objeto de recaudo en su literal e que prevé que será exigible si existe mora ...

VIGESIMO SEGUNDO: Que mi poderdante no esta en mora como se expreso en los hechos de la demanda y como se ordeno en el mandamiento de pago, por las razones antes expuestas y el demandante no este facultado para exigir el pago de la obligación consignando en el titulo valor pagare

Así las cosas, me permito hacer las siguientes peticiones

#### **I.I. PETICIONES**

**PRIMERO:** Se revoque el mandamiento de pago de fecha once (11) de marzo de 2022.por las razones anteriormente expuestas.

**SEGUNDO:** Que como consecuencia de lo anterior se levanten las medidas cautelares que pesan sobre los bienes poderdante, se comuniquen las decisiones que se adopten especialmente sobre el inmueble identificado con folio de matricula inmobiliaria Nº 230-37905.

**TERCERO** Que se condene en costas y agencias en derecho a la parte demandante.

**CUARTO:** Que como petición subsidiaria en caso de no ser revocado se ordene la suspensión del proceso hasta tanto se resuelva el litigio entre mi poderdante y la compañía de seguros AXA COLPATRIA S.A. ya que es un aspecto que define la obligación acá ejecutada.

#### **I.I.I. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Invoco como fundamentos de derecho art. 100 y 430 y s.s del Código General del proceso y lo previsto en los artículos 619 y s.s. del Código comercio y demás normas que lo adicionen o modifiquen

#### **I.V. PRUEBAS.**

Solicito al despacho tener como pruebas las cuales son

conducentes, pertinentes y necesarias para sustentar la presente contestación y las excepciones propuestas:

#### **DOCUMENTALES**

Solicito se tenga las aportadas e incorporadas con la demanda.

1. Poder para actuar.
2. Soporte de pagos colillas de depósitos  
16/02/2021 valor \$2.300.000  
26/02/2021 valor \$ 2.300.000  
29/03/2021 valor \$500.000  
23/03/2021 valor \$1.000.000
3. Historia clínica
4. solicitud de calificación y calificación de junta de invalidez
5. constancia de ejecutoria de dictamen
6. Extracto de crédito y plan de pagos
7. Solicitudes realizadas de pago de siniestro
8. Respuesta emitida por la convocada
9. Copia de póliza N° 9560798
10. Constancia de radicación electrónica de solicitud de tramite conciliatorio

#### **Oficios**

1. Se oficie. Al centro de conciliación conalbos a fin que certifique la existencia de tramite de conciliación pre-judicial entre mi poderdante ORLANDO SAPUY VILLARUEL y la aseguradora AXA COLPATRIA S.A.

#### **V. INOTIFICACIONES**

La parte demandante en la dirección que obra en el libelo de la demanda.

La parte demandada a la cual represento en la siguiente dirección: carrera 23B N° 9-36 Barrio la rosita de la ciudad de Villavicencio; correo electrónico: elduro\_18@hotmail.es y al teléfono: 3227175371.

La suscrita en la calle 38 No. 31-58, oficina 406, Edificio CENTRO BANCARIO, Centro Villavicencio, tel. 3143325706 y en la secretaria del Juzgado. Email: nicol-425@hotmail.com.

Del Señor Juez,

**Atentamente,**



NIDIA ROCIO COLMENARES GUERRERO  
C.C 1.118.533.723 DE YOPAL  
T.P. 170140 DEL C.S.J.  
Teléfono: 3143325706



## **SOLICITUD DE CONCILIACION PRE-JUDICIAL - ORLANDO SAPUY**

nidia rocio colmenares <nicol-425@hotmail.com>

Lun 2/05/2022 4:52 PM

Para: Centro de Conciliación CONALBOS <cconciliacionyarbitrajeconalbosmeta@hotmail.com>

 3 archivos adjuntos (570 KB)

9560798- POLIZA.pdf; CONCILIACION PRE. JUDICIAL - ORLANDO.pdf; PAGO CONCILIACION.jpg;

**Cordialmente**

**NIDIA ROCIO COLMENARES GUERRERO**

**C.C.1118.533723 DE YOPAL**

**T.P.170140 C.S.J.**

**TELEFONO: 3143325706**



SEÑOR  
JUEZ QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO  
E.S.D.

PROCESO: EJECUTIVO  
DEMANDANTE: BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A  
DEMANDADO: ORLANDO SAPUY VILLARUEL  
RAD: 500014003005-2021-01018-00  
ASUNTO: PODER

ORLANDO SAPUY VILLARUEL, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía N° 83.230.225 de Timana – Huila vecino de Villavicencio, actuando en nombre propio Por medio del presente escrito me permito manifestar por medio del presente escrito confiero poder especial amplio y suficiente a la doctora NIDIA ROCIO COLMENARES GUERRERO, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.118.533.723 de Yopal y T.P. 170140 expedida por el consejo superior de la judicatura para que actué en el proceso de la referencia que presuntamente es adelantado en mi contra , para que asuma la defensa de mis intereses la apoderada cuenta con todas las facultades previstas en el código general del procesal , dentro de la cuales esta contestar la demanda, presentar, solicitar nulidades, tachar documentos, interponer excepciones previas, de merito, recursos y todas las necesarias en procura de mis intereses.

Mi apoderada queda facultada para recibir, conciliar, transigir, desistir, asumir, renunciar interponer recursos , solicitar nulidades y todas las demás otorgadas por la ley para el ejercicio de sus funciones.

Se solicita se sirva reconocer facultades a la Doctora Colmenares Guerrero para los fines del presente poder.

Del señor fiscal

ORLANDO SAPUY VILLARUEL  
C.C. 83.230.225 de Timana – Huila

# NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO



Notaria 3ra  
Villavicencio

## PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO

Verificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012

Villavicencio, 2022-05-06 15:10:28

Ante la Notaria Tercera del Círculo de Villavicencio, Compareció:

SAPUY VILLARRUEL ORLANDO Identificado con C.C. 83230225 , presentó el documento dirigido a: JUEZ CIVIL MUNICIPAL



cc7t5



y declaró que la firma que aparece en el presente documento es suya y el contenido es cierto. El compareciente solicitó y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com) para verificar este documento. PODER ESPECIAL PARA REPRESENTACION .--

X

FIRMA

**IVAN ANDRES ROJAS BURGOS**  
**NOTARIO 3 (E) DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO**

Mediante Resolución No 4400 del 22-04-2022



**SCOTTIANBANK COLPATRIA**  
 99 VILLAVICENCIO EL FAROQUE  
 Cajera: 2208 Secuencia: 4794  
 Jornada: NORMAL 23-03-2024 10:39:13  
 Número de Eventos: \*\*\*\*\*0034  
 Titular: ORLANDO SAPUY VILLA  
 PAGO REGULAR DE PRESTAMO  
 Valor Cheque: COL\$0.00  
 Valor Efectivo: COL\$1,000,000.00  
 VALOR TOTAL: COL\$1,000,000.00  
 ID Depositante: 88030225  
 Costo Transacción: COL\$0.00  
 POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA  
 INFORMACION IMPRESA ES CORRECTA

**SCOTTIANBANK COLPATRIA**  
 99 VILLAVICENCIO EL FAROQUE  
 Cajera: 2208 Secuencia: 4794  
 Jornada: NORMAL 23-03-2024 10:39:13  
 Número de Eventos: \*\*\*\*\*0034  
 Titular: ORLANDO SAPUY VILLA  
 PAGO REGULAR DE PRESTAMO  
 Valor Cheque: COL\$0.00  
 Valor Efectivo: COL\$1,000,000.00  
 VALOR TOTAL: COL\$1,000,000.00  
 ID Depositante: 88030225  
 Costo Transacción: COL\$0.00  
 POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA  
 INFORMACION IMPRESA ES CORRECTA



# SCOTIABANK COLPATRIA

181 VILLAVICENCIO PRIMAVERA

Cajero: 7501 Secuencia: 2723

Formada: NORMAL 26-02-2021 11:52:24

Número de Cuenta: \*\*\*\*\*0084

Titular: ORLANDO SAPUY VILLA

PAGO REGULAR DE PRESTAMO

Valor cheque COL \$0.00

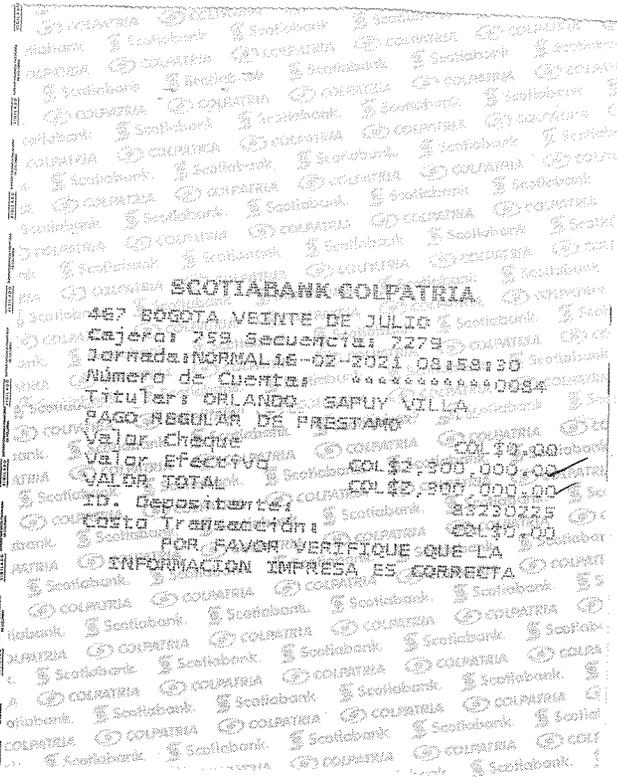
Valor Efectivo COL \$2,300,000.00

VALOR TOTAL COL \$2,300,000.00

ID. Depositante: 1121922510

Costo Transacción: COL \$0.00

POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA  
INFORMACION IMPRESA ES CORRECTA



SCOTIABANK COLPATRIA  
 181 VILLAVICENCIO PRIMAVERA  
 Cajero: 7501 Secuencia: 2728  
 Jornada: NORMAL 26-02-2021 11:52:24  
 Número de Cuenta: \*\*\*\*\*0084  
 Titular: ORLANDO SAPIVY VILLA  
 PAGO REGULAR DE PRESTAMO  
 Valor Cheque COL\$0.00  
 Valor Efectiva COL\$2,300,000.00  
 VALOR TOTAL COL\$2,300,000.00  
 Id. Depositante: 1121923510  
 Costo Transacción: COL\$0.00  
 POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA  
 INFORMACION IMPRESA ES CORRECTA

**SCOTIABANK COLPATRIA**

181 VILLAVICENCIO PRIMAVERA  
 Cajero: 7501 Secuencia: 2728  
 Jornada: NORMAL 26-02-2021 11:52:24  
 Número de Cuenta: \*\*\*\*\*0084  
 Titular: ORLANDO SAPIVY VILLA  
 PAGO REGULAR DE PRESTAMO  
 Valor Cheque COL\$0.00  
 Valor Efectiva COL\$2,300,000.00  
 VALOR TOTAL COL\$2,300,000.00  
 Id. Depositante: 1121923510  
 Costo Transacción: COL\$0.00  
 POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA  
 INFORMACION IMPRESA ES CORRECTA

FORMATO DE SOLICITUD DE CALIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE INFORMACIÓN



SOLICITUD DE CALIFICACIÓN No.	6140		
FECHA DE SOLICITUD:	DIA: 09	MES: 02	AÑO: 2017
<b>1. DATOS DEL REMITENTE</b>			
Nombre del Remitente:	ORLANDO SAPUY VILLARRUEL		
Tipo de Entidad:	REMITENTE		
Dirección:	CARRERA 23 B N° 9 - 36 BARRIO LA ROSITA VILLAVICENCIO	Ciudad:	Villavicencio
Teléfono:	3212763309 - 66744934		
<b>2. DATOS DE LA PERSONA OBJETO DE CALIFICACIÓN</b>			
Nombre y Apellidos:	ORLANDO SAPUY VILLARRUEL		
Documento de Identidad Tipo:	Cc <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> Ce <input type="checkbox"/>	Número:	83230225 Exp: 1965-10-10
Fecha de Nacimiento:	1965-10-10	Edad:	51 Años Género: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección residencia:	CARRERA 23 B N° 9 - 36 BARRIO LA ROSITA VILLAVICENCIO		
Ciudad:	Villavicencio	Teléfono:	3212763309 - 6674934
Estudios:	Secundaria	Profesión y oficio:	NO LABORA
Estado Civil:	Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>		
EPS:	SANIDAD MILITAR	AFP:	N/A ARL: N/A
Tipo de Vinculación al Sistema:	Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
ASEGURADORA:	N/A		
NOMBRE DEL EMPLEADOR:	N/A		
Dirección Empleador:	N/A	Ciudad:	Villavicencio Teléfono: N/A
3. LISTA DE CHEQUEO OK:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DEVOLUCIÓN:	
4. RESPONSABLE DEL PAGO:	ORLANDO SAPUY VILLARRUEL		
5. ESTADO DEL PAGO:	CANCELADO <input checked="" type="checkbox"/>	PP <input type="checkbox"/>	
6. CONTABILIZADO	13/02/17	No. FACTURA: 3575	
7. Certifico que toda la información contenida en el punto dos fue suministrada por mi, en calidad de paciente y/o acudiente y corresponde a la realidad.	✓ Orlando Sapuy ✓ 83230225		
8. SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL META para que acceda a la historia clínica médica, ocupacional y laboral del paciente para emisión de dictamen.	✓ Orlando Sapuy ✓ 83230225		
9. ANTECEDENTES DIAMANTE:	ANTECEDENTES ARCHIVO FISICO: Si, se anexa + Computer		

Revisión: 10/02/17

10. MOTIVO DE REMISIÓN:

Calificación del grado de pérdida de la capacidad laboral

AT  EL  EC  AC  ATTO

Calificación de pérdida de capacidad ocupacional y funcional (menores de edad)

Calificación de origen ACCIDENTE  ENFERMEDAD

Revisión de la calificación PCL EC. Decreto 917.

Fecha de estructuración de la invalidez

Otros Especifique:

11. REPARTO

MEDICO PONENTE ASIGNADO Dra. Amira Usme Sabojal

FECHA DE REPARTO 13-07-17 FIRMA 

FECHA MÁXIMA DE VALORACIÓN: 24-02-17 RECIBE REPARTO 

12. FECHA DE ASIGNACIÓN DE CITA LITERAL A:

FECHA CITA VALORACIÓN: 20 febrero HORA 10:00

PERSONA QUE CONTESTO LA LLAMADA: Amigo Rafael Rodriguez

OBSERVACIONES:

13. FECHA DE ASIGNACIÓN DE CITA LITERAL C:

FECHA CITA VALORACIÓN: \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

PERSONA QUE CONTESTO LA LLAMADA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

14. FECHA DE ASIGNACIÓN DE CITA LITERAL D:

FECHA CITA VALORACIÓN: \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

PERSONA QUE CONTESTO LA LLAMADA: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES:

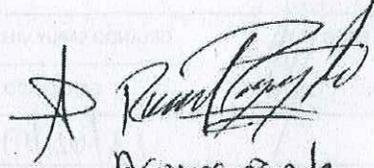
15. FECHA AUDIENCIA:

OBSERVACIONES: 09/02/17 leidy hdez

Shou 5:00 pm

10/02/17 fff

20-02-17. Devolución #23 blin ltel

 Acoponente.

Villavicencio, febrero 9 de 2017

09 FEB 2017	75
4:00	
leidy Hdez	

Doctores  
JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL META  
Ciudad

Asunto: Solicitud Calificación.

Respetados Doctores:

ORLANDO SAPUY VILLARRUEL, identificado con la cédula de ciudadanía No. 83.230.225, expedida en Timana Huila, respetuosamente me dirijo a ustedes, con el fin de solicitarles se sirvan calificar mi situación médica, para lo cual me permito adjuntas los siguientes documentos:

- Dos copias de consignación por el valor de \$737.717 efectuadas en el Banco de Colombia a nombre de esa Junta Calificadora en la cuenta corriente No. 849-986429-14.
- Copia de mi historia clínica.
- Fotocopia de mi cedula de ciudadanía No. 83.230.225 de Timana-Huila.

La calificación de invalidez me es indispensable como requisito legal para efectuar una reclamación ante el Banco Pichincha. *Condación de deuda.*

Cualquier notificación al respecto les solito me la su ministren a la carrera 23 B No. 9-36, Barrio la Rosita, Villavicencio-Meta o al celular 3212763309, fijo 667493.

Cordialmente,

*Orlando Sapuy Villarruel*  
ORLANDO SAPUY VILLARRUEL  
C.C. 83.230.225 de Timana-Huila

Anexo: Lo anunciado.

*Orlando Sapuy Villarruel*  
*efraim Morales*  
 No labora  
 Ministerio Público  
 Procuraduría  
 No labora  
 300 - Dirección  
 de Documentación

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.230.225**

**SAPUY VILLARRUEL**

APELLIDOS

**ORLANDO**

NOMBRES

*[Handwritten signature]*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1965**

**TIMANA**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.72**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

**M**

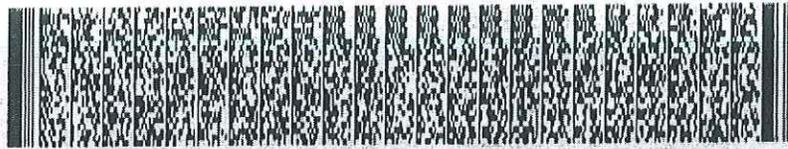
SEXO

**09-DIC-1983 TIMANA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten signature]*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-5200150-00758262-M-0083230225-20151028

0047210125A 1

1663601321



BANCOLOMBIA  
RECAUDO Fecha: 09-02-2017 14:35  
Conv: 47808 - JUNTA DE CALIFICACION DE  
Suc: 395 - VIVA VILLAVICENCIO  
Ciud: VILLAVICENCIO  
Caj: 002 Sec: 1571  
Valor Tot: \$ 737,717.00  
Forma de Pago Efec: \$ 737,717.00  
Pagador: 38865870  
Ref: 38865870

REGISTRO DE OPERACIÓN  
No. 124167915

La información contenida en el presente documento  
corresponde a la operación ordenada al banco.

- CLIENTE -

IX/2014 8000536-V4

OK



BANCOLOMBIA

RECAUDO Fecha: 09-02-2017 14:35:00

Conv: 47808 - JUNTA DE CALIFICACION DE

Suc: 395 - VIVA VILLAVICENCIO

Ciud: VILLAVICENCIO

Caj: 002 Sec: 1571

Valor Tot: \$ 737,717.00xxxx

Forma de Pago Efec: \$ 737,717.00

Pagador: 38865870

Ref: 38865870

REGISTRO DE OPERACIÓN

No. 124167915

La información contenida en el presente documento  
corresponde a la operación ordenada al banco.

- CLIENTE -

IX/2014 8000536V4

Cadenasa



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

HOJA DE EVOLUCIÓN  
TERAPIA RESPIRATORIA

No. De Historia 83230225  
Nombre Orlando Saprú Edad 42 años  
Unidad \_\_\_\_\_ Grado SP  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

FECHA	HORA	OBSERVACIONES
27/12	10:30 pm	<p>Ho: Cumbria en la oruca.</p> <p>Respiración rufiere que viene + Orucos caracterizados.</p> <p>x presenten alteraciones en chinos unicus, caracterizal</p> <p>x presenten Orucos debil, y dificultad para la unicus.</p> <p>Res x mit: Osteosulten con toruilles x/x hinc y</p> <p>perone T-upuent - Dolor en HITTug. Cui edeud e-1</p> <p>el unicus. (Abnle 2y).</p> <p>Pat (-) Oti Osteosulten. (Con toruilles) hinc y</p> <p>perone) Allengco: (-) Pliares: (-).</p> <p>Ex examan fonic: SV 10: 24x FR: 20x T: 37.20/30</p> <p>Neuroscaplo hidratis gel sen allumasin Cr. Xaus el</p> <p>AD/sin alt: reim Col. no se evalua Est. presulu</p> <p>oculaz en malod: interu pium d'upued.</p> <p>adr a unlicion anatin misun zone, Piusce</p> <p>exaver natural.</p> <p>DX: - Patlogia psketic?</p> <p>- Patlogia hinc 2y.</p> <p>Hinc: val x unlogia val x akpocline</p> <p>sp P.O - Dx hinc 2y. AP - Lot.</p> <p>Reun a cin</p> <p style="text-align: right; font-size: 2em;">S</p>
3/1/11		<p>Urologia</p> <p>44 años</p> <p>De 6 mos de cumbre y fuerza miccional, no pop, gatas peruncial</p> <p>Farmacologia: no refero</p> <p>DR: apineha clerecha grado II</p> <p>col/col - unicus</p>

Hector Alvaro Velásquez Barrera  
URCLOSS  
R.M. 10087-83

171012

MC: Examenes

Salud - Saans

6:05  
pu

pacient he examenes actual solichet x Med 9.01.

18-09-12 An. postotic 1.55. Vocuous 24-48L  
incurabil. p. 2010.

Ruunt Arte: postotism - dificultat per incant  
diminua de cunos vucans - Refu dolor en respir

Precedet dx: oprens p. 2010 - 24-48L  
Jucans

Pat: (-) O<sub>2</sub>, (+) Drenant cu pu Dyan - Alhoi (-)  
Jucans (-)

Alexand f. mte: 82x-Fx 18w' TALL 160 P 90.

Necefoto hec. h. O<sub>2</sub> Jucantacion CP mod

RsCs R. Juc sept pulmans alus bien ventilats

del Jucantacion - Ev. in alucantacion - SOVC

Juc deficit.

Dx: - Postotism

- Difer-hofiu postotico?

- Dole precedet 7le.

Plan: 1/2 val x vucantacion - 1/2 EKG - 1/2 perfil -  
Epides - Jucans - Cibus reutil - AAS. B. 10/dia -

P





158



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

ESM: \_\_\_\_\_

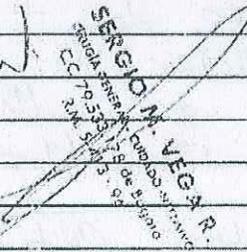
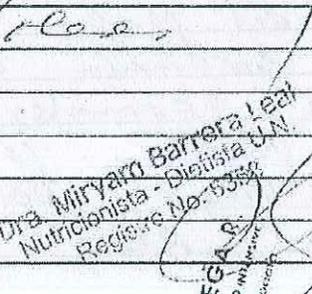
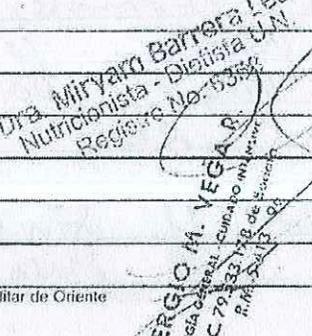
NOTAS DE ENFERMERÍA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CAMA: EJA SP (R)

<u>Sapuy</u> 2° Primer Apellido	<u>Villanuel</u> Segundo Apellido	<u>Estanudo</u> Nombres	<u>83230225</u> 3. No de Historia
------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

4. Fecha y hora	5. ANOTACIONES
	Recuerde firmar siempre sus anotaciones
<u>29/06/12</u> <u>16:20</u>	<u>E: Ab caso</u> <u>MD. General:</u> <u>MU. "Difícil orinar"</u> <u>Et: Cuadro de + 2 meses de dificultad</u> <u>para iniciar la micción, con disuria,</u> <u>asociado a disminución del chorro</u> <u>urinario, sin HTA por lo que consulta</u> <u>Rx: No.</u> <u>Antecedentes: pat. No. Dx: osteoartritis</u> <u>en pie I-2q. hace 13 años. Alergias: No.</u> <u>Tox: No. Fumador: No. Etc: Herpes</u> <u>genital seg. ple. chetibi Genocercos</u> <u>tratada. Fungos: No.</u> <u>Ex. físico: Tm: 130/80. Fc: 76b'</u> <u>fr: 16e go. alcohol. peso: 89kg</u> <u>Talla: 170cm Tm: 29,4. dc: Normal</u> <u>Clp: sin alteraciones. Abd: Saco herniado</u> <u>a nivel umbilical, no encarcelado, sensible.</u> <u>Gl: de pulpa, masa de 2 x 2 cm de</u> <u>diametro a nivel de la base, en el</u> <u>cuerpo del pene, dura, no dolorosa.</u> <u>Test: normales. en ingle bilateral.</u> <u>Test: normales. Tm: ampolla rectal</u> <u>vacía, protuberante, firmemente, no dolorosa</u> <u>de + 40grs, bordes regulares. Etc: No</u> <u>edemas. Svc: sin déficit aparente.</u>  <u>Ido: El Síndrome uretral secundario a:</u> <u>N. masa en cuerpo del pene.</u>

4. Fecha y hora	Recuerde firmar siempre sus anotaciones	5. ANOTACIONES
29/06/12 16:30		3) Hernia umbilical 4) Tira curativa
		Plan: 2) Val x morfología y ex general. 2) Clotomas en zona de día x 20 días. 3) cita abierta. 4) Edu. en hábitos de vida saludable y ejercicio. 5) control en 3 meses. 6) Val x morfol.
10-VII-12	PLENIA GARCERAN de origen cianotico	
Julio 11/2012	Nutricionista HC: Oberdorf Edad: 43 años, PA: 88 1/2, PM: 90 kg Actividad física 2 h/día Comidas abundantes - Hacia hábitos saludables Se educa en grupos de alimentos, Porciones presencia de Comidas, Hornos	
2-IV-13	PLENIA GARCERAN de origen	



**MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**

48  
9

HORA 1955	A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA 2013 10 06 07	REFERENCIA N° 0896
GRADO SEVERIDAD PRIORITARIO <input checked="" type="checkbox"/>	ORDINARIO <input type="checkbox"/>	REMISIÓN INTERCONSULTA <input checked="" type="checkbox"/>	ORDEN DE LABORATORIO <input type="checkbox"/> ORDEN IMÁGENES RX <input type="checkbox"/>

NOMBRES E.S.M. HOMID		CODIGO	NOMBRES E.S.M.I.P.S.		DESTINO DE REFERENCIA	
NIVEL DE ATENCIÓN I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>		SERVICIO SOLICITADO Urología	ESPECIALIDAD Urología	CCD. CITA OTORGADA	HORA A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>	CONS. No.
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO Cristóbal Sarmiento Villalón		DICI DE IDENTIDAD No.	R.C. TL	C.C. C.E.	SEXO F. <input type="checkbox"/> M. <input checked="" type="checkbox"/>	EDAD 30
CENTRO DE CIRCUNSCRIPCIÓN DEL USUARIO E.S.M.		CODIGO	DIRECCIÓN RESIDENCIAL		TELÉFONO	
CALIDAD USUARIO ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/> RETRADO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO ENT. DESCENT. <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	GRADO	NOMBRE DE LA FUERZA Y UNIDAD DONDE LABORA	TELÉFONO	OCCUPACION

ANAMNESIS (ANTECEDENTES) Historia clínica de paciente con diagnóstico de prostatitis crónica, dolor pélvico, disuria, hematuria, etc. Tratado con antibióticos y analgésicos sin mejoría. Se solicita estudio de imagen para descartar complicaciones.		T/A	T*	TR
HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO Paciente con aspecto de enfermo, sin signos vitales alterados. Abdomen blando, sin dolor a la palpación. Próstata aumentada de tamaño.		FC	Peso	Talla
RESULTADOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ANEXAS) Ecografía de próstata y vejiga que muestra próstata aumentada de tamaño, compatible con prostatitis crónica.		INCAPACIDAD		
TRATAMIENTOS INSTALADOS Antibiótico y analgésico.		CODIGO	TOTAL DÍAS	FECHA INICIACIÓN
DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS 1. Prostatitis crónica 2. Hematuria 3. Disuria				

cod 2031  
Dr. Pesta  
7-05-13  
5-2-0-13

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA		RESPONSABLE DE LA AUTORIZACIÓN	
NOMBRE: Cristóbal Sarmiento R.	PROFESIÓN: Médico - Cirujano	NOMBRE DIRECTOR E.S.M.	
CODIGO TARJETA PROFESIONAL: C. 200625 RM 505307		FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO

# HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

## HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



15

### INFORMACION DEL PACIENTE

DOCUMENTO NUMERO		PACIENTES		EDAD
CC 83230225		ORLANDO SAPUY VILLARUEL		37 A
FUERZA EJERCITARIA	UNIDAD	GRADO	USUARIO	PARENTESCO
RETIRADO		SP	ACTIVO	COTIZANTE

ATENCION	
FECHA	HORA
04/06/2013	18:39

ENLAGE  
1

MEDICO | ANDRES SARMIENTO

MOTIVO CONSULTA | CONTRAREMITIDO DE CVC POP HERNIORRAFIA

CAUSA EXTER | 13 | ENFERMEDAD GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL | PACIENTE ENVIADO POR CIRUGIA POR CUADRO DE RETENCION URINARIA LUEGO DE CIRUGIA DE HERNIORRAFIA UMBILICAL. REFIERE EL PACIENTE QUE EL DOMINGO EN EL POP DE HERNIORRAFIA PRESENTA RETENCION URINARIA. SE COLOCA SONDA DE FOLEY LA CUAL SE RETIRA EL DIA DE HOY Y EN LA TARDE NUEVAMENTE PRESENTA GLOBO VESICAL. CIRUGIA GENERAL SOLICITA VALORACION EN BOGOTA POR UROLOGIA

ANTECEDENTES PRESENTES | PATOLOGICOS: NIEGA, QUIRURGICOS: OSTEOSINTESIS DE PIERNA IZQUIERDA POR HERIDA POR ARMA DE FUEGO, ALERGICOS: NIEGA, TOXICOS: NIEGA, FARMACOLOGICOS: NIEGA, FAMILIARES NIEGA

REVISION POR SISTEMAS | NIEGA

PESO | FC: 80 | FR: 20 | TA: 120/80 | OXI: 98 | TEMP: 37

EXAMEN FISICO | ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, HIDRATADO  
 - CABEZA, CARA Y CUELLO: PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, OROFARINGE NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA  
 - CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS, BIEN VENTILADOS  
 - ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO. BLANDO DEPRESIBLE  
 - GENITOURINARIO: SONDA VESICAL PERMEABLE CON URINA CLARA  
 - EXTREMIDADES: NORMAL  
 - NEUROLOGICO: SIN DEFICIT

PATOLOGIA 1 | N320 OBSTRUCCION DE CUELLO DE LA VEJIGA

PATOLOGIA 2 | N318 OTRAS DISFUNCIONES NEUROMUSCULARES DE LA VEJIGA

1. CATETER SALINIZADO  
 2. DAPIRONA 1GR IV CADA 8 HORAS  
 3. REMISION A UROLOGIA BOGOTA

*Milena Garzon*  
 ENFERMERA  
 REG. 85-825  
 04-06-13  
 20:00:00

TIPO DX | Impresión Diagnostica | ESTADO FINA | VIVO | CONDUCTA | REMISION

FECHA SALIDA | 04/06/2013 | HORA SALIDA | 06:46:30 p.m. | ESTAD CONSULTA | ATENDIDO

FORMATO DE APROBACIÓN MEDICAMENTOS POR FUERA DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA DEL SSMP

49

01273

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA ÚNICAMENTE POR PARTE DEL MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE, DEBE ANEXAR LA FÓRMULA MÉDICA ORIGINAL. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRÁ EL ESTUDIO POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO.

ACTA No. \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud: 2-VII/2013

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del Paciente: Orlando Saqui Villanuel Edad: 47.  
No. de Identificación Historia Clínica: 83230225 Sexo: F M  
Fuerza EJC: X FAC: \_\_\_\_\_ ARC: \_\_\_\_\_ DONAL: \_\_\_\_\_ HOMIC: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Médico Solicitante: Dr. Fernando Lugo Buitrago  
Registro Médico: Urologo R.M. 11268-83 Especialidad: Urología

II. MEDICAMENTO SOLICITADO FUERA DEL MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS:

AMBULATORIO:  HOSPITALARIO: \_\_\_\_\_ MIXTO: \_\_\_\_\_  
URGENTE (Vital): \_\_\_\_\_  
Principio Activo: DOXAZOSINA Concentración: 4 mg.  
Presentación: TAB Dosis: 1 dia Cantidad día: 1 dia  
Duración del Tratamiento: 90 dias.  
Programa especial de: Prostatinuro  
Efectos adversos y posibles riesgos por el uso del medicamento: Hipotensión

III. DIAGNÓSTICO: Nombre y Código CIE 10 N40X. Prostatinuro.

IV. DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLÍNICA:

Paciente con prostatinuro y anticoductos de retención urinaria.

V. ALTERNATIVAS MANUAL ÚNICO DE MEDICAMENTOS SSMP:

Principio activo: No hay en PDS. Tiempo de utilización: \_\_\_\_\_  
Respuesta Clínica observada: No mejoría: \_\_\_\_\_ Reacción adversa: \_\_\_\_\_ Intolerancia: \_\_\_\_\_  
Principio activo: \_\_\_\_\_ Tiempo de utilización: \_\_\_\_\_  
Respuesta Clínica observada: No mejoría: \_\_\_\_\_ Reacción adversa: \_\_\_\_\_ Intolerancia: \_\_\_\_\_

Principio activo: \_\_\_\_\_ Tiempo de utilización: \_\_\_\_\_  
Respuesta Clínica observada: No mejoría: \_\_\_\_\_ Reacción adversa: \_\_\_\_\_ Intolerancia: \_\_\_\_\_

No existe alternativa en el Manual: \_\_\_\_\_

**VI. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD:**

1. Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI:  NO: \_\_\_\_\_

Si existe riesgo por favor justifíquelo Retención Urinaria

2. Está autorizado por el INVIMA la comercialización y expendio en Colombia del medicamento para este diagnóstico: SI:  NO: \_\_\_\_\_ No sabe: \_\_\_\_\_

3. Análisis especializados, antibiogramas u otras pruebas que sirvan de soporte para el uso de esta medicación: Examen físico

ecografía.

4. Referencias Bibliográficas actualizadas de soporte: Journal of Coloproctology Urology

El comité no aprobará tratamientos experimentales, ni medicamentos prescritos para tratamientos expresamente excluidos del manual. (Resolución 2933 Artículo 68, Parágrafo POS).

Firma del Médico solicitante: \_\_\_\_\_

Dr. Fernando López Bantista  
Urologo  
R.M. 11808-83

No. de Cédula: 17311128 Registro Médico: 11808/83

Firmas del Comité: \_\_\_\_\_

Aprobado SI: \_\_\_\_\_

NO: \_\_\_\_\_ Pendiente Soportes: \_\_\_\_\_ Falta justificación: \_\_\_\_\_

Datos incompletos: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

ACTA C.T.C. No: \_\_\_\_\_

FECHA DE APROBACIÓN: \_\_\_\_\_



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

47

Fecha Julio 16/14

DATOS PERSONALES

SERVICIO DE AUDIOLOGIA

Nombre y Apellidos Orlando Saenz Villanel Doc. Ident 83230225  
 Fuerza MC Grado SP-01 Edad 42 Oficio \_\_\_\_\_  
 Remite MC Motivo de consulta Uo

ANTECEDENTES OTOLOGICOS

AUDIOMETRIAS ANTERIORES	EA	MES	AÑO	RESULTADO
¿CREE QUE OYE BIEN	SI	NO	DESDE CUANDO?	
OYE MEJOR POR UN OÍDO QUE POR EL OTRO	SI	NO	POR CUAL?	<u>OD</u>
LE MOLESTA EL RUIDO INTENSO	SI	NO	OYE PITOS O ZUMBIDOS	SI NO <u>Blutal</u>
TRAUMAS EN EL OÍDO	SI	NO	EXPLIQUE	<u>Explosiones</u>
EXPOSICIÓN CONTINUA A RUIDOS INTENSOS	SI	NO	EXPLIQUE	
CIRUGÍAS DE OÍDO	SI	NO	CUALES	
CUERPOS EXT. EN CAE	SI	NO		
SINTOMAS OTICOS			DOLOR	SUPURACIÓN
MAREOS	SI	NO	EXPLIQUE	PRUPITO
AFICCIONES (DEPORTES O PASATIEMPOS RUIDOSOS)				
FAMILIARES CON DIFICULTADES AUDITIVAS				

IMPRESOS MEFOPANO CAJ 371 534 TEL: 422371-1000

ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES

MENINGITIS	SI	NO	SARAMPION	SI	NO	RUBEOLA	SI	NO
PAROTIDITIS	SI	NO	MARIPILA	SI	NO	SIFILES	SI	NO
HTA	SI	NO	TBC	SI	NO	DIABETES	SI	NO
PARALISIS FACIAL	SI	NO	TET	SI	NO	OBSERVACIONES		

HISTORIA OCUPACIONAL (RUIDO)

OCUPACIÓN	TIEMPO
EXPOSICIÓN A RUIDO	SI NO
TIPO DE PROTECCIÓN	UTILIZA PROTECCIÓN AUDITIVA
	SI NO

VALORACIÓN AUDIOLOGIA

OTOSCOPIA

OD

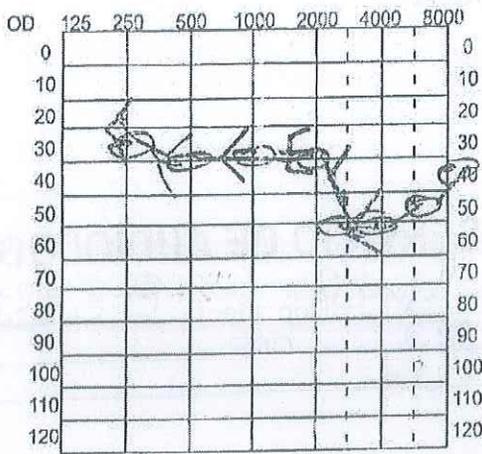
PABELLON
CAE
MIT

OI

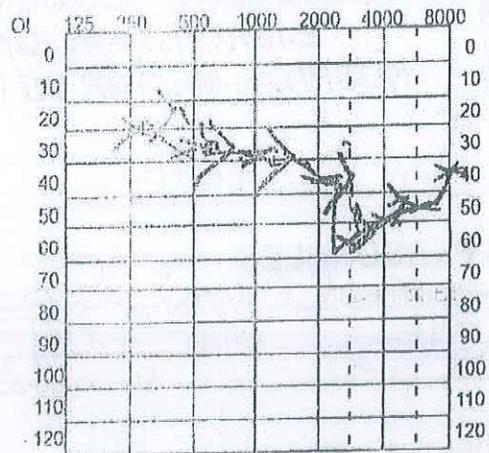
PABELLON
CAE
MT

LIMPIEZA CAE	SI
	NO

REPOSO ANTES DE LA AUDIOMETRIA	SI
	NO



Promedio 30 db

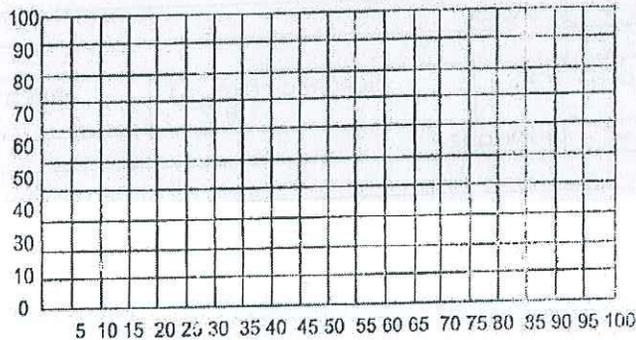


Promedio 30 db

**WEBER AUDIOMETRICO**

	250	500	1000	2000	3000	4000	
OD							OI

**LOGO AUDIOMETRIA**



**INTELIGIBILIDAD**

OD \_\_\_\_\_ DB \_\_\_\_\_

OI \_\_\_\_\_ DB \_\_\_\_\_

**DISCRIMINACIÓN**

OD \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ DB

OI \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ DB

**DIAGNOSTICO AUDIOLÓGICO**

Hipercosis leve superior a 2 del supra  
 supra PTA en los canales "aprox" de  
 15-20 db

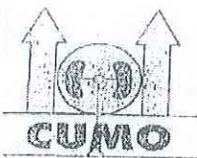
**OBSERVACIONES**

2014-08-19-012  
 Paciente con pérdida tipo Tronco  
 consisten en 15. Escucha funcional  
 conservada. Este paciente no requiere  
 audifonos. Puntos de audición funcion-  
 al en 15 db. Promedio como se ve hoy.  
 IDT Tronco alveolar ocupado  
 no audición funcional

*[Handwritten signature]*  
 Clínica

*[Handwritten signature]*  
 Boqueron  
 Audiología  
 y Otorrinolaringología  
 1997

FONOAUDIÓLOGA



Descripción: Proced. Diagnóstico  
COOPERATIVA DE UROLOGOS DEL META Y LA ORINOQUIA  
COOPERATIVA DE UROLOGOS DEL META Y LA ORINOQUIA

No Historia clínica: 83230225

Datos Personales

Identificación: 83230225      Fec. Nacimiento: 10/10/1965      Edad: 49 años 19 días  
Nombre: Orlando Sapui Villaruel      Sexo: Masculino  
Dirección: CLL 23B N° 9-36      Teléfono: 3212763309  
Ciudad: VILLAVICENCIO  
Entidad: Particulares

Datos del Procedimiento:

Fecha de Realización: miércoles, 29 de octubre de 2014      Hora Inicio: 10:45      Hora Finalización: 11:00  
Diagnóstico Inicial: N40X      Hiperplasia de la prostata  
Diagnóstico Final: N40X      Hiperplasia de la prostata

Procedimiento(s) realizado(s)

18703      Cistoscopia Diagnostica - SOAT

Profesional que Realizo el Procedimiento: FERNANDO LUQUE BAUTISTA

Anestesiólogo: local.

Asistente: no

Instrumentador: Astrid

Tipo anestesia: Local

Descripción del Procedimiento

Paciente que ingresa para uretrocistoscopia diagnóstica la cual se practica sin complicaciones con anestesia local, se entrega informe, se da tratamiento con ciprofloxacina y cita por c. externa de urología.

Informe:

A y A se coloca anestesia con xilocaina jalea, paso de uretrocistoscopio del 17 Fr con lente de 30 grados sin dificultad.

Uretra: normal

Próstata: obstructiva en un 100 % por lóbulos laterales y barra media prominente, distancia V-C: 2.5 cms

Vejiga: normal

Meatos: N/A

Trígono: N/A

OR: 20 c.c.

CV: 400 c.c.

TR: próstata de 30 grs blanda.

ID: SOB por próstata GI por lobulo medio prominente

Cta: Ciprofloxacina, RTUP, cita.

Luque.

Complicaciones: no

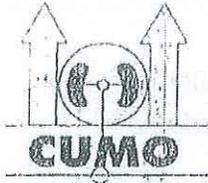
Tejidos para estudio Histopatológico: no

Dr. Fernando Luque Bautista  
Urología  
11808-83

FERNANDO LUQUE BAUTISTA

RM 1180883

ANEXO N° 20



## COOPERATIVA DE UROLOGOS DEL META Y LA ORINOQUIA

Historia N° 83230225 Tipo identificación C  
Paciente Orlando Sapui Villaruel Edad 49 años 25 días  
Direccion CLL 23B N° 9-36 Telefono 321276330  
Entidad Particulares Fecha miércoles, 5 de noviembre de 2014 18:51

**Enfermedad Actual**

Paciente con síndrome de lóbulo medio prostático comprobado por cistoscopia que muestra el crecimiento y el grado de obstrucción, en vista de la edad del paciente se inicia tratamiento médico para diferir la cirugía, pero si no mejora se hará el procedimiento, se receta Tamsulosina/dutasteride cita en tres meses

**Formulación**

Tamsulosina/Dutasteride Tabletas 0.4/0.5 mg 3 mes(es)

**Procedimientos Solicitados**

890302 Consulta de control o seguimiento por medicina especializada

**Diagnóstico** N40X Hiperplasia de la prostata

**Conclusiones y plan de manejo**  
cita

FERNANDO LIQUE BAUTISTA  
RM. 1180883

ANEXO MV 21

22

26

HOSPITAL MILITAR DE URGENCIAS - 13/01/2015 08:45

ORLANDO SAPUY HC: 83230225 EDAD: 49 AÑOS PENS

MC " ME ARDE ORINAR "

EA: PACIENTE DE 49 AÑOS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 10 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRESENCIA DE SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS DADOS POR DISURIA, POLIAQUIURIA, PUJO Y TENESMO, ASI MISMO REFIERE QUE PRESENTA SENSACION DE INCOTINENCIA , NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA .

ANTECEDENTES: PAT HIPERTROFIA PROSTATICA ALERGICOS : NIEGA , FARMACOLOGICOS NIEGA , QX: PROSTATECTOMIA, OSTEOSINTESIS DE TIBIA IZQUIERDA, HERNIORRAFIA UMBILICA.

EXAMEN FISICO : PACIENTE ALERTA, ACTIVO, ORIENTADO SV: TA: 110/70 FC: 85 FR: 17 T : 36.5 SAT02: 95 % ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE CON PRESENCIA DE ERITEMA, PERO SIN PRESENCIA DE PLACAS CUELLO MOVIL SIN PRESENCIA DE MASAS O MEGALIAS, TORAX: NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN PRESENCIA DE SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREGREGADOS, ABDOMEN : PRESENCIA DE RS HIDROAEREOS CONSERVADOS SIN PRESENCIA DE DOLOR ABOMINAL A LA PALPACION SUPERFICIAL O PROFUNDA, , SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, PUÑO PERCUSION NEGATIVA EXTREMIDADES SIN PRESENCIA DE EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES, NEURO: ACTIVA, ORIENTADO, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO.

ANALISIS : PACIENTE DE 42 AÑOS QUIEN SE ENCUENTRA CURSANDO CON SINTOMAS SUGESTIVOS DE INFECCION DE VIAS URINARIAS, EN EL MOMENTO CON DISNURIA, POLIAQUIURIA, PUJO Y TENESMO VESICAL, SIN PICOS FEBRILES , SE CONSIDERA SOLICITAR HEMOGRAMA , PARCIAL MAS GRAM DE ORINA, CREATININA Y BUN CON LO QUE SE REEVALORARA NUEAMENTE PACIENTE , SE LE EXPLICA REFIRIENDO ENTENDER Y ACEPTAR.

IDX: SOSPECHA DE IVU

PLAN : SS HEMOGRAMA , PARCIAL MAS GRAM DE ORINA, FUNCION RENAL. REEVALORACION CON RESULTADOS

11+50 FUNCION RENAL BUN : 10.8 CREATININA : 0.99 HEMOGRAMA : HB : 16 HTO : 46 L : 6.5 N : 48 % PLAQUETAS : 170.000 PARCIAL DE ORINA NO SUGESTIVO DE IVU

SE CONSIDERA PACIENTE CON HEMOGRAMA Y PARCIAL DE ORINA DENTRO DE PARAMETROS NORMALES , SE DESCARTA POSIBLE INFECCION DE VIAS URINARIAS, PACIENTE REFIERE QUE NO ALCANZA A ESPERAR REEVALROACION, SE LE ENTREGAN REPORTE DE LABORATORIOS PARA QUE LOS LLEVE A CONTROL CON UROLOGIA POR CONSULTA EXTERNA,

*Handwritten signature*  
Juan S. [illegible]  
Médico [illegible]  
[illegible]  
[illegible]



Rama Judicial del Poder Público  
Tribunal Contencioso Administrativo del Meta  
Villavicencio- Meta  
Ejecutiva

VILLAVICENCIO, ENERO 21 DE 2015

**TUTELA  
URGENTE**

Señor  
ORLANDO SAPUY VILLARUEL  
ACCIONANTE  
CARRERA 23B No. 9-36 BARRIO LA ROSITA  
TELEFONO: 6674934 - 3212763309  
VILLAVICENCIO (META)

ASUNTO:	PROCESO No. 500012333000-2014-00421-00/R1. ACCIÓN DE TUTELA
ACCIONANTE:	ORLANDO SAPUY VILLARUEL
ACCIONADO:	MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL- DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR NACIONAL - HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

0077. EN CUMPLIMIENTO A LO ORDENADO MEDIANTE PROVIDENCIA CALEDADA VEINTE (20) DE ENERO DEL CORRIENTE AÑO, PROFERIDA DENTRO DE LA ACCIÓN DE TUTELA DE ORLANDO SAPUY VILLARUEL CONTRA EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-DIRECCIÓN DE SANIDAD MILITAR NACIONAL – HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE, ATENTAMENTE ME PERMITO NOTIFICAR QUE ESTA CORPORACIÓN DISPUSO:

*"PRIMERO: TUTELANSE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA SALUD Y A LA VIDA EN CONDICIONES DIGNAS DE ORLANDO SAPUY GONZALEZ, VULNERADOS POR LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO NACIONAL Y EL HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE, DE CONFORMIDAD CON LAS RAZONES EXPUESTAS EN LA PARTE MOTIVA DE ESTA SENTENCIA.*

*SEGUNDO: ORDÉNESE AL DIRECTOR DE SANIDAD DEL EJÉRCITO NACIONAL Y AL DIRECTOR DEL HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE, QUE EN EL TÉRMINO DE CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SIGUIENTES A LA NOTIFICACIÓN DE ESTE FALLO, SUMINISTRE EL SERVICIO DE SALUD DE MANERA INTEGRAL AL SEÑOR ORLANDO SAPUY VILLARUEL DE ACUERDO CON LA PATOLOGÍA QUE PADECE, PROPORCIONANDO TODOS LOS MEDICAMENTOS, AUTORIZANDO LOS EXÁMENES ORDENADOS POR EL ESPECIALISTA TRATANTE, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN CASO DE SER NECESARIOS, INCLUYENDO LAS CÍAS MÉDICAS CON EL URÓLOGO, TODO DE MANERA OPORTUNA, SIN INTERESAR QUE SEAN O NO DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.*

*TERCERO: NOTIFÍQUESE A LAS PARTES, HACIÉNDOSELES SABER, QUE CONTRA ESTA PROVIDENCIA PROCEDE SU IMPUGNACIÓN ANTE EL H. CONSEJO DE ESTADO, Y QUE NO DEBE HACERSE USO DE ESTE RECURSO, LAS DILIGENCIAS SERÁN REMITIDAS A LA H. CORTE CONSTITUCIONAL PARA LA EVENTUAL REVISIÓN DEL FALLO."*

CORDIALMENTE.

VICTOR ALFONSO PUERTO GARCÍA  
SECRETARIO

Carrera 49 No. 25 B-29 Paludo en Ciudad Nueva 300000000  
Teléfono: 6674934 fax: 3212763309 Villavicencio - Meta  
agencia de la Procuraduría General de la Nación

NO. PLANILLA	_____
FECHA	_____

HOSPITAL GARCÍA DE ORTIZ  
CONSULTA EXTERNA

FECHA: 16.02.2015  
NOMBRE: Octavio Lopez  
N.C.: 83230225  
Dx: F639

16.02.2015 Puntos de vista de F639  
que en momentos que pasara a la  
retina por horas inicia a presentar  
condiciones impulsivas, irritables  
y agresivas que se ven reflejadas  
a través de conductas de riesgo  
y dificultades en el ámbito  
laboral debido a la falta de  
irritabilidad objetiva por motivos  
de índole social, irritable y  
otras manifestaciones persistentes  
logos, alucinaciones, telepatía  
Intervención y prescripción sobre  
Atenuadamente con tratamiento de  
control de impulsos por  
Carbamazepina 200mg cada  
8 horas y 50mg de  
control en 1 mes

  
Rafael Arso Pérez  
Médico Psiquiatra  
F. 4-98499-97

# HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

## HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



76

### INFORMACION DEL PACIENTE

<b>DOCUMENTO O NUMERO</b>		<b>PACIENTES</b>			<b>EDAD</b>
CC 83230225		ORLANDO SAPUY VILLAVUEL			47A
<b>FUERZA</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>GRADO</b>	<b>USUARIO</b>	<b>PARENTESCO</b>	
EJERCITO NA	HOMIO	PENSI	PENSIONADO	COTIZANTE	
<b>MEDICO</b>			ANA LUCIA RODAS		

*Handwritten signature*

<b>ATENCION</b>	
<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>
05/01/2015	6:56

TRIAGE 4

**MOTIVO CONSULTA** SECRECION POR PENE DE COLOR AMARILLO

**CAUSA EXTER** 13 ENFERMEDAD GENERAL

**ENFERMEDAD ACTUAL** Presenta desde el 31/12/14 cuadro de dolor en region pelvica que se relaciona a dificultades para la miccion y reciente cateterismo vesical el cual tiene desde entonces. Niega fiebre. Se el dio manejo con tamsulozina y desde el 04/01/15 inicia con dolor tipo punzada con secrecion purulenta por el meato urinario.

**PRECEDENTE PRESENTES** Patológico: Hipertrofia prostatica en tamsulozina 0.4 mg dia Quirúrgico: Herniorrafia umbilical Alérgicos: Niega Traumatológicos: Fiebre y perone Hospitalización: Trauma pierna Transfusioanales: Niega Familiares: Niega

**REVISION POR SISTEMAS** Niega

**EXAMEN FISICO**

PESO: 70 FC: 78 FR: 14 TA: 120/74 OXI: 98 TEMP: 36.5

Paciente quien se encuentra alerta consciente, sin esfuerzo respiratorio Afebril en el momento de la revision OLR sin alteraciones C/P rscrs si soplos rscrs sin agregados pulmonares Abdomen blando depresible sin irritacion peritoneal No realizao TR Se observa a nivel urinario sonda vesical sin secrecion en el momento LE cistoflow se observa rina coturica Resol normal

**PATOLOGIA 1** N410 PROSTATITIS AGUDA

**PATOLOGIA 2**

Paciente quien cursa con cuadro clinico consistente en prostatitis, decido enviar paraclnicos y descartar cuadro infeccion severo De acuerdo a este reporte definir inicio de ATB S/S Hemograma/ Uroanalysis / Urocultivos Reclaracion

**TIPO DX** Nuevo Confirmado **ESTADO FINA** VIVO **CONDUCTA** DE ALTA

**FECHA SALIDA** 05/01/2015 **HORA SALIDA** 7:13:13 **ESTADO CONSULTA** ATENDIDO

HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE  
HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



4

INFORMACION DEL PACIENTE

APellidos	ORLANDO SAPUY VILLAVUEL		EDAD	47 A
UNIDAD	GRADO	USUARIO	PARENTESCO	
HOMIO	PENSI	PENSIONADO	COTIZANTE	
MEDICO		ANA LUCIA RODAS		

Sl

ATENCION

FECHA	HORA
05/01/2015	6:56

TRIAGE

4

MOTIVO CONSULTA

SECRECION POR PENE DE COLOR AMARILLO

CAUSA EXTER

13 ENFERMEDAD GENERAL

ENFERMEDAD ACTUAL

Presenta desde el 31/12/14 cuadro de dolor en region pelvica que se relaciona a dificultades para la miccion y necisto cateterismo vesical el cual tiene desde entonces. Niega fiebre. Se el dio manejo con tamsulozina y desde el 04/01/15 inicia con dolor tipo punzada cn secrecion purulenta por el meto urinario.

ANTECEDENTES PRESENTES

Patológico: Hipertrofia prostatica en tamsulozina 0.4 mg dia Quirúrgico: Herniorrafia umbilical Alérgicos: Niega Traumatológicos: Fiebre y perone Hospitalización: Trauma pierna Transfusioanales: Niega Familiares: Niega

REVISION POR SISTEMAS

Niega

EXAMEN FISICO

PESO: 80 FC: 78 FR: 14 TA: 120/74 OXI: 98 TEMP: 36.5

Paciente quien se encuentra alerta consciente, sin esfuerzo respiratorio Afebril en el momento de la revision  
OLR sin alteraciones  
C/P rscrs si soplos rscrs sin agregados pulmonres  
Abdomen blando depresible sin irritacion peritoneal No realizao TR Se observa a nivel urinario sonda vesical sin secrecion en el momento LE cistoflow se observa rina colorica  
Resot normal

PATOLOGIA 1

N410 PROSTATITIS AGUDA

PATOLOGIA 2

Paciente quien cursa con cuadro clinico consistente en prostatitis, decido enviar paraclnicos y descartar cuadro infeccion severo., De acuerdo a este reporte definire inicio de ATB  
S/S Hemograma/ Uroanalis / Urocultivos  
Reclaracion

TIPO DX

Nuevo Confirmado

ESTADO FINA

VIVO

CONDUCTA

DE ALTA

FECHA SALIDA

05/01/2015

HORA SALIDA

7:13:13

ESTADO CONSULTA

ATENDIDO



FECHA

SIRVASE FIRMAR Y/O SELLAR LEGIBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA

11/05/15. Paciente ingreso a fisioterapia con dolor subar 810 CAV, presenta sobre peso, mala higiene postural, espasmos paravertebrales se empieza con terapia sedativa calor húmedo, masaje, percutor, Crioterapia

*[Signature]*  
FISIOTERAPEUTA

12 mayo 15. Se realiza terapia sedativa con calor húmedo, electroestimulación, masaje, percutor

*[Signature]*  
FISIOTERAPEUTA

13 mayo 15. Se realiza terapia sedativa con calor húmedo, ultrasonido x 7 minutos, masaje, estruendo Crioterapia

*[Signature]*  
FISIOTERAPEUTA

14 mayo 15. Se Realiza terapia con calor húmedo percutor, tens, Crioterapia

*[Signature]*  
FISIOTERAPEUTA

15 mayo 15. Se realiza terapia sedativa con masaje, electroestimulación, percutor, Crioterapia, estruendo a tolerancia

*[Signature]*  
FISIOTERAPEUTA

10 JUN 2015 UROLOGIA 1º VIZ.

REFIERE ANTECEDENTE DE HIAS EN HO MEDICO CON TAMBULOSINA. (NO TOLERO EL DUOMAT)

PSA: MAYO 2015: 1,78.

ECO ABDOMEN total: RÍONES NORMALES, Prostata

35cc. cistoscopia: HIPERTROFIA DEL cuello

VEDICAL. Prostata tuberculosa PARS I.C.E.

PSA FEB 2015: 3,47. AZÚCARES NORMALES.

TR: YA REALIZADO x UROLOGO ONCOLOGO en tuba.

El continúan TAMBULOSINA

VIA A EXPLORAR LA OPCION DE LA SEN VERDE.

MIGUEL PARRADO A.  
UROLOGO - R.M. 50398

*[Signature]*

Villavicencio, 20/02/2013

Señores  
JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ  
REGIONAL META  
Villavicencio

Asunto: Constancia

Con la presente informo que la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral NO es para adelantar trámites ante las entidades de seguridad social (Administradora de fondo de pensiones o Administradora de Riesgos Laborales) o empleador.

De igual forma dejo constancia que no he presentado mi caso ante ninguna otra junta por el mismo motivo y causa.

Lo anterior con conformidad con el decreto 1352 de 2013

Cordialmente,

Wladimir Emy  
CC. 83230224

73

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CÉCULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 83.230.225  
SAPUY VILLARRUEL  
APellidos  
CHILANEO  
Estrato

  
Firma



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR  
REGULADA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

**CARNE DE SERVICIOS DE SALUD**

No. C 83230225 EDC  
SP Retirado:  
**ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**  
Unidad de Atención: 4012 HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE  
Usuario: 04 Discapacidad: Ninguna  
Afiliación: Jun .1 1991 Vence: INDEFINIDO

Control



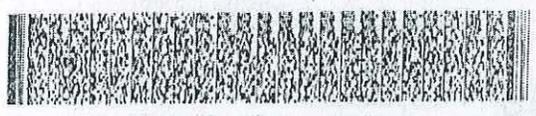
FECHA DE NACIMIENTO: 10-OCT-1965  
TIMANA (HUILA)  
EDAD DE NACIMIENTO: 1.72 A+ M  
ESTADIA: FCS DU SEXO

05-DIC-1983 TIMANA  
FECHA Y LUGAR DE EXPEO CION  
REGISTRADO NACIONAL  
CARNE DE SERVICIOS DE SALUD

A12109755  
ESTE CARNE ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Documento válido para uso Servicios Salud F.F.M. Según lo establecido al Decreto 1795 de 2000 y demás normas concordantes. Debe presentar Documento de Identidad y se debe verificar que el afiliado esté activo en el sistema. En caso de pérdida por favor informar a la respectiva Dirección de Sanidad Militar en el término de 48 horas. Si este carne es encontrado por favor informar al PBX. 3 23 85 55. Fax: 565 79 77 de BOGOTA. Línea gratuita 01 8000 111 335

[www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co](http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co)



A 1900150 00 120050 M 080022025 20001110 0005489-0A 2 141082255

2015 11/12 Psicología (Santitas)

N: Orlando Sepúlveda Villanuel Edad: 46 a.  
CC: 83 230 221

Psicólogo de 46 años. N. Timone (Huelmo)  
Psicólogo Villarrico Separado (hacia 6 meses)  
3 hijos. (207; 16 ♂; 13 ♀). 7 ♂. Vive  
actualmente solo. Segundo primario (Ames 2 años)

Historia: Psicólogo profesor ciego de 1 año  
↓ evolución de Insomnio Conciliación. con  
pesadillas repetitivas en combate. en frecuencia  
Inestabilidad con poco control de los  
impulsos. Abuso en alcohol, ansiedad, tendencia  
al aislamiento. Ideas de muerte sin  
ideación suicida. Psicosis y abuso de  
↓ heterosexión.

Antecedentes: Hecho en pie después hacia 20.

Examen físico: psicólogo ciego ciego  
Orejas obstruidas lúcido opaco distancia  
Respiración normal hipotónico interplejico  
Pulso lento conservado

IX (1). Testeado Adaptativo o  
Nivel de vida Militar.

OT (1). Venlafaxina 75 mg (1-0-0)  
(1) Clonazepam 1 mg (0-0-1)  
(1) C / 1/2

Centro de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica  
Sistema de Información de Salud  
1976-92  
Sandra Román

9-04-13

Orthoped.

It's an Osteoarthritis of the  
right, actual/old.

Phys. exam normal. No tenderness.  
12/12/12: tonsils - mild redness

6/12: severe arthritis, no more tenderness  
left of the knee

Dx: Arthritis post-traumatic. Right

Place: RMO  
over

~~DR. AMY J. HARRIS, M.D.  
Orthopedic Surgeon  
1000 W. 10th St.  
S.E. WAHIA, HI 96751~~



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

No. HISTORIA 83230225

1er. APELLIDO CANA	2do. APELLIDO	NOMBRE COLMANO	
SERVICIO G	SALA O CUARTO	CAMA	
FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA		
C. USA			

M	47	S	C	V	UL	MEJOR
SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL				

**EVOLUCIÓN**

FECHA	SIRVASE FIRMAR Y/O SELLAR LEGIBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
	REPORT Rx Colony Limpogera
Sept 15 2013 7:20am	EVIDENCIA de cambios condrogos Lt Lg. TECNOGRAFIA. EVIDENCIA de MOVIMIENTOS MEDIANOS del ANILLO fibroso Posterior sin BIDS COMPRESIVOS. No signos de PROLAPSO. R NIVEL Lt Lg. PLAN S. Explora HALLAZGOS de PE. Se describen condiciones de CONDICION RADICULAR. Se indican hallazgos de VIDA SINDROME. EVIDENCIA de IMPACTO. OPTIMIZANDO Puntos. AS con Molestias por OROPEDIA.
Sept 30 2013 9:00am	MC Control Prostatitis FAR de CON ANESTESIA de PROSTATISMO ENTUBERONADO de URTERO. CON DOXAZOSINA Comp. 4m 1 c/1h Actualmente SIN EVIDENCIA EN HC A TOMA de IRA ultras 2 veces proximo MTS, con de control de URTERO Se observa PSY. - ED. Oculm. P/control de URTERO

FECHA

SIRVASE FIRMAR Y/O SELLAR LEGIBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA

10/08

M. Contr. a Shannon DTL

Tramite Contratos DE

Analisis financiero por comercio

No requiere por el momento adoptar

Ampliaciones





No. HISTORIA 83230225

1er. APELLIDO Japoy	2do. APELLIDO	NOMBRE ORLANDO	
SERVICIO	SALA O CUARTO	CAMA	
FECHA ENTRADA	FECHA SALIDA		
CAUSA			

M	AA	S	E	V	UL	MEJOR
SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL				

### EVOLUCIÓN

DEBESE FIRMAR Y/O SELLAR LEGÍTIMAMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA

FECHA  
21-04-16  
08:00

MCS "Exámenes"  
En Paciente asiste solicitando practicas, ha  
curiosidad.  
Revisión por Sistemas (-).  
Examen físico: Alerta - hidratado.  
R: TA: 116/80 FC: 90 RR: 20  
C/C: normocefalo, pupilas Reactivas, H2O2  
C/P: RC: 200 pulmones, no supur. R2E bien ventilados.  
Abdomen: blando, no doloroso, no masas.  
Extremidades: entropicas, no edemas.  
Neurologico: sin deficit  
EKG: ( ) 2000  
P H (+) Hemograma: perfil lipídico - normal  
TSA - Glucosa en suero.

Dr. Jorge William Moreno S.  
MÉDICO GENERALISTA  
ESPECIALISTA SALUD COMUNITARIA  
C.C. 3152

26/04/16  
10:00

paciente que fue parte de practicas del programa más  
Meyel OPS Glucosa 90 Creat. 0.46 Colesterol total 205  
HDL 76 TG 3.11 VLDL 24 LDL 105 CHL 540  
175.9 14.96 P H 759 Na 507 K+ 3.7.  
Aspirado 0.32 unidades normal  
Antecedentes médicos: historia previa de hemorragia cerebral y  
E.T. TBC y peritonitis, laser verde TAC-Alexis (-)  
Examen BUD - TA 116/80 FC 90 RR 19 R2E 20 T 128  
de nueva analizada c/p R2E no supur. R2E  
agrupados del no doloroso ext. no edemas

FECHA

SIRVASE FIRMAR Y/O SELLAR LEGIBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA

neu / sr deest

17X Dolipidona mult  
Sediposo

actual x... D... b... g...

Yeny A. Saldaña

REG 1m90 U DEC

val x...

01-06-2011

14-06-16

ore

primario...

de... ore

Hipocrecencia de Tronco acústico

protoplasma - OAE estucho, Dexam...

con... ore

Resta ORE Ore

Otras...

ID...

Tronco acústico

La programación fisiológica

Dr. Susana...



# HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS



## INFORMACION DEL PACIENTE

DOCUMENTO NUMERO	PACIENTES	EDAD
CC 83230225	ORLANDO SAPUY VILLAVUEL	47 A
FUERZA	UNIDAD	GRADO
EJERCITO NA	HOMIO	PENSI
USUARIO	PENSIONADO	PARENTESCO
COTIZANTE		

## ATENCION

FECHA	HORA
09/09/2015	18:37

TRIAGE  
4

MEDICO ADRIAN YESID MENDEZ SANCHEZ

## MOTIVO CONSULTA

CONSULTO POR CONSULTA EXT. Y OBTENIEN LABORATORIOS POR DOLOR AL URINAR, ESPESO Y COMO CHOCOLATE. TRAE REPORTES DE LABORATORIO TA 100/80 FC 95 T 36.6 SPO2 95%

CAUSA EXTER ENFERMEDAD GENERAL

GESTANTE: NO APLICA

## ENFERMEDAD ACTUAL

ASISTE CON REPORTES DE LABORATORIO DE LA C EXTERNA, HEMOGRAMA NORMAL, GLUCOSA, BUN, CREATININA NORMALES. PSA: 1.14. UROANALISIS CON INFECCION URINARIA Y HEMATURIA

## ANTECEDENTE PRESENTES

PROSTATECTOMIA TU HACE +/- 1 MES. HERNIORRAFIA UMBILICAL.

## REVISION FISICA

BIEN.

## EXAMEN FISICO

PESO . FC: 87 FR: 20 TA: 120/80 OXI: 99 TEMP: 36.6  
 BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, BIEN HIDRATADO, ACTIVO, REACTIVO, COLABORADOR. TRANQUILO.  
 TORAX SIMETRICO, NO HAY SDR. RSCS RITMICOS, SIN SOPLOS. RSRs LIMPIOS, NO HAY AGREGADOS, BIEN VENTILADO.  
 ABDOMEN BLANDO, RSIS NORMALES, NO DOLOR, NO HAY MASAS NI MEGALIAS, NO HAY SIP. GIORDANO NEGATIVO.  
 EXTREMIDADES EUTROFICAS, EUPERFUNDIDAS, NO EDEMAS, MOVILIZA BIEN LAS 4 EXTREMIDADES.  
 PIEL SIN LESIONES, NO HAY SIGNOS PATOLOGICOS.  
 SIN DEFICIT NEUROLOGICO, NO HAY SIGNOS DE FOCAL ZACION, NO HAY REFLEJOS PATOLOGICOS, GLASGOW 15/15

## PATOLOGIA 1

N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

## PATOLOGIA 2

PL

SALIDA.  
 CIPROFLOXACINO 500 mg VO CADA 12 HORAS X 10 DIAS.  
 AC ASCORBICO 500 mg VO CADA 8 HORAS.  
 MELOXICAM 7.5 mg VO CADA 8 HORAS.  
 SS: UROCULTIVO ABGRAMA AHORA MISMO.  
 CONTROL EN LA C EXTERNA CON REPORTES.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO  FORMA REALIZACION ACTO QUIRURGICO

FINALIDAD

AMBITO:

CUPS\_1: 890701 CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL

CUPS\_2:

CUPS\_3:

CUPS\_4:



FECHA

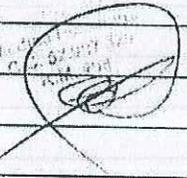
SIRVASE FIRMAR Y/O SELLAR LEGALMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA

Control Rn uolaga 29/10/15 Pasa debe  
 Nuevo laboratorio de control nueva hemodinamia  
 Probe  
 Exame Fisiol  
 TR 110/70 R-26 T36 conciencia alertas  
 Cuello mojado Tórax Ruidos broncales normales  
 RCP sin SPO abdominal llaves de Bessels  
 BA eufórico

Plan  
 con Examen de conciencia  
 Plan G Chest X-ray, P de oxigeno, IS, control  
 - Oxigeno a las 10:00 en dia

profly

11-11-2015 Reporte AX-01633 El paciente queda en  
 momentos de la valoración cuando que  
 la este con consciencia de saber  
 de sus datos y objetivos pero en estado  
 aparente afecto por el estado de  
 fondo con elementos de ansiedad  
 presentando, etc, a las 11:00 con  
 control con Veno fija 75mg (1-0-0)  
 Carbamazepa 200mg (1-0-1) = 88 / pruebas  
 Neuropsicologicas

11/11/15  


80

11-11-2015 Reporte AX-01633 El paciente con  
 de estado de conciencia  
 con Veno fija 75mg (1-0-0)  
 Carbamazepa 200mg (1-0-1) = 88 / pruebas  
 Neuropsicologicas



Hospital Militar  
de Oriente



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

No. HISTORIA

1er. APELLIDO <i>Sapuy</i>	2er. APELLIDO	NOMBRE <i>Orlando</i>	
SERVICIO		SALA O CUARTO	CAMA
FECHA ENTRADA		FECHA SALIDA	
CAUSA		<i>83730225</i>	

		S	C	V	UL	MENOR
SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL				

### EVOLUCIÓN

FECHA	SIRVASE FIRMAR Y/O SELLAR LEGÍBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
<i>Agosto 28/2015</i>	<i>OPTOMETRICA</i>
<i>12:00.</i>	<i>Edad: 49 años</i>
	<i>Notas de cerca</i>
	<i>AM de lejos → 20° 25'</i>
	<i>OE → 20/25'</i>
	<i>Cerca → AO: 2M.</i>
	<i>Fondo Ocular → Medios</i>
	<i>Transparentes AO:</i>
	<i>Refraacción: AO → +0.50 sph</i>
	<i>Add: 1.75</i>
	<i>Presbiopia H524.</i>
	<i>[Firma]</i>





1798



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL  
DIRECCIÓN DE SANIDAD

ECM: \_\_\_\_\_

HOJA DE EVOLUCIÓN

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CAMA: \_\_\_\_\_

Etad: 50

2. Primer Apellido Sapiy	Segundo Apellido	Nombres Orlando	3. No. de Historia 83230045
-----------------------------	------------------	--------------------	--------------------------------

4. Fecha y Hora	5. EVOLUCIÓN
19-09-2011	<p>Indx. D. POGG</p> <p>Síndrome espinal presomático con parálisis de miembros inferiores, el cual se inició de forma insidiosa en la noche de ayer, afectando por miembros inferiores, dolor, ardor, molestias, con pérdida de sensibilidad y sin incontinencia urinaria o fecal.</p> <p>Ex: S. P. - pruebas de laboratorio y examen con hemograma, sedimento urinario (0-1/2) - Hb 12.0 g/dl (11-16) - resto normal.</p>
04-11-16 09:30	<p>pac: "Gripa"</p> <p>En paciente refiere cuadro clínico de TI - 4 días de evolución caracterizado por fiebre, mialgias, rinitis, secreción nasal.</p> <p>Examen físico: Alerta - bien hidratado.</p> <p>Sin taquicardia, FC 100. T2: 36.5. P: 90/60.</p> <p>CC: Abundante, ruidos crepitantes.</p> <p>CP: R2: R2: no soplos. R2: sin ruidos.</p>





ESM: \_\_\_\_\_

### HOJA DE EVOLUCIÓN

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CAMA: \_\_\_\_\_

Supuy		Orlando	93230225
2. Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	3. No. de Historia

4. Fecha y Hora	5. EVOLUCIÓN
10-11-16.	<p>Atc: "Pipore"</p> <p>Resaca de chum y alcohol.</p> <p>Por temas de salud de la familia.</p> <p>Ingesta de alcohol. Hay</p> <p>ambrosia.</p> <p>Examen físico. Datos = Indistinto.</p> <p>Su: 140/90 - Fc: 90 - Fr: 16x'</p> <p>Ci: Normal.</p> <p>Cp: 200 - 200, no hay 200</p> <p>por un lado.</p> <p>apenas: plomo, no otros.</p> <p>Intoxicación: Fomegas, no otros.</p> <p>Mucosa: sin color.</p> <p>Ido: 1459</p> <p>Pi: 1459 = PPA con Dr. José</p>
21-11-16	<p>ORL</p> <p>Tras el examen de la boca se observa</p> <p>el paladar rojo y resaca de la</p> <p>parte del OML sin color en</p> <p>la parte de la parte.</p> <p>En otros temas por que</p> <p>profesora</p> <p>acuerda con Dr. José</p> <p>Orlando ORL</p>

POP:ATO 102-003

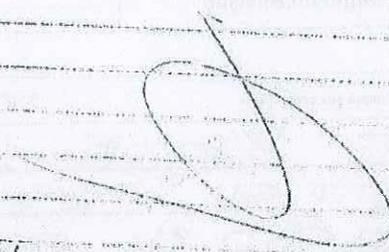
Responsable de Información en Sanidad Militar

MECEN: EGYE...

Dr. Orlando...

28/12/16

Dr. Gabriel  
RAI punto de control que  
se refiere a conducta que  
se refiere a ingreso y este  
pre referencia  
Dr. Capistrano  
Co. San Jorge



26-12-16  
16+40.

Consulta externa

Paciente masculino de 50 años de edad  
quien acude por antecedente de manejo  
por psiquiatría por otros trastornos mentales  
especificados debidos a lesión y disfunción  
cerebral y enfermedad física. Paciente solicita  
control por psiquiatría, refiere presentar  
sensación de mareo desde hace aproximadamente  
2 meses por lo cual consulta.

Paciente consciente, alerta quien al  
examen físico y a normocéfalo conjuntivas  
normocromicas: opi ASWR5 sin agregados.  
Abd: fis +, blando, depresible sin signos de  
irritación peritoneal ext: no edemas.  
Neuro: sevelaw patología de base?

- Idx: (1) Mareo Puzx  
(2) Trastorno mental especificado F068
- Plan: (1) SS CH, Glucemia, colesterol, TG.  
(2) SS Control por psiquiatría  
(3) Recomendaciones y signos de alarma

Dr. Catalina Aquirre M.  
MEDICINA GENERAL  
R.M. 00-15445



ESM: \_\_\_\_\_

### HOJA DE EVOLUCIÓN

#### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

CAMA: \_\_\_\_\_

<u>Sapay</u>	<u>Edel: 50</u>	<u>Ortiz</u>	<u>83235225</u>
2. Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	3. No. de Historia

4. Fecha y Hora	5. EVOLUCIÓN
<u>23.03.2016</u>	<p><u>Nota: Revisión - Urgencias -</u>  <u>Revisión de signos vitales de</u>  <u>paciente de enfermedades</u>  <u>que en los últimos días según</u>  <u>relato es dramáticamente</u>  <u>presentar disnea, cambios</u>  <u>bracos, de un brazo en</u>  <u>brake, sale a caminar, de que</u>  <u>se va a trabajar y este</u>  <u>se va a trabajar</u></p> <p><u>al experimentar un</u>  <u>resistencia por un elemento</u>  <u>destruido e inestable</u>  <u>control en los brazos</u>  <u>ociden algunos cambios</u>  <u>bracos, cambios</u>  <u>intelectuales y</u>  <u>los días y</u></p> <p><u>Por lo tanto: paciente con</u>  <u>destrucción de</u>  <u>de destrucción, cambios</u>  <u>bracos y</u>  <u>se debe considerar</u>  <u>intelectuales</u></p> <p><u>Por lo tanto: paciente</u>  <u>en otros aspectos</u></p>

FORMATO HQ-003

Ministerio de Información en Salud Pública

DIRECCION DE SANIDAD  
 MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
 DR. \_\_\_\_\_  
 23.03.2016

- ① Acido valproico 250mg / 6-1-12
- ② Risperidona 1mg / 6-1-12
- ③ Zentoro 400mg / 6-1-12

Nov 23/11  
10:12

Nota Excmo. Vicerrector  
 Presente con Tiro psuete agudo, que a su  
 lo acompañan Rafael Rodríguez (Am. y. Velasco)  
 quien en total facultad de sus adems,  
 referir exora al personal medio y interno  
 de esta institucion por los acciones que pueden  
 para una vez se retiran a voluntad de esta  
 institucion  
 Referir que lloran a uno VEH paradero

*Rafael Rodríguez*  
 Rafael Rodríguez  
 CC: 11.298.303

*Vilando Saiz*  
 Vilando Saiz  
 CC: 83230235

*Am. y. Velasco*  
 Am. y. Velasco  
 CC: 11.298.303



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJERCITO NACIONAL  
HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE

No. HISTORIA **8320275**

1er. APELLIDO <b>Sapij</b>	2er. APELLIDO <b>Vivarvel</b>	NOMBRE <b>Orlando</b>	
SERVICIO <b>C. Externos</b>		SALA O CUARTO	CAMA
FECHA ENTRADA		FECHA SALIDA	
CAUSA			

M	S	S	C	V	UL	MENOR
SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL				

### EVOLUCIÓN

FECHA	SIRVASE FIRMAR Y/O SELLAR LEGIBLEMENTE TODAS LAS ANOTACIONES QUE ESCRIBA
02.02.2013	<p>Revisión Historia Clínica</p> <p>Paciente de Signos de edad con historia de enfermedad mental que inicia posterior a su retiro del servicio ante presentando episodios disociados (conductas inapropiadas), conductas agresivas y tendencia a la irracionalidad total la cual inicia a aparecer en situaciones de riesgo por la cual consulta en el 2012 por primera vez egreso en el que fue medicado por una falencia leve de los niveles, evidencias levemente persistentes las alteraciones en el estado de ánimo de otros episodios recurrentes y deterioro en el estado de ánimo disociados en los que tuvo crisis y posteriormente se reanuda la medicación por lo cual al día siguiente en el 2012 incrementa tratamiento psicopatológico nuevamente y luego con apoyo en psicología, le realiza pruebas neuropsicológicas en las que se evidencian compromisos de memoria de trabajo y memoria a corto plazo, otras alteraciones en la atención la concentración y otros cognitivos moderados y buena degustación de alimentos</p> <p>Diagnóstico de inicio temprano</p> <p>① Síndrome Mental Agudo</p> <p>Aspectos: Por tal motivo el paciente no está en capacidad de autodeterminarse, estabilizarse, y no debe realizar operaciones financieras de ningún tipo, debe tener un total control</p>



Villavicencio, 25 de Enero de 2017

DISPENSARIO MÉDICO ORIENTE  
REGISTRO - AYUDANTÍA

Asunto: Solicitud Concepto

RECIBIDO POR Sr. Gchevica  
HORA 9:09

Señor Director  
**HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE**  
Ejército Nacional

Cordial saludo

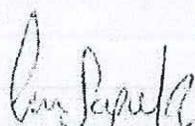
Yo LINA MARCELA SAPUY RUIZ, Identificada con el número de CC. 121.937.810 de Villavicencio (meta) solicito al Señor Coronel Director Hospital Militar de Oriente, autorice a quien corresponda el suministro del concepto medico de psiquiatria dado el tiempo de tratamiento y su evolución. a la fecha del SP @ ORLANDO SAPUY VILLARRUEL Identificado con el Numero de CC. 83.230.225 de TIMANA (Huila) en calidad de mi señor padre, con el fin de constituirlo como prueba ante la autoridad competente en manos de nuestro apoderado para desvirtuar la posible venta de un inmueble debido a que su condición mental lo inhabilita para adelantar este tipo de negocios.

He igualmente solicito copia de la historia médica para tener un soporte médico en caso de cualquier proceso que se adelante.

Sentimiento de gratitud y aprecio.

NOTIFICACION ala cara 23b No 9-36e barrio la rosita TL 3212763309/ 6674934

Cordialmente

  
STA. LINA MARCELA SAPUY RUIZ  
CC. 1213564057 1121937810

 2017

Dic 28 / 2016.  
10:20 AM.

SP/Ret.  
ORLANDO SAAJUY.  
Edad 61 años

10

OPTOMETRÍA

Presenta ↓ de A.V. en Visión  
cercana. Ardor ocular.

A.V. de lejos → OD 20/20

OS 20/20.

A.V. de Cerca → AO 2 M.

Fondo Ocular → Medios Transparentes

Examen Externo → Hipertensión AO  
conjuntival.

Refracción AO → +2.00 sph 20/20  
Visión Cercana.

Lubrificantes (systeme). H119.

H524

*Patricia Rueda*  
S.M.S.  
Optometra  
U. de la Salle

26-01-2017 no asistió

*Dra. Paula Cordero*  
Médico Psiquiatra  
C.C. 320  
R.M. 499

26-01-2017 Paciente no asistió en el día de hoy, existe un  
cambio en el registro de la evolución  
hoy a Amisipax 20mg una  
vez (diario), de igual manera se  
Neurología que estudia los síntomas de  
temor de la noche y los episodios de  
y otros signos por lo que  
necesita un seguimiento con el médico  
que ha demostrado que se debe  
de la evolución de la enfermedad.

*Dra. Paula Cordero*  
Médico Psiquiatra  
C.C. 320  
R.M. 499



HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
DIRECCIÓN GENERAL  
SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS DE SALUD  
JEFATURA PSICOLOGIA Y NEUROPSICOLOGIA

INFORME DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLOGICA

DATOS GENERALES

Nombre: Orlando Sapuy Villaruel	Edad: 51
Fecha de nacimiento: octubre 10 de 1965	Lugar de nacimiento: Timana - Huila
Nivel Educativo: Bachiller	Ocupación: Cesante
Documento: 83230225	Teléfono: 321 276 33 09
Valoración: Diciembre de 2016	Lateralidad: Diestro
Remitido por: Psiquiatría	Fecha de entrega del informe: Diciembre 2016

Historia clínica

Motivo de consulta: La hermana del paciente refiere que se le olvidan las cosas, siendo algunas veces incoherente en conversaciones, lo cual se presenta desde el año 2015.

Situación actual: El paciente asiste en compañía de su hermana, vive en la ciudad de Villavicencio con su hermana, tiene cuatro hijos se separó hace dos años de su esposa. El paciente se encuentra en tratamiento psiquiátrico hace un año por comportamiento irritable y agresivo. Patrón de sueño, alterado, la hermana refiere que se despierta en la noche, tiene pesadillas. Apetito, algunas veces no le provoca comer. Comportamiento, actualmente continua con comportamiento agresivo, rompe cosas, inquietud, ansiedad. En actividades básicas es independiente, en actividades instrumentales es semidependiente no sale solo, le suministran medicamentos, no hace uso de dinero.

ANTECEDENTES

Médicos: En tratamiento por Psiquiatría.

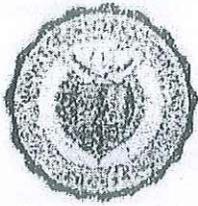
Traumáticos: Golpe en la cabeza.

Medicamentos: ácido valproico, risperidona.

Exámenes complementarios: NR

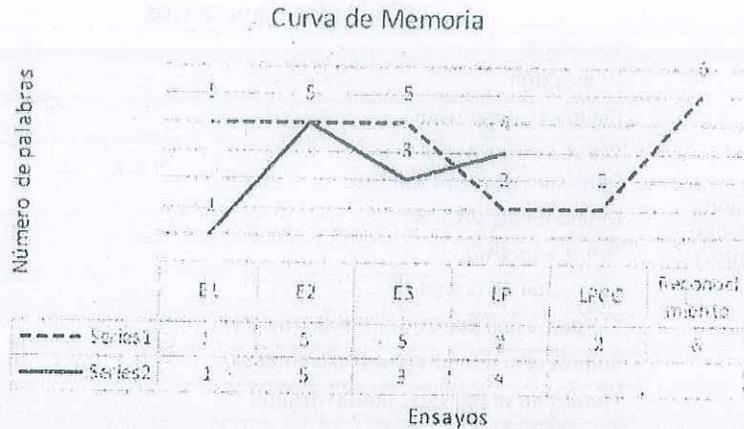
Antecedentes familiares: NR

Nuestro Reto: la Excelencia en Salud"  
Transversal 3ª N° 49-00  
Teléfono 3486868 Ext. 5036



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**DIRECCIÓN GENERAL**  
**SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS DE SALUD**  
**JEFATURA DE PSICOLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA**

**Memoria**



	Praxias Orolinguofaciales	Orden	Imitación	Clasificación
Praxias	Gesto Automático	10/10	10/10	Conservado
	Gesto Secuencial	10/10	10/10	Conservado
	Praxias Corporales (Ideacionales)	10/10	10/10	Conservado
	Praxias Corporales (Ideomotoras)	10/10	10/10	Conservado
Lenguaje	Denominación de Boston	40/60	--	Alterado
	Lectura	--	--	Conservado
	Escritura	--	--	Conservado

**Resultados cualitativos**

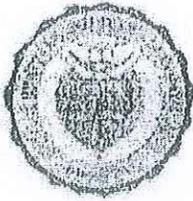
**Atención y Funciones Ejecutivas NEUROPSI**

Paciente desorientado en tiempo, en dígitos en progresión que según la prueba Neuropsi evalúa atención y concentración realizó la tarea con 3 dígitos, así mismo en cubos en progresión logra realizar la tarea con 3 de ellos, siendo lo esperado 5, en detección de aciertos tacha 10 de 25 estímulos, siendo lo esperado 18, en fluidez verbal tanto semántica como fonológica no logra inhibir palabras que no pertenecen a la categoría especificada, implementar estrategias mentales para producir mayor número de palabras, puntuando por debajo de lo esperado. En formación de categorías logra agrupar las imágenes presentadas, pero el número de categorías producidas está por debajo de lo esperado. En el Test de Stroop, se observa dificultad en inhibición de estímulos irrelevantes, el desarrollo de la prueba es afectado por la interferencia producida por los estímulos color-palabra y el tiempo de ejecución no está dentro de lo esperado, puntuando con alteración en atención y funciones ejecutivas.

**Memoria NEUROPSI**

Se observa dificultad en memoria de trabajo, en la tarea de retención de dígitos en regresión en donde realiza el ejercicio con tres dígitos, en cubos en regresión logra realizar la tarea con 6 cubos,

**Nuestro Reto: la Excelencia en Salud"**  
 Transversal 3ª N° 49-00  
 Teléfono 3486868 Ext. 5036

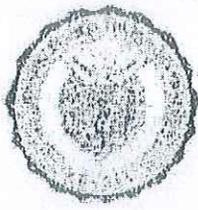


**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**DIRECCIÓN GENERAL**  
**SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS DE SALUD**  
**JEFATURA DE PSICOLOGIA Y NEUROPSICOLOGIA**

Resultados cuantitativos

AREA	Subescala	Puntuación natural		
Atención y Funciones ejecutivas	Orientación	5		
	Dígitos en progresión	3		
	Cubos en progresión	3		
	Detección visual de aciertos	10		
	Detección dígitos total	10		
	Series sucesivas	2		
	Formación de categorías	6		
	Fluidez verbal semántica (Reclasificada)	6	1	
	Fluidez verbal fonológica (Reclasificada)	6	1	
	Fluidez no verbal total (Reclasificada)	2	1	
	Funciones motoras total	16		
	STROOP tiempo interferencia (Reclasificada)	116	1	
	STROOP aciertos interferencia (Reclasificada)	30	1	
		Puntuación Total	60	
	Memoria	Dígitos en regresión	3	
Cubos en regresión		3		
Curva de memoria Codificación volumen promedio		5		
Pares asociados codificación volumen promedio		3		
Memoria lógica codificación promedio historias		2		
Memoria lógica codificación promedio temas		1		
Figura semicompleja de codificación		30		
Caras codificación		4		
Memoria verbal espontanea total		2		
Memoria verbal por clave total		2		
Memoria verbal reconocimiento total		6		
Pares asociados evocación total		4		
Memoria lógica evocación promedio historias		2		
Memoria lógica evocación promedio temas		1		
Figura semicompleja evocación		7		
Evocación nombres		2		
Reconocimiento de caras		1		
		Puntuación Total	78	
	PUNTUACIONES TOTALES	PUNTUACION NATURAL	PUNTUACION NORMALIZADA	CLASIFICACION
NEUROPSI Atención y Memoria	Total Atención y Funciones Ejecutivas	60	45	Alteración
	Total Memoria	78	48	Alteración
	Total Atención y Memoria	138	45	Alteración

Nuestro Reto: la Excelencia en Salud"  
 Transversal 3ª Nº 49-00  
 Teléfono 3486868 Ext. 5036



HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
DIRECCIÓN GENERAL  
SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS DE SALUD  
JEFATURA DE PSICOLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA

CONCLUSIÓN

Se tiene un paciente de 51 años de edad, quien presenta quejas subjetivas de memoria, en la evaluación neuropsicológica se evidencia alteración atención, funciones ejecutivas, así mismo obtuvo puntuaciones por debajo de lo esperado para su edad y escolaridad en memoria verbal (aprendizaje de nueva información). Es independiente en actividades básicas y semindependiente en instrumentales.

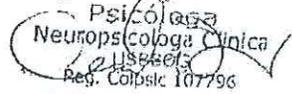
RECOMENDACIONES

Continuar en control con médico tratante  
Evaluación neuropsicológica completa en un año con el fin de realizar seguimiento a la evolución del perfil cognitivo del paciente.

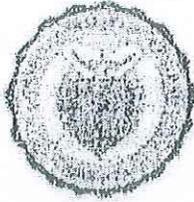
Personales

- Asistencia a terapias por Psicología clínica.
- Acompañamiento y apoyo familiar.
- Establecer rutinas de ejercicio físico diario.
- Realizar lecturas diarias de temas de interés y tratar de recordarlo leído.
- Uso de agenda aunque es importante que se esfuerce por aprender o tratar de recordar citas o números sin volverse dependiente de la misma.
- Realizar juegos de mesa en familia como sopa de letras, domino, stop.
- Asistencia a talleres de memoria realizados por Neuropsicología.

*Dirley Erazo Velasco*



DIRLEY ERAZO VELASCO  
Psicóloga  
Ms Neuropsicóloga Clínica  
Reg. 107796



HOSPITAL MILITAR CENTRAL  
DIRECCIÓN GENERAL  
SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS DE SALUD  
JEFATURA DE PSICOLOGIA Y NEUROPSICOLOGIA

en la lista de palabras presenta una curva plana ( $E1=5$ ,  $E2=5$ ,  $E3=5$ ) con presencia de instrucciones, a largo plazo evoca 2 palabras, por clave semántica evoca 2 palabras, en reconocimiento, identifica 6 de las 12 palabras presentadas. En codificación de pares asociados, obtiene una curva fluctuante ( $E1=1$ ,  $E2=5$ ,  $E3=3$ ), a largo plazo logra evocar 4 pares asociados. En memoria lógica, ante la lectura de las historias, de forma inmediata (codificación), pierde detalles, lo que afecta su desempeño a largo plazo en donde describe la historia sin los detalles principales. En codificación de caras de forma inmediata, logra evocar los dos nombres y dos apellidos, a largo plazo pierde información. La figura compleja de semicompleja es copiada con todos los detalles, al evocar la figura a largo plazo pierde la mayoría de información puntuando bajo.

En el paciente se observa dificultad en codificación de la información, a largo plazo pierde detalles o información, afectando la evocación de estímulo: auditivos, no hace uso de estrategias mnémicas que le permitan evocar mayor información, en pares asociados no hace agrupaciones semánticas ni fonológicas, asimismo no organiza la información recibida (funciones ejecutivas), lo cual también afecta su desempeño, viéndose también fallas atencionales que afectan su desempeño, teniendo el mismo desempeño en memoria visual.

Praxias: Viso constructiva: Conservada. Realiza copias identificables de figuras complejas, no se observa desestructuración en los trazos y desorganización. Realiza gestos simbólicos a la orden y por imitación. En diseño de cubos logra realizar algunos de los estímulos presentados.

Lenguaje: expresivo es fluido y prosódico, comprende las instrucciones. Denominación se encuentra alterado.

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA**  
**CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Numero Dictamen: 6140	Entidad Remitente: Beneficiario o Particular
Fecha Dictamen: 24/05/2017	ORLANDO SAPUY VULLARRUEL

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Nombre de la entidad Calificadora: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META	
Dirección: CALLE 33A No 38-79 BARZAL	Telefonos: 6843946-3138709023

**3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO**

Nombre: ORLANDO SAPUY VILLARRUEL			
Identificación: Cedula	No: 83230225	Fecha Nacimiento: 10/10/1965	Edad: 51,65 Años
Sexo: M	Estado Civil: Soltero	Escolaridad: Secundaria	

**4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO**

**4.1 ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL**

Ocupación: No Identificada

Riesgos  
No Informa

Nombre Empresa	Cargo	A	M
MILITAR RETIRADO	MILITAR RETIRADO		

**5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION**

**5.1 RELACION DE DOCUMENTOS**

Epicrisis o resumen de la historia clínica	Historia Clínica
Exámenes o pruebas paraclínicas	Valoraciones por especialistas

**5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION**

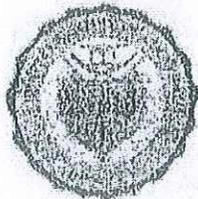
DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL- SIN ESPECIFICACION

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

ENFERMEDAD DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO- NO ESPECIFICADA

ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA- NO ESPECIFICADA

ORLANDO SAPUY VILLARRUEL



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
**DIRECCIÓN GENERAL**  
**SUBDIRECCIÓN MÉDICA Y SERVICIOS DE SALUD**  
**JEFATURA DE PSICOLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA**

Resultados cuantitativos

AREA	Subescala	Puntuación natural		
Atención y Funciones ejecutivas	Orientación	5		
	Digitos en progresión	3		
	Cubos en progresión		3	
	Detección visual de aciertos	10		
	Detección dígitos total	10		
	Series sucesivas	2		
	Formación de categorías	6		
	Fluidez verbal semántica (Reclasificada)	6	1	
	Fluidez verbal fonológica (Reclasificada)	6	1	
	Fluidez no verbal total (Reclasificada)	2	1	
	Funciones motoras total	16		
	STROOP tiempo Interferencia (Reclasificada)	116	1	
	STROOP aciertos interferencia (Reclasificada)	30	1	
		Puntuación Total	60	
	Memoria	Digitos en regresión	3	
Cubos en regresión		3		
Curva de memoria Codificación volumen promedio		5		
Pares asociados codificación volumen promedio		3		
Memoria lógica codificación promedio historias		2		
Memoria lógica codificación promedio temas		1		
Figura semicompleja de codificación		30		
Caras codificación		4		
Memoria verbal espontanea total		2		
Memoria verbal por clave total		2		
Memoria verbal reconocimiento total		6		
Pares asociados evocación total		4		
Memoria lógica evocación promedio historias		2		
Memoria lógica evocación promedio temas		1		
Figura semicompleja evocación		7		
Evocación nombres		2		
Reconocimiento de caras		1		
	Puntuación Total	78		
	PUNTUACIONES TOTALES.	PUNTUACIÓN NATURAL	PUNTUACION NORMALIZADA	CLASIFICACIÓN
NEUROPSI Atención y Memoria	Total Atención y Fundones Ejecutivas	60	45	Alteración
	Total Memoria	78	48	Alteración
	Total Atención y Memoria	138	45	Alteración

Nuestro Reto: la Exceiencia en Salud"  
 Transversal 3ª N° 49-00  
 Teléfono 3486868 Ext. 5036

**República de Colombia**  
**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META**  
 Nit. 8220001390-4

VILLAVICENCIO    Mayo            24    de 2017

**INFORME DE PONENCIA**

**ORLANDO SAPUY VILLARRUEL:** Radica solicitud de calificación de PCL para efectos de condonación deuda Banco Pichincha. Valoración Neuropsicológica de fecha 04-02-2013 apartes pertinentes "... alteración cognitiva moderada y global en esferas de atención, memoria, función ejecutiva, trastorno de estrés postraumático, trastorno mixto del estado de ánimo, ansiedad y depresión, requiere control por Neurología y Psiquiatría...". Reporte de biopsia de estómago de fecha 22-02-2013 apartes pertinentes: "...gastritis crónica antral superficial no atrófica...". Doppler venoso de MID de fecha 05-03-2013 apartes pertinentes: "... pequeñas dilataciones varicosas en territorio safeno externo...". Valoración de Urología de fecha 06-03-2013 apartes pertinentes: "... adulto sano...". Coloproctología de fecha 18-04-2013 apartes pertinentes: "... hemorroides internas GI. Valoración de Ortopedia de fecha 06-03-2013 lumbalgia por imbalance muscular, escoliosis leve dorsolumbar, en el servicio sufrió trauma de cuello de pie con fractura de cuello de pie izquierdo weber c la cual requirió reducción abierta y fijación interna con material de osteosíntesis, arco de movilidad conservados, rx fractura consolidada, con cambios de artrosis incipiente, como secuela leve limitación y dolor a los movimientos de cuello de pie, artrosis postraumática. Valoración de Ortopedia apartes pertinentes: "... lumbalgia postural gonartrosis incipiente, subluxación de tobillo izquierdo actualmente...". Valoración de Psiquiatría de fecha 22-05-2013 apartes pertinentes: "... refiere cuadro de cuatro años de evolución de irritabilidad, insomnio, intranquilidad, manifiesta episodios de heteroagresividad hacia superior encontrándose en actividad, no hace referencia a otra sintomatología, examen mental dentro de límites adecuados...". Audiometría de fecha 30-12-2013 apartes pertinentes: Hipoacusia leve neurosensorial. Valoración de ORL de fecha 19-08-2014 apartes pertinentes: "... trauma acústico GII, este paciente no requiere audifonos. Audición funcional normal...". Valoración de Oftalmología vicio de refracción lejano y cercano. Valoración de Fisiatría apartes pertinentes: "... lumbalgia por imbalance muscular, escoliosis leve...". Valoración de Dermatología apartes pertinentes: "... cicatrices planas atróficas, Leishmaniasis, alopecia, oncomicosis...". Valoración de Psiquiatría de fecha 12-04-2015 apartes pertinentes: "... trastorno adaptativo a retiro de vida militar, se ordena tratamiento. Valoración de Neuropsicología de fecha diciembre de 2016 apartes pertinentes: "... alteración de la atención y funciones ejecutivas, puntuaciones bajas para la edad en memoria verbal. Valoración de ORL 05-10-2016 apartes pertinentes: "... otitis externa descamativa leve...". Optometría de fecha 28-12-2016 apartes pertinentes: "... AV SC OD 20/20 OI 20/20. El 2 de febrero de 2017 Psiquiatría aporta resumen de historia quien refiere desde hace 2 años posterior a retiro cuadro de demencia de inicio temprano así como síndrome mental orgánico, por lo anterior el paciente no está capacidad de autodeterminarse, autolimitarse y no debe realizar operaciones financieras de ningún tipo, debe tener un tutor permanente...". EXAMEN JRCI META: Marcha por sus propios medios, orientado en las tres esferas, juicio y razón conservados, pensamiento lógico, Miembros inferiores vrices GI y de pequeños vasos. Dolor asociado a la bipedestación y el apoyo. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN POR TERAPIA OCUPACIONAL: Persona que manifiesta dificultad para mantener relaciones interpersonales, está en tratamiento con psiquiatría, limitación en el desarrollo de la motricidad gruesa, requiere cambio de ocupación.

Item	Descripción	Valoración	Observaciones
1	Comunicación	...	...
2	Colorido Perc.	...	...
3	Locomoción	...	...
4	Org. General	...	...
5	...	...	...
6	...	...	...
7	...	...	...
8	...	...	...
9	...	...	...
10	...	...	...
11	...	...	...
12	...	...	...
13	...	...	...
14	...	...	...
15	...	...	...
16	...	...	...
17	...	...	...
18	...	...	...
19	...	...	...
20	...	...	...
21	...	...	...
22	...	...	...
23	...	...	...
24	...	...	...
25	...	...	...
26	...	...	...
27	...	...	...
28	...	...	...
29	...	...	...
30	...	...	...
31	...	...	...
32	...	...	...
33	...	...	...
34	...	...	...
35	...	...	...
36	...	...	...
37	...	...	...
38	...	...	...
39	...	...	...
40	...	...	...
41	...	...	...
42	...	...	...
43	...	...	...
44	...	...	...
45	...	...	...
46	...	...	...
47	...	...	...
48	...	...	...
49	...	...	...
50	...	...	...
51	...	...	...
52	...	...	...
53	...	...	...
54	...	...	...
55	...	...	...
56	...	...	...
57	...	...	...
58	...	...	...
59	...	...	...
60	...	...	...
61	...	...	...
62	...	...	...
63	...	...	...
64	...	...	...
65	...	...	...
66	...	...	...
67	...	...	...
68	...	...	...
69	...	...	...
70	...	...	...
71	...	...	...
72	...	...	...
73	...	...	...
74	...	...	...
75	...	...	...
76	...	...	...
77	...	...	...
78	...	...	...
79	...	...	...
80	...	...	...
81	...	...	...
82	...	...	...
83	...	...	...
84	...	...	...
85	...	...	...
86	...	...	...
87	...	...	...
88	...	...	...
89	...	...	...
90	...	...	...
91	...	...	...
92	...	...	...
93	...	...	...
94	...	...	...
95	...	...	...
96	...	...	...
97	...	...	...
98	...	...	...
99	...	...	...
100	...	...	...

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA**  
**CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

**5.3 EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Examen	Resultado	Fecha
NO SE SOLICITARON	NO SE SOLICITARON	00/00/0000

**6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN**

Sumatoria  $A+(B(50-A)/100)$  | Calificación máxima posible 50%

**I. Descripción de Discapacidades**

0.0 No discapacitado 0.1 Dificultad en la ejecución 0.2 Ejecución Ayudada 0.3 Ejecución Asistida, dependiente o incremental

#	Discapacidad	Numero de la Discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1.	Conducta :	0	0	0,10	0,20	0,10	0,10	0	0,20	0,30	0,20	1,20
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
2.	Comunicacion :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3.	Cuidado Pers. :	0	0	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20	0	0,10	0,70
		0	0	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20	0	0,10	
4.	Locomocion :	0,10	0,10	0,10	0,10	0,30	0	0	0	0	0,20	0,90
		0,10	0,10	0,10	0,10	0,30	0	0	0	0	0,20	
5.	Disp. Cuerpo :	0,20	0,20	0	0	0	0,10	0,10	0	0,10	0,20	0,90
		0,20	0,20	0	0	0	0,10	0,10	0	0,10	0,20	
6.	Destreza :	0,20	0,20	0	0	0	0	0	0	0,20	0,20	0,80
		0,20	0,20	0	0	0	0	0	0	0,20	0,20	
7.	Situacion :	0	0,20	0	0,20	0,20	0	0,30	0,20	0,20		1,30
		0	0,20	0	0,20	0,20	0	0,30	0,20	0,20		
<b>Total Discapacidades :</b>											<b>5,80</b>	

Sumatoria total posible (Calificación máxima posible: 20%)

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA**  
**CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

**II. Descripción de Minusvalía**

Descripcion	Numero	%
Orientacion :	10	0
Independencia Fisica :	21	0,50
Desplazamiento :	30	0
Ocupacional :	44	10,00
Integracion Social :	53	1,50
Autosuficiencia Economica :	62	1,00
En Funcion de la Edad :	74	2,00
<b>Total Minusvalia:</b>		<b>15,00</b>

**Sumatoria total (Calificación máxima posible: 30%)**

**III. Descripción de Deficiencias**

**% Asignado Capitulo, Numeral, Tabla**

Deficiencia por pérdida de agudeza auditiva	20,00	cap 13 numeral 13.2.2.2
Trastorno por estrés posttrauma grupo uno	10,00	cap. 12 numeral 12.4.5. tabla 12.4.7
Deficiencia por enfermedad vascular periférica de las extremidades clase dos	2,00	cap.7 numeral 7.4 tabla 7.3
Deficiencia a nivel de colon y recto clase 1	2,00	cap.5 numeral 5.3 tabla 5.7
Deficiencias a nivel del estómago clase 1	2,00	cap. 5 numeral 5.2.3 tabla 5.3
Dolor y disconfort a nivel de cuello de pie	2,00	cap.2 numeral 2.3.1.3 tablas 2.10 y 2.11
<b>Total Deficiencia:</b>	<b>36,45</b>	

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA**  
**CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

**7. PORCENTAJE DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL**

Calificación:	%	Estado PCL:	Invalidez	
Deficiencia:	36,45	Fecha Estructuración PCL:	30/12/2013	
Discapacidad:	5,80	Requiere Ayuda de Terceros:	No	
Minusvalía:	15,00	Manual:	Decreto 917 de 1999	
% Total :	57,25			

Esta calificación se basa en lo establecido en el decreto 917 de Mayo de 1999

**8. CALIFICACION DEL ORIGEN**

Enfermedad:	Comun	Accidente:		Muerte:	
-------------	-------	------------	--	---------	--

**9. RESPONSABLES DE LA CALIFICACION**

 AMIRA LUCRECIA USME SABOGAL MEDICO
 WILSON CONTRERAS PINTO MEDICO
 MARTHA ALEXANDRA GALVIS PALACIO TERAPEUTA OCUPACIONAL

En caso de estar en desacuerdo con el presente dictamen usted dispone de 10 (diez) días hábiles para presentar su inconformidad, la cual puede ser un recurso de reposición y en subsidio el de apelación o el de apelación directamente. No aplica para los procesos judiciales en los que debe seguirse el procedimiento previsto en el artículo 238 del código de procedimiento civil.

ORLANDO SAPUY VILLARRUEL

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA**  
**CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

**1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN**

Numero Dictamen: 6140	Entidad Remitente: Beneficiario o Particular
Fecha Dictamen: 24/05/2017	ORLANDO SAPUY VULLARRUEL

**2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA**

Nombre de la entidad Calificadora: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META	
Dirección: CALLE 33A No 38-79 BARZAL	Telefonos: 6843946-3138709023

**3. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO**

Nombre: ORLANDO SAPUY VILLARRUEL			
Identificación: Cedula No: 83230225	Fecha Nacimiento: 10/10/1965	Edad: 51,65	Años
Sexo: M	Estado Civil: Soltero	Escolaridad: Secundaria	

**4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO**

<b>4.1 ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL</b>		Riesgos
Ocupacion: No identificada		No Informa
Nombre Empresa	Cargo	A M
MILITAR RETIRADO	MILITAR RETIRADO	

**5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACION**

<b>5.1 RELACION DE DOCUMENTOS</b>	
Epicrisis o resumen de la historia clinica	Historia Clinica
Exámenes o pruebas paraclinicas	Valoraciones por especialistas
<b>5.2 DIAGNOSTICO MOTIVO DE CALIFICACION</b>	
DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL- SIN ESPECIFICACION	
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO	
ENFERMEDAD DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO- NO ESPECIFICADA	
ENFERMEDAD	

Como Notario Segundo del Circulo de Villavicencio  
hago constar que esta fotocopia coincide  
con el original que he tenido a la vista.

09 JUN 2017

Abelardo Bernal Jiménez  
NOTARIO  
DE VILLAVICENCIO

NOTARIA  
DE VILLAVICENCIO



ORLANDO SAPUY VULLARRUEL

*UNIDAD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META*  
*UNIDAD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META*  
*UNIDAD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META*  
*UNIDAD DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META*

República de Colombia  
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META  
Nit. 8220001390-4

VILLAVICENCIO Mayo 24 de 2017

INFORME DE PONENCIA

ORLANDO SAPUY VILLARRUEL: Radica solicitud de calificación de PCL para efectos de condonación deuda Banco Pichincha. Valoración Neuropsicológica de fecha 04-02-2013 apartes pertinentes "... alteración cognitiva moderada y global en esferas de atención, memoria, función ejecutiva, trastorno de estrés posttraumático, trastorno mixto del estado de ánimo ansiedad y depresión, requiere control por Neurología y Psiquiatría..." Reporte de biopsia se estómago de fecha 22-02-2013 apartes pertinentes: "...gastritis crónica antral superficial no atrófica..." Doppler venoso de MID de fecha 05-03-2013 apartes pertinentes: "... pequeñas dilataciones varicosas en territorio safeno externo..." Valoración de Urología de fecha 06-03-2013 apartes pertinentes: "... adulto sano..." Coloproctología de fecha 18-04-2013 apartes pertinentes: "... hemorroides internas Gi Valoración de Ortopedia de fecha 06-03-2013 lumbalgia por imbalance muscular, escoliosis leve dorsolumbar, en el servicio sufrió trauma de cuello de pie con fractura de cuello de pie izquierdo weber c la cual requirió reducción abierta y fijación interna con material de osteosíntesis, arco de movilidad conservados, rx fractura consolidada, con cambios de artrosis incipiente, como secuela leve limitación y dolor a los movimientos de cuello de pie, artrosis postraumática. Valoración de Ortopedia apartes pertinentes: "... lumbalgia postural gonartrosis incipiente, subluxación de tobillo izquierdo actualmente..." Valoración de Psiquiatría de fecha 22-05-2013 apartes pertinentes: "... refiere cuadro de cuatro años de evolución de irritabilidad, insomnio, intranquilidad, manifiesta episodios de heteroagresividad hacia superior encontrándose en actividad, no hace referencia a otra sintomatología, examen mental dentro de límites adecuados ..." Audiometría de fecha 30-12-2013 apartes pertinentes: Hipoacusia leve neurosensorial. Valoración de ORL de fecha 19-08-2014 apartes pertinentes: "... trauma acústico GII, este paciente no requiere audifonos. Audición funcional normal..." Valoración de Oftalmología vicio de refracción lejano y cercano. Valoración de Fisiatría apartes pertinentes: "... lumbalgia por imbalance muscular, escoliosis leve..." Valoración de Dermatología apartes pertinentes: "... cicatrices planas atróficas, Leishmaniasis, alopecia, onicomiosis..." Valoración de Psiquiatría de fecha 12-04-2015 apartes pertinentes: "... trastorno adaptativo a retiro de vida militar, se ordena tratamiento. Valoración de Neuropsicología de fecha diciembre de 2016 apartes pertinentes: "... alteración de la atención y funciones ejecutivas, puntuaciones bajas para la edad en memoria verbal. Valoración de ORL 05-10-2016 apartes pertinentes: "... otitis externa descamativa leve..." Optometría de fecha 28-12-2016 apartes pertinentes: "... AV SC OD 20/20 OI 20/20. El 2 de febrero de 2017 Psiquiatría aporta resumen de historia quien refiere desde hace 2 años posterior a retiro cuadro de demencia de inicio temprano así como síndrome mental orgánico, por lo anterior el paciente no está capacidad de autodeleminarse, autolimitarse y no debe realizar operaciones financieras de ningún tipo, debe tener un tutor permanente..." EXAMEN JRCI META: Marcha por sus propios medios, orientado en las tres esferas, juicio y razón conservados, pensamiento lógico. Miembros inferiores varices Gi y de pequeños vasos. Dolor asociado a la bipedestación y el apoyo. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN POR TERAPIA OCUPACIONAL: Persona que manifiesta dificultad para mantener relaciones interpersonales, está en tratamiento con psiquiatría, limitación en el desarrollo de la motricidad gruesa, requiere cambio de ocupación.

Junta de Calificación Invalidez  
REGISTRADA  
CALLE 100 No. 100-100  
Que el presente documento es FIEL  
Copia tomada de su original

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA**  
**CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

**5.3 EXAMENES O DIAGNOSTICO E INTERCONSULTAS PERTINENTES PARA CALIFICAR**

Examen	Resultado	Fecha
NO SE SOLICITARON	NO SE SOLICITARON	00/00/0000

Como Notario Segundo del Circulo de Villavicencio  
 hago constar que esta fotocopia coincide  
 con el original que he tenido a la vista.

**09 JUN 2017**

**Abelardo Bernal Jiménez**  
 NOTARIO

**NOTARIA DE VILLAVICENCIO**



**6. DESCRIPCION DEL DICTAMEN**

Sumatoria  $A+(B(50-A)/100)$  ; Calificación máxima posible 50%

**I. Descripción de Discapacidades**

0.0 No discapacitado 0.1 Dificultad en la ejecución 0.2 Ejecución Ayudada 0.3 Ejecución Asistida, dependiente o incremental

#	Discapacidad	Numero de la Discapacidad										%
		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1.	Conducta :	0	0	0,10	0,20	0,10	0,10	0	0,20	0,30	0,20	1,20
2.	Comunicacion :	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
3.	Cuidado Pers. :	0	0	0	0,10	0,10	0,10	0,10	0,20	0	0,10	0,70
4.	Locomocion :	0,10	0,10	0,10	0,10	0,30	0	0	0	0	0,20	0,90
5.	Disp. Cuerpo :	0,20	0,20	0	0	0	0,10	0,10	0	0,10	0,20	0,90
6.	Destreza :	0,20	0,20	0	0	0	0	0	0	0,20	0,20	0,80
7.	Situacion :	0	0,20	0	0,20	0,20	0	0,30	0,20	0,20		1,30
<b>Total Discapacidades :</b>											<b>5,80</b>	

Sumatoria total posible (Calificación máxima posible: 20%)

ORLANDO SAPUY VILLARRUEL

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META**  
**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA**  
**CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

**II. Descripción de Minusvalía**

Descripcion	Numero	%
Orientacion :	10	0
Independencia Fisica :	21	0,50
Desplazamiento :	30	0
Ocupacional :	44	10,00
Integracion Social :	53	1,50
Autosuficiencia Economica :	62	1,00
En Funcion de la Edad :	74	2,00
<b>Total Minusvalia:</b>		<b>15,00</b>

Sumatoria total (Calificación máxima posible: 30%)

**III. Descripción de Deficiencias**

**% Asignado Capítulo, Numeral, Tabla**

Deficiencia por pérdida de agudeza auditiva	20,00	cap 13 numeral 13.2.2.2
Trastorno por estrés postrauma grupo uno	10,00	cap. 12 numeral 12.4.5. tabla 12.4.7
Deficiencia por enfermedad vascular periférica de las extremidades clase dos	2,00	cap.7 numeral 7.4 tabla 7.3
Deficiencia a nivel de colon y recto clase 1	2,00	cap.5 numeral 5.3 tabla 5.7
Deficiencias a nivel del estómago clase 1	2,00	cap. 5 numeral 5.2.3 tabla 5.3
Dolor y disconfort a nivel de cuello de pie	2,00	cap 2 numeral 2.3 1.3 tablas 2.10 y 2.11

**Total Deficiencia: 36,45**

**Junta de Calificación de Invalidez**  
 Regional de  
**Meta**  
 Que el presente documento es FIEL  
 copia tomada de su original



Villavicencio, 25 de mayo de 2017

Señores

ORLANDO SAPUY VILLARRUEL  
CARRERA 23 B N° 9 - 36 BARRIO LA ROSITA VILLAVICENCIO  
3212763309 - 66744934  
Villavicencio

+ Rodriguez Lozano Rafael  
2. 11. 298 303  
26. 5. 17

PACIENTE: ORLANDO SAPUY VILLARRUEL CC 83230225

ASUNTO: AVISO DE NOTIFICACION PERSONAL DE DICTAMEN

Reciba un cordial saludo,

De conformidad con lo dispuesto en Artículo 41 del decreto 1352 de 2013, nos permitimos citarlo para que comparezca dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación, para notificarle personalmente del dictamen emitido a nombre del señor(a) : ORLANDO SAPUY VILLARRUEL CC 83230225, en audiencia privada celebrada el día 24 de mayo de 2017. Se informa que el día sábado se cuenta como día hábil para el trámite de notificación de dictamen.

La dirección de notificación es la Calle 33 A No. 38-79 Barrio el Barzal de la ciudad de Villavicencio, Teléfono 6849946/47 Celular 3138709023.

Vencido el término anterior y si no es posible la notificación personal, el aviso se fijará en un lugar visible de la sede de la junta durante diez (10) días hábiles, indicando la fecha de fijación y retiro del mismo.

Para un mejor proveer se transcribe el citado Artículo 41: "...Dentro de los dos (2) días calendarios siguientes a la fecha de celebración de la audiencia privada, la Junta Regional de Calificación de Invalidez citará a través de correo físico que deje constancia del recibido a todas las partes interesadas para que comparezcan dentro de los cinco (5) días hábiles al recibo de la misma para notificarlas personalmente.

Vencido el término anterior y si no es posible la notificación, se fijará en un lugar visible de la sede de la junta durante diez (10) días hábiles, indicando la fecha de fijación y retiro del aviso..."

Así mismo se informa que contra el dictamen NO proceden los recursos de reposición y en subsidio el de apelación, de conformidad con el numeral 3 del artículo 1 del Decreto 1352 de 2013: "...3. De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos, en los siguientes casos:

- a) Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral;
- b) Entidades bancarias o compañía de seguros;
- c) Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997..." (Resaltado fuera de texto).

Para la notificación deberá acreditar representante legal de la compañía y/o poder debidamente otorgado.

Cordialmente,

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL META

Copia: Expediente

Se informa que el presente documento es una copia de un documento original que se encuentra en el expediente de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Meta.



NOTIFICACION PERSONAL

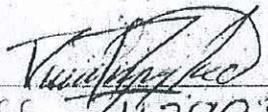
LA SALA UNICA DE DECISION DE LA JUNTA REGIONAL DEL META, le hace notificación personal del siguiente dictamen:

Fecha notificación dictamen	26 de Mayo de 2017
Número de Dictamen	6140
Nombre persona calificada	ORLANDO SAPUY VILLARRUEL
Documento de identificación de la persona calificada	CC No. 83230225
Entidad y/o persona a quien se realiza la notificación del dictamen	ORLANDO SAPUY VILLARRUEL
Persona autorizada para recibir la notificación	RAFAEL RODRIGUEZ LOZANO
Documento de identificación de la persona autorizada para recibir la notificación	11298303
Total folios entregados incluido este documento:	4

Se hace entrega de un original de dictamen. Así mismo se informa que contra el dictamen NO proceden los recursos de reposición y en subsidio el de apelación, de conformidad con el numeral 3 del artículo 1 del Decreto 1352 de 2013: "...3. De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos, en los siguientes casos:

- a) Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral;
- b) Entidades bancarias o compañía de seguros;
- c) Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997..." (Resaltado fuera de texto)

Notificado

  
CC 11298303 gelot





CONSTANCIA DE EJECUTORIA

LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE META

HACE CONSTAR

Que el dictamen No 6140 emitido por la JUNTA REGIONAL DEL META el día 2017-05-24 a nombre del señor(a) **ORLANDO SAPUY VILLARRUEL** identificado con el documento No 83230225, se encuentra en firme y sólo le proceden las acciones ante la justicia ordinaria, de acuerdo a lo establecido en el parágrafo del artículo 44 del decreto 1352 de 2013.

Villavicencio, 07 de Junio de 2017

**YOLIMA ZAPATA VASCO**

Directora Administrativa y Financiera

Copia: Expediente  
Consecutivo

Señor(a)(es).  
**ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**  
CARRERA 23 B N° 9 - 36 BARRIO LA ROSITA  
Teléfonos: 3212763309 - 66744934  
Villavicencio

*Orlando Sapuy  
83230225  
13.6.17*

*P. Ordoñez  
C. Zapata  
10.6.17*



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.298.303**

**RODRIGUEZ LOZANO**  
APELLIDOS

**RAFAEL**  
NOMBRES



*Rafael Rodriguez Lozano*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-OCT-1954**  
**CARMEN DE APICALA**  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**      **A+**      **M**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**17-DIC-1975 GIRARDOT**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Juan Carlos Gaviria*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GAVIRIA VALENA



A-5200100-69156151-M-0011298303-20070316

00217 07075A 02 225981744

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **83.230.225**

**SAPUY VILLARRUEL**

APELLIDOS

**ORLANDO**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-1965**

**TIMANA**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

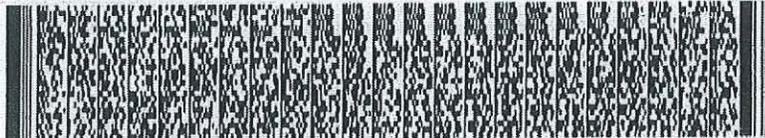
**1.72**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**09-DIC-1983 TIMANA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-5200150-00758262-M-0083230225-20151028

0047210125A 1

1663601321

Villavicencio, Mayo 26 de 2017

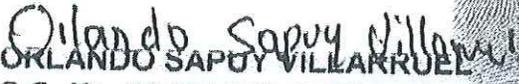
Señores

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL META**  
Ciudad.

REF.: **AVISO NOTIFICACION PERSONAL DICTAMEN**

ORLANDO SAPUY VILLARRUEL, identificado con la cédula de ciudadanía No. 83.230.225 de Timaná – Huila, comedidamente me permito informarles que autorizo amplia y suficientemente al señor RAFAEL RODRIGUEZ LOZANO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 11.298.303 de Girardot, para que en mi representación se notifique y reciba el dictamen emitido en audiencia privada celebrada el día 24 de Mayo de 2017, de conformidad a la comunicación de fecha mato 25 del cursante año, para lo cual anexo fotocopia de mi cédula de ciudadanía así como fotocopia de la cédula de mi representante.

Atentamente,

  
ORLANDO SAPUY VILLARRUEL  
C.C. No. 83.230.225 de Timaná – Huila

Acepto

  
RAFAEL RODRIGUEZ LOZANO  
C.C. No. 11.298.303 de Girardot,

Junta de Calificación de		
Invalides - REGIONAL META		
R E C I B I D O		
FECHA	26 MAY 2017	FECHA
HORA:	4:21 P.M. 3	
RECIBE:	Orlando R	

MOVIMIENTO PRESTAMO  
Movimiento Historico del Prestamo

Distribucion de Pagos

SAPUY VILLARRUEL O

Numero de Credito...: 224130000064

PRESTAMO

TIPO MOVIMIENTO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO PESOS	INTERESES MORA PESOS	INTERESES VENCIDOS PESOS	SEGUROS PESOS	CARGOS PESOS	CAPITAL PESOS	SALDO CAPITAL PESOS
DESEMBOLSO	20150216	150000000.00					150000000.00	150000000.00
PAGO	20150316	1855827.00		1332887.54	182529.34		340410.12	149658589.8
PAGO	20150416	1856000.00		1362001.26	150563.76		343434.98	149316154.9
PAGO	20150519	1791500.00		1294672.25	150341.04		346426.71	148969663.1
PAGO	20150616	1824600.00		1324129.74	181212.59		349257.67	148620410.5
PAGO	20150715	1823400.00		1320816.74	149914.22		352669.04	148267741.4
PAGO	20150814	1822800.00		1317303.45	145693.68		355802.83	147911938.6
PAGO	20150914	1822650.00		1314479.52	149416.80		358753.63	147553184.9
PAGO	20151015	1822600.00		1311200.44	149247.25		362152.31	147191032.6
PAGO	20151117	1830650.00		1307849.89	157429.74		365370.37	146825662.2
PAGO	20151216	1831500.00		1304738.82	158301.92		369409.26	146457253.0
PAGO	20160118	1830300.00		1301406.94	157002.38		371890.63	146085362.3
PAGO	20160216	1831100.00		1298341.70	157783.34		374974.96	145710327.3
PAGO	20160315	1830000.00		1295071.75	156400.99		378527.26	145331860.1
PAGO	20160418	1833000.00		1291086.37	160022.81		381890.82	144949969.3
PAGO	20160516	1834100.00		1288245.94	160796.02		385058.04	144564911.3
PAGO	20160615	1832700.00		1284587.78	159406.35		388705.87	144176205.4
PAGO	20160718	1832500.00		1281135.36	159204.77		392159.87	143784045.5
PAGO	20160816	1833400.00		1277956.56	160030.88		395412.26	143388633.2
PAGO	20160916	1831850.00		1274987.75	158694.08		399158.17	142989475.1
PAGO	20161018	1831700.00		1270572.76	158422.18		402705.06	142586770.0
PAGO	20161117	1841300.00	726.49	1267252.71	167962.71		405358.09	142181411.9
PAGO	20161216	1841120.00		1263413.14	167321.42		408885.44	141771526.5
PAGO	20170119	1839500.00	2179.47	1259769.01	166149.32		411402.20	141360124.3
PAGO	20170220	1840500.00	3905.96	1256114.29	167202.75		414277.00	140945847.3
PAGO	20170321	1840200.00	3632.45	1252433.05	166896.16		417239.35	140529207.9
PAGO	20170417	1814600.00		1248725.50	141302.38		424572.12	140104055.8
PAGO	20170518	1814200.00	1452.98	1245078.54	140836.33		426831.65	139677204.1
PAGO	20170718	1850000.00	23247.68	1241160.00	153454.70		432137.62	139245066.9
PAGO	20170814	1840000.00	19615.23	1237320.06	147087.15		435977.56	138809069.0
PAGO	20170921	1850000.00	25427.15	1233575.13	151275.23		439722.49	138369366.5
PAGO	20171030	2160000.00	39786.09	1229821.16	281181.79	166090.00	443758.46	137925607.5
PAGO	20171030	1000000.00	4964.82	995035.18				137825607.5
PAGO	20171121	1700000.00	9454.49	963564.87	148821.25	130720.00	447489.29	137478168.3
PAGO	20171127	902000.00	2346.72	449317.76			450335.53	137027932.7
PAGO	20171226	1822000.00	5811.92	1217607.15	147770.63		450410.30	136577023.4
PAGO	20180122	1820000.00	4359.94	1213845.44	146981.88		254939.76	136321183.6
PAGO	20180207	220000.00	1421.28		13960.30		204618.42	136117570.2
PAGO	20180402	1950000.00	33418.54	1209569.86	132707.88	149944.00	424360.52	135693209.7
PA	20180423	1850000.00	26880.13	1205408.74	146327.98		329128.15	135364081.6
PAGO	20180430	1350000.00	10592.54	946729.61	150110.12	103807.00	138760.73	135225320.9
PAGO	20180521	2000000.00	10256.90	1214093.68	149813.91	153789.00	472046.51	134793274.3
PAGO	20180531	300000.00	3098.70	235563.81			61332.49	134661941.5
PAGO	20180619	2000000.00	3983.95	1191792.69	148686.64	153789.00	501747.72	134190194.1
PAGO	20180627	250000.00	1377.44				248622.56	133941571.5
PAGO	20180716	1870000.00	1220.37	1189164.14	148095.00	8276.00	822644.49	133419927.1
PAGO	20180718	100000.00	95.02				99904.98	133319022.1
PAGO	20180810	100000.00	91.08		366.12		9542.80	133309479.3
PAGO	20180823	1830000.00	5095.43	1184350.53	151616.95		488947.09	132820532.2
PAGO	20180917	1525000.00		1180292.18	151702.38		493065.44	132327466.7
PAGO	20181019	1810000.00	2179.47	1175996.89	136436.38		495387.26	131832079.5
PAGO	20181127	1835000.00	7991.35	1171443.87	153710.99		501848.75	131330230.7
PAGO	20181221	1830000.00	2905.96	1166989.49	153796.42		506308.13	130823922.6
PAGO	20190123	1832000.00	5085.43	1162640.44	153616.95		510657.18	130313265.4
PAGO	20190221	1830000.00	2179.47	1157952.32	154522.91		515344.80	129797920.6
PAGO	20190322	1000000.00	2179.47	851829.69	145990.84			129797920.6
PAGO	20190411	850000.00	7133.00	301849.10	21388.07		519618.63	129278301.8
PAGO	20190426	1000000.00	7264.90	883717.40	109017.70			129278301.8

PAGO	20190529	1000000.00	20757.10	324944.89	130064.43		524233.58	128754068.2
PAGO	20190628	1850000.00	28309.37	1182232.19	130258.74		529199.70	128224868.5
PAGO	20190917	1000000.00	54727.25	820316.75		124956.00		128224868.5
PAGO	20191016	2000000.00	75145.21	2010634.93	130405.74	245912.00	533902.12	127690968.4
PAGO	20191023	1000000.00	2747.43	365520.72	93243.68		538438.20	127152478.2
PAGO	20191202	8500000.00	175810.58	5557151.28	564167.63		2202870.51	124949607.7
PAGO	20191227	8500000.00		5462667.03	691621.03		2345711.94	124306766.3
PAGO	20200127	1683000.00	7997.11	702380.92	508.89		972113.08	123834653.2
PAGO	20200214	1802000.00		1100593.64	127296.77		574109.59	123260543.6
PAGO	20200316	1800600.00		1095339.01	126219.96		579041.03	122681502.6
PAGO	20210216	2300000.00	76990.34	1403090.44	230562.83		584356.39	122097146.3
PAGO	20210226	2300000.00	60554.20	1403070.98	246998.97		589375.65	121507770.3
PAGO	20210323	1000000.00	56228.90	873032.77	70738.33			121507770.3
PAGO	20210329	500000.00	2916.06	497083.94				121507770.3
PAGO	20210416	750000.00	4593.23	27544.04	123076.65		594786.08	120912984.2

Número de Préstamo	Nombre del Cliente	Tasa de Interés	Saldo Capital Pagos	Fecha Próximo Pago	Pago Mínimo Pagos	Número de Pagos Vencidos	Monto Vencido Pagos	COVID Estado	COVID Fecha Beneficio	COVID Última Factura	Fecha Reporte	Hora Reporte
22413000084	SARUY WILLARPUEL	10.6631	120,912,984.28	10/06/2020	25,744,591.13	12	27,306,172.91	Facturando	15/07/20	16/07/20	2022-02-10	13:05:20

COVID Nr. Cuotas a Diferir	COVID Nr. Cuotas Diferidas	COVID Int. Diferido Pesos	COVID Int. on Factura Pesos	COVID Int. Facturado Pesos	COVID Int. Pndto. Facturar Pesos	COVID Sgrs. Diferido Pesos	COVID Sgrs. en Factura Pesos	COVID Sgrs. Facturado Pesos	COVID Sgrs. Por Facturar Pesos
024	016	7,630,867.98	317,952.93	5,087,245.28	2,543,622.70	639,395.17	39,166.46	525,664.35	313,331.81

Fecha de Pago	Total Pagar Pesos	Pago Capital Pesos	Pago Interés Pesos	Pago Crg.1/Sgrs. Pesos	Saldo Capital Pesos	INTERESES Diferido Período Pesos	INTERES Diferido_CVD Pesos	INTERES Pendiente_CVD Pesos	CRG.1/SGRS. Período Pesos	CRG.1/SGRS. Diferido_CVD Pesos	CRG.1/SGRS. Pendiente_CVD Pesos
2022-03-16	2,132,257.20	673,292.75	1,319,184.07	138,810.37	117,959,521.49	1,001,202.24	317,952.83	2,229,669.97	106,643.91	39,166.46	274,165.35
2022-04-16	2,131,812.06	678,275.59	1,313,171.24	135,355.23	111,320,240.90	569,214.12	317,952.83	1,807,737.34	106,196.77	39,166.46	254,998.89
2022-05-16	2,131,364.33	685,311.57	1,307,135.26	138,917.50	110,431,834.33	583,152.43	317,952.83	1,589,706.21	99,111.94	39,166.46	195,832.43
2022-06-16	2,130,914.00	691,401.12	1,301,045.64	138,467.17	109,943,533.14	584,092.43	317,952.83	1,371,811.38	96,000.71	39,166.46	158,684.95
2022-07-16	2,130,461.04	697,544.52	1,294,901.90	138,014.21	109,245,988.21	576,949.07	317,952.83	1,157,858.55	92,847.75	39,166.46	117,499.51
2022-08-16	2,130,005.43	703,743.25	1,288,702.58	137,558.60	108,542,244.96	570,750.78	317,952.83	945,908.72	89,692.14	39,166.46	73,222.05
2022-09-16	2,129,547.14	709,996.86	1,282,450.17	137,100.31	107,832,248.30	564,497.34	317,952.83	729,958.99	86,537.19	39,166.46	29,166.59
2022-10-16	2,129,086.33	716,305.63	1,276,141.26	136,639.44	107,115,942.87	558,158.37	317,952.83	515,015.26	83,382.24	39,166.46	0.00
2022-11-16	1,771,503.13	722,670.66	951,823.24	97,009.13	106,393,275.01	551,823.34	0.00	297,009.13	0.00	0.00	0.00
2022-12-16	1,771,199.94	725,052.25	945,401.75	96,696.94	105,664,179.76	545,401.75	0.00	26,676.94	0.00	0.00	0.00
2023-01-16	1,770,875.97	735,370.50	938,923.10	96,381.97	104,928,608.86	538,923.10	0.00	26,341.97	0.00	0.00	0.00
2023-02-16	1,770,558.20	742,107.13	932,386.37	96,064.20	104,186,501.73	532,386.37	0.00	26,004.20	0.00	0.00	0.00
2023-03-16	1,770,237.61	748,701.43	925,792.57	95,743.61	103,437,800.30	525,792.57	0.00	25,741.61	0.00	0.00	0.00
2023-04-17	1,769,914.17	755,354.32	919,139.68	95,420.17	102,682,445.98	519,139.68	0.00	25,420.17	0.00	0.00	0.00
2023-05-16	1,769,586.66	762,066.34	912,427.86	95,097.86	101,920,379.64	512,427.86	0.00	25,097.86	0.00	0.00	0.00
2023-06-16	1,769,256.65	768,838.00	905,656.00	94,764.65	101,151,541.64	505,656.00	0.00	24,764.65	0.00	0.00	0.00
2023-07-16	1,768,924.31	775,669.83	898,824.17	94,432.31	100,375,871.61	500,824.17	0.00	24,432.31	0.00	0.00	0.00
2023-08-16	1,768,589.42	782,562.37	891,921.43	94,097.42	99,593,308.44	501,921.43	0.00	24,097.42	0.00	0.00	0.00
2023-09-16	1,768,253.35	789,511.73	884,777.95	93,755.35	98,803,793.29	501,977.95	0.00	23,755.35	0.00	0.00	0.00
2023-10-16	1,767,912.28	796,511.73	877,562.27	93,410.28	98,007,261.56	507,562.27	0.00	23,410.28	0.00	0.00	0.00
2023-11-16	1,767,568.18	803,605.64	870,364.36	93,074.18	97,203,651.32	507,584.36	0.00	23,074.18	0.00	0.00	0.00
2023-12-16	1,767,221.02	810,750.45	863,143.58	92,727.02	96,392,301.47	503,143.58	0.00	22,727.02	0.00	0.00	0.00
2024-01-16	1,766,870.78	817,954.71	856,539.29	92,376.78	95,571,946.76	500,539.29	0.00	22,376.78	0.00	0.00	0.00
2024-02-16	1,766,517.42	825,222.99	849,271.01	92,023.42	94,749,723.77	500,271.01	0.00	22,023.42	0.00	0.00	0.00
2024-03-16	1,766,160.93	832,555.85	841,538.15	91,666.93	93,917,107.92	501,938.15	0.00	21,666.93	0.00	0.00	0.00
2024-04-16	1,765,801.25	839,953.87	834,540.13	91,307.25	93,077,314.05	504,540.13	0.00	21,307.25	0.00	0.00	0.00
2024-05-16	1,765,438.40	847,417.64	827,076.36	90,944.40	92,229,796.41	507,076.36	0.00	20,944.40	0.00	0.00	0.00
2024-06-16	1,765,072.32	854,947.71	819,546.29	90,578.32	91,376,848.70	509,546.29	0.00	20,578.32	0.00	0.00	0.00
2024-07-16	1,764,703.98	862,544.71	811,949.29	90,208.98	90,512,304.59	512,949.29	0.00	20,208.98	0.00	0.00	0.00
2024-08-16	1,764,333.36	870,209.51	804,284.79	89,836.36	89,642,094.78	516,284.79	0.00	19,836.36	0.00	0.00	0.00
2024-09-16	1,763,954.43	877,941.32	796,852.18	89,450.43	88,764,158.28	519,552.18	0.00	19,450.43	0.00	0.00	0.00
2024-10-16	1,763,575.16	885,742.13	788,750.87	89,061.16	87,875,409.33	522,750.87	0.00	19,061.16	0.00	0.00	0.00
2024-11-16	1,763,192.52	893,613.77	780,880.23	88,668.52	86,984,796.06	525,880.23	0.00	18,668.52	0.00	0.00	0.00
2024-12-16	1,762,806.48	901,554.35	772,939.65	88,272.48	86,083,241.71	528,939.65	0.00	18,272.48	0.00	0.00	0.00
2025-01-16	1,762,417.01	909,565.49	764,928.51	87,873.01	85,173,876.22	531,928.51	0.00	17,873.01	0.00	0.00	0.00
2025-02-17	1,762,024.07	917,647.91	756,843.19	87,530.07	84,254,028.41	534,843.19	0.00	17,473.07	0.00	0.00	0.00
2025-03-17	1,761,627.65	925,801.96	748,692.04	87,123.65	83,330,226.45	537,692.04	0.00	17,073.65	0.00	0.00	0.00
2025-04-16	1,761,227.70	934,028.55	740,465.45	86,733.70	82,396,197.90	540,465.45	0.00	16,673.70	0.00	0.00	0.00
2025-05-16	1,760,824.20	942,328.25	732,165.75	86,330.20	81,453,868.65	543,165.75	0.00	16,274.20	0.00	0.00	0.00
2025-06-16	1,760,417.12	950,701.70	723,792.30	85,923.12	80,503,167.93	545,792.30	0.00	15,874.12	0.00	0.00	0.00
2025-07-16	1,760,006.41	959,149.54	715,344.44	85,512.41	79,544,018.39	548,344.44	0.00	15,474.41	0.00	0.00	0.00
2025-08-16	1,759,592.06	967,672.48	706,821.52	85,099.06	78,576,345.91	550,821.52	0.00	15,074.06	0.00	0.00	0.00
2025-09-16	1,759,174.03	976,271.14	698,222.82	84,680.03	77,600,074.77	553,222.82	0.00	14,674.03	0.00	0.00	0.00
2025-10-16	1,758,752.28	984,945.20	689,547.80	84,258.28	76,615,128.87	555,547.80	0.00	14,274.28	0.00	0.00	0.00
2025-11-16	1,758,326.78	993,698.36	680,796.64	83,832.78	75,621,130.21	557,796.64	0.00	13,874.78	0.00	0.00	0.00
2025-12-16	1,757,897.50	1,002,528.27	671,965.73	83,403.50	74,618,901.84	559,965.73	0.00	13,474.50	0.00	0.00	0.00
2026-01-16	1,757,464.41	1,011,436.85	663,057.35	82,970.41	73,607,465.29	562,057.35	0.00	13,074.41	0.00	0.00	0.00
2026-02-16	1,757,027.47	1,020,424.20	654,069.80	82,533.47	72,587,041.09	564,069.80	0.00	12,674.47	0.00	0.00	0.00
2026-03-16	1,756,586.65	1,029,461.80	645,002.40	82,092.65	71,557,549.45	565,002.40	0.00	12,274.65	0.00	0.00	0.00
2026-04-16	1,756,141.91	1,038,529.59	635,854.32	81,647.91	70,518,900.91	565,854.32	0.00	11,874.91	0.00	0.00	0.00
2026-05-16	1,755,693.21	1,047,688.85	626,625.15	81,199.81	69,471,041.06	566,625.15	0.00	11,474.21	0.00	0.00	0.00
2026-06-16	1,755,240.52	1,057,180.11	617,312.59	80,746.53	68,413,860.55	567,312.59	0.00	11,074.52	0.00	0.00	0.00
2026-07-16	1,754,783.83	1,066,574.14	607,919.86	80,285.83	67,347,286.81	567,919.86	0.00	10,674.83	0.00	0.00	0.00
2026-08-16	1,754,323.07	1,076,051.62	598,440.38	79,823.07	66,271,835.79	568,440.38	0.00	10,274.07	0.00	0.00	0.00
2026-09-16	1,753,858.22	1,085,613.33	588,856.67	79,354.22	65,197,821.56	568,856.67	0.00	9,874.22	0.00	0.00	0.00
2026-10-16	1,753,389.23	1,095,259.99	579,234.01	78,885.23	64,119,061.87	569,234.01	0.00	9,474.23	0.00	0.00	0.00
2026-11-16	1,752,916.08	1,104,992.39	569,591.61	78,412.08	63,027,369.48	569,591.61	0.00	9,074.08	0.00	0.00	0.00
2026-12-16	1,752,438.72	1,114,811.25	559,928.75	77,944.72	61,921,533.32	569,928.75	0.00	8,674.72	0.00	0.00	0.00
2027-01-16	1,751,957.13	1,124,717.38	549,756.62	77,463.13	60,802,480.65	570,756.62	0.00	8,274.13	0.00	0.00	0.00
2027-02-16	1,751,471.25	1,134,711.52	539,782.48	76,977.25	59,670,129.32	571,782.48	0.00	7,874.25	0.00	0.00	0.00
2027-03-16	1,750,981.05	1,144,794.47	529,699.53	76,487.05	58,524,334.66	572,699.53	0.00	7,474.05	0.00	0.00	0.00
2027-04-16	1,750,486.50	1,154,967.02	519,526.98	75,992.50	57,364,367.84	573,526.98	0.00	7,074.50	0.00	0.00	0.00
2027-05-16	1,749,987.56	1,165,229.98	509,264.04	75,495.56	56,189,137.88	574,264.04	0.00	6,674.56	0.00	0.00	0.00
2027-06-16	1,749,484.18	1,175,584.10	498,909.90	74,998.18	54,997,553.78	574,909.90	0.00	6,274.18	0.00	0.00	0.00
2027-07-16	1,748,976.32	1,186,030.21	488,463.76	74,493.32	53,789,253.94	575,463.76	0.00	5,874.32	0.00	0.00	0.00
2027-08-16	1,748,463.96	1,196,569.21	477,924.79	73,985.96	52,562,854.33	575,924.79	0.00	5,474.96	0.00	0.00	0.00
2027-09-16	1,747,947.04	1,207,201.82	467,292.18	73,473.04	51,327,852.51	576,292.18	0.00	5,074.04	0.00	0.00	0.00
2027-10-16	1,747,423.53	1,217,928.91	456,565.09	72,953.13	50,082,823.50						

2020-06-17	1,729,049.92	1,616,473.74	58,022.26	53,555.92	4,913,328.70	58,073.98	.00	.00	53,555.92	.00	.00
2020-07-16	1,727,351.60	1,630,834.57	43,699.43	52,857.60	3,282,484.13	43,699.43	.00	.00	52,857.60	.00	.00
2020-08-16	1,725,647.08	1,645,226.03	29,167.97	52,153.08	1,637,168.10	29,167.97	.00	.00	52,153.08	.00	.00
2020-09-16	1,703,158.14	1,637,168.10	14,547.74	51,442.30	.00	14,547.74	.00	.00	51,442.30	.00	.00

\* Si en la proyección el capital es pagado anticipadamente y la obligación aun presenta saldos de diferidos (Covid) pendientes por pagar, estos valores no se reflejarán en este documento y serán cobrados en los extractos mensuales de acuerdo a los valores pactados.

**Glosario**

Ciq.1: Cobro de Seguros

Ciq.2: Cuentas de Manejo

CNT: Referencia a los saldos por efecto de diferidos COVID o Negociación

Villavicencio, Octubre 23 de 2020

SEÑORES  
BANCO COLPATRIA  
Villavicencio

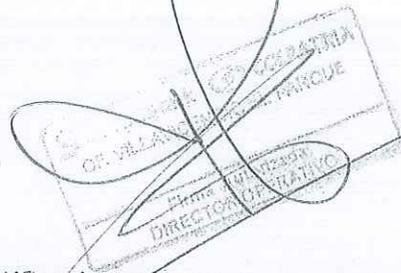
Referencia: Solicitud beneficios Crediticios.

YO, ORLANDO SAPUY VILLARRUEL, identificado con cedula de ciudadanía No. 83.230.225 de Timana -Huila, y usuario del crédito Hipotecario No. 224130000084, por medio de la presente estoy REITERANDO La solicitud de los beneficios consistentes en prorrogas y plazos de Gracia para el crédito en mención, que anteriormente se había solicitado por cuatro meses, alivios que no han sido suficientes ante el agravamiento de la situación, que ha empeorado el panorama económico y generado un mayor deterioro de los Ingresos.

Debo aclarar que mi actividad económica es el transporte Publico Urbano y debido a esta situación, mis INGRESOS se han visto disminuidos considerablemente, ya que los vehículos donde se originan mis ingresos han estado en un estado improductivo, por lo tanto en este momento me es imposible cumplir con los compromisos adquiridos ante esa entidad ;Por lo tanto Solicito la reliquidación del crédito en mención al máximo tiempo que maneja la entidad, con el objeto de que se reduzca la cuota y así poder seguir cumpliendo con el pago corriente de mis obligaciones, y así poder cumplir con una cuota que se ajuste al presente de mi situación económica. .

La anterior solicitud lo hago amparado en las directrices que el Gobierno Nacional ha dictado a través de la Superintendencia Financiera, la cual les ha dicho a las entidades que deben hacer una evaluación de riesgo que refleje los cambios en las

PAR. 0159769



23 OCT. 2020

condiciones económicas futuras para el cálculo de las pérdidas crediticias esperadas, en particular ante la finalización de los periodos de gracia para el pago de los créditos de los Deudores.

El Gobierno también consideran que con la reactivación de las obligaciones financieras de los clientes, una vez finalicen las medidas adoptadas por los establecimientos de crédito, estos deben implementar una estrategia de comunicación y atención para atender las necesidades de los consumidores financieros sobre el tema.

Agradeciendo la atención prestada a la presente.

Atentamente



ORLANDO SAPUY VILLARRUEL

C.C. No. 83.230.225 de Timana -Huila

Villavicencio, 04 de diciembre de 2020

Señor (a).  
**BANCO COLPATRIA**  
Ciudad

Asunto. **Solicitud de pago total de la obligación hipotecaria**

**ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**, mayor de edad e identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, por medio de la presente de la manera más atenta me dirijo ante su entidad bancaria, con el fin de presentar oferta de pago total de mi obligación crédito hipotecario N° 22413000084, tomada en 2015, y la cual había venido pagando de manera consecutiva y en las fechas establecidas por la entidad, y que en este momento presenta una mora de 04 días calendario.

La anterior solicitud hago con fundamento en las siguientes razones;

1. Debido a la situación económica que está atravesando el país en razón a la PANDEMIA, por ello mi situación económica e ingresos se están viendo gravemente afectados hasta en un 80 % y con el pasar de los días cada vez disminuyen más mis entradas de dinero.
2. De acuerdo a mi situación de salud, teniendo en cuenta que, en mi junta médica regional del día 25 de mayo del año 2017, me calificaron con una incapacidad total y permanente de 57.25, por dicha razón no me dan empleo, o no se me permite desarrollarme dentro de una profesión, arte o un oficio.

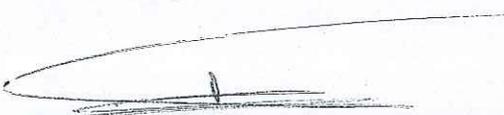
Por las anteriores razones antes y aquí expuestas, es que hoy entrego ante su entidad mi propuesta de pago total de mi obligación hipotecaria, que es la siguiente:

**Por un monto de SETENTA MILLONES DE PESOS (\$70.000.000) MCTE, pagaderos en dinero en efectivo, en un solo pago y en la fecha en que su entidad lo disponga, en razón a que a la fecha ya cancelé la totalidad del monto a que haciende el dinero que me fue prestado.**

La presente propuesta la presento, teniendo en cuenta que dentro del oficio 8159769, me rechazaron mi solicitud de beneficios crediticios decretadas por el gobierno, debido al duro golpe que está asumiendo la economía de nuestro país, donde les solicite términos de gracia, prorrogas, o reducciones de mi obligación, ya que yo en estos momentos y debido a mi difícil situación económica que estoy atravesando puedo cubrir una cuota monetaria de hasta (\$1.000.000).

No siendo más de ante mano les agradezco por su tiempo y atención prestada y quedo a la espera de una pronta respuesta de su parte para lo cual recibo notificaciones en [elduro\\_18@hotmail.es](mailto:elduro_18@hotmail.es), o a la dirección Cra., 23 B # 9 - 36 del barrio la Rosita en Villavicencio - Meta.

Cordialmente,



**ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**  
C.C N° 83.230.225



8397992



Villavicencio 07 de enero 2021

Señores : **BANCO COLPATRIA**  
**Bogotá D.C**

Asunto: : **SOLICITUD RELIQUIDACION DEL CREDITO No 22413000084**

Respetados Señores

Yo **ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**, Quien actúa en nombre propio. Mediante el presente escrito me permito solicitar por tercera vez la reliquidación y ampliación al máximo tiempo que maneja la entidad, de la obligación que tengo con ustedes ya que por mi situación actual no puedo cancelar una cuota que supere el millón de pesos.

La aseguradora de la entidad no me tomo mi incapacidad Total y Permanente del **24/05/2017** donde obtuve el puntaje exigido jurídicamente **57.25** de la **JUNTA MEDICA REGIONAL DE INVALIDEZ (Meta)** pero a la entidad si llego y me reporto ante las Centrales de Riesgo como un caso especial por la **IMCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, que padezco por mi situación actual de salud,

Me acerque a otra entidad a solicitar un crédito para abonar a capital me fue negado por el reporte que me tiene **EL BANCO COLPATRIA**, en esa entidad me dieron impreso el pantallazo donde se puede evidenciar la anotación que me tiene la entidad.

No sé cuál es el objetivo de la entidad no me acepta ninguna de mis solicitudes tampoco mi incapacidad, en ningún momento me estoy negando a pagar. Mi situación económica y el problema que padezco de salud mental como esta registrado en la junta médica me es imposible cancelar una cuota tan alta solo puedo cancelar la suma de un millón de pesos mensual.

Lo que más quiero es llegar a un acuerdo porque al día recibo más de 5 llamadas y eso me agrava más mi problema de salud estoy a bordo del suicidarme no veo otra solución será la única forma que el seguro responda.

Mi familia solicito hacer una nueva junta médica para que certifiquen una vez más mi incapacidad y los conceptos médicos emitidos por el especialista en siquiatría.

Agradezco la atención prestada a la presente solicitud.

Recibo notificación en la carrera 23B No 9-36E Casa 9 Manzana 2 Barrio la Rosita  
TI. 3227175371 correo electrónico elduro\_18@hotmail.es



**ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**  
CC. 83230225

Villavicencio 25 de febrero 2021

Señores : **BANCO COLPATRIA**  
Bogotá D.C

Asunto: : **INFORME**

Respetados Señores

Yo **ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**, Quien actúa en nombre propio. Identificado con la cedula de ciudadanía No 83230225 de Timana Huila hago responsable de mi integridad física a las personas de la **ENTIDAD BANCARIA BANCOCOLPATRIA**. Que no respetan mi condición y me llaman diario hasta 5 y más veces.

Por no tener en cuenta mi situación de salud, **MENTAL QUE PADEZCO Y POR MI EDAD, SE AGRAVA MAS CADA DIA** y no hacer efectivo el seguro de vida de acuerdo al diagnóstico médico soportado en el informe de ponencia de mi **JUNTA REGIONA DE CALIFICACION INVALIDEZ DEL META**, de fecha 24/05/2017, donde octubre un puntaje del 57.25%

**EL INFORME DE PONENCIA** dice que mi historia médica es de hace dos años posterior a mi junta laboral No 61175 FFMM de fecha 07/19/2013, para esa fecha estaba cuerdo y no tenía ningún diagnostico mental y menos obligación con la entidad dos años después fue que se presentó el problema de la noche a la mañana **EL INFORME DE PONENCIA DICE. QUE PADEZCO UNA DEMENCIA DE INICIO TEMPRANO ASÍ COMO SÍNDROME MENTAL POR LO TANTO EL PACIENTE NO ESTÁ EN CAPACIDAD DE AUTO DETERMINARSE AUTO LIMITARSE Y NO DEBE REALIZAR OPERACIONES FINANCIERAS DE NINGÚN TIPO DEBE TENER UN TUTOR PERMANENTE.**

Mi intención siempre asido responder por la obligación, a pesar de los problemas de salud pero la situación económica actual no he podido seguir cancelando una cuota tan alta de \$ 1.830.000, que era la cuota antes de la pandemia después de pandemia la incrementaron un 20% más.

La entidad no tuvo en cuenta el seguro de vida, por mi incapacidad pero si me reporto nivel nacional en las centrales de riesgo. **COMO UN CLIENTE ESPECIAL CON UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, donde me cerraron todas las puertas de una vida crediticia solo. **PARA EL BANCO COLPATRIA ESTOY ACTIVO A ELLOS NO LES IMPOR MI IMCAPACIDAD. TOTAL Y PERMANNETE**, Porque hay una prenda.

8534502  
22 FEB. 2021

También he solicitado reliquidación del crédito al máximo tiempo. Se ofreció un dinero para el pago total de la deuda y tampoco lo aceptaron también fue negado la intención del banco es clara quítame mi casa y dejarme en la calle a pesar de mi situación no entiendo para que me cobran un seguro de vida..

El día 10 de febrero recibí 4 llamadas torturadoras a las 11:31am 11:55am 07:20pm y 07:48pm que me ponen y me llevan a una crisis desesperante que en cualquier momento toma una decisión para vivir en paz y los hago responsable a ustedes por no reconocer mis derechos.

Yo debo tomarme 400 pasta mensuales para estar controlado lo pueden verificar el hospital militar de Apiay donde la profesional en siquiatria me lleva el control

En estos momentos es difícil colocarme al día la familia está apoyándome en económicamente en abonar un dinero, ya que estoy pendiente de realizar nuevamente la valoración por la **JUNTA REGIONAL** y obtener la fecha de estructuración actual que es lo que les interesa.

Agradezco la atención prestada a la presente solicitud.

Recibo notificación en la carrera 23B No 9-36E Casa 9 Manzana 2 Barrio la Rosita  
TI. 3227175371 correo electrónico elduro\_18@hotmail.es

  
ORLANDO SAPUY VILLARRUEL  
CC. 83230225

Villavicencio 26 de Marzo 2021

Señores : **BANCO COLPATRIA**  
**Bogotá D.C**

Asunto: : **ENVIO RESPUESTA A SU OFICIO No 8334542**



Respetados Señores

Yo **ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**, Quien actúa en nombre propio. Identificado con la cedula de ciudadanía No 83230225 de Timana Huila

Les debo señalar que la Superintendencia Financiera de Colombia también le exige a las Entidades Bancaria tener un Seguro de Muerte y de Incapacidad Total y Permanente.

Exclusiones del Amparo de Incapacidad Total y Permanente

Enfermedad psíquicas o mentales, que es mi dictamen de la junta médica regional de invalidez de fecha 24/05/2017 que llevo reclamando ese derecho ya que obtuve un puntaje del 57.25.

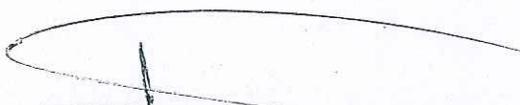
**EXCUSIONES QUE DEBE TENER EN CUENTA LA ASEGURADORA PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.**

01. Cuando la fecha de expedición del dictamen es anterior a la fecha de inicio de la vigencia individual del seguro.
02. Cuando el hecho o circunstancia que genero la incapacidad se allá producido a la fecha de inclusión del asegurado en el presente amparo.
03. Cuando los tramites de la calificación de la incapacidad total y permanente hayan indicado con 12 meses o menos de antelación al inicio de la vigencia de este amparo
04. Entre las condiciones particulares del seguro hay un amparo que se deben aplicar desde el primer día de vigencia del seguro la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE INCLUYENDO LA PRODUCIDA POR PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SUPERIOR A UN 50% Y EN MI CASO TENGO EL 57.25%

05. Solicite a la aseguradora tres años y medio después de haber adquirido la obligación hacer efectiva la póliza de seguro sin que a la fecha se allá echo, y la norma dice que se puede hacer efectiva 12 meses después yo llevaba al momento del siniestro más de 40 meses cancelando la obligación al día hasta que se me presento la situación antes mencionada.
06. Para informarles por undécima solicito se tengan en cuenta mis derechos de acuerdo a lo establecido por la SUPERINTENDECIA FINANCIERA DE COLOMBIA por que cumpla todos los parámetros para que el seguro se haga efectivo a mi favor. Llevo más tres años solicitándole a la entidad bancaria que es la misma dueña de la aseguradora que tenga en cuenta mi situación de salud sí que hasta la fecha lo allá hecho.
07. Cada día agudiza más mi problema porque me llaman hasta altas horas de la noche a pesar de que en varias ocasiones e informado que eso me produce más anidad.

Agradezco la atención prestada a la presente solicitud.

Recibo notificación en la carrera 23B No 9-36E Casa 9 Manzana 2 Barrio la Rosita  
TI. 3227175371 correo electrónico elduro\_18@hotmail.es

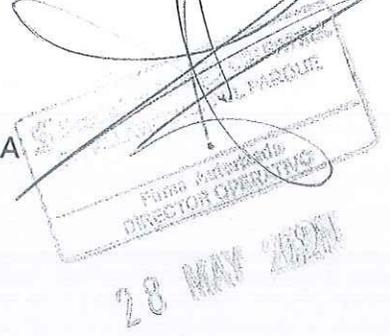


**ORLANDO SAPUY VILLARRUEL**  
**CC. 83230225**

Villavicencio 28 de mayo 2021

Señor : GERENTE GENERAL BANCO COLPATRIA  
Bogotá D.C

Asunto : ENVIO SOLICITUD



Respetados Señores

Yo ORLANDO SAPUY VILLARRUEL, Identificado con la cedula de ciudadanía No 83230225 de Timana Huila, envié me permito solicitar el cumplimiento a lo acordado por intermedio de una llamada el día 28 de abril a las 17.33 horas, donde una funcionaria de la entidad me ofreció tres meses de gracia donde le respondí que si porque mi situación económica no me permitía colocarme al día la señora me informo que la llamada estaba siendo gravada para efecto de cualquier verificación., donde acepte los tres de gracias para continuar pagando la cuota del crédito hipotecario Numero 2241300,00084 que tengo con dicha entidad.

La señora me manifestó que la solicitud pasaba a estudio y que si no me llamaban en tres días era porque había sido aprobada, pero con gran sorpresa a partir del 23 de mayo 20 días después comienzan a llamarme que estoy atrasado en el pago de la cuota, yo le informa a la señora que llama, y me dice que va a verificar y que lo que debo de hacer es un oficio y llevarlo a la oficina más cercana.

Solicito muy comedidamente los tres meses de gracia ya que mi situación económica actual debido a mi incapacidad es muy difícil colocarme al día en estos momentos.

Ya se cancele de nuevo a la junta de invalidez para que me realizar de nuevo la Junta Médica Laboral, para reconfirmar mi incapacidad total y permanente, pero por la situación actual del COVID, no me han llamado a presentarla para verifiquen y confirme mi incapacidad del 57.25% del 27/05/2017 la aseguradora AXA COLPATRIA que se niega a cumplirle a los clientes teniendo en cuenta que se paga un seguro desde el inicio del crédito, ellos han vulneran mis derechos todo este tiempo teniendo claro el dictamen de la Junta Medica Regional de Invalidez después de llevar tres años de haber tomado el crédito.

El Banco Colpatria si me hizo la anotación en el sistema crediticio nacional de **CLIENTE ESPECIAL CON IMCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, situación que me informo el asesor del banco donde solicite un préstamo mostrando el pantallazo, y fue negado la solicitud, también me cancelaron las tarjetas de crédito que manejaba, por la anotación, hecha por el banco Colpatria, pero no tuvieron en cuenta mi incapacidad porque reportaron con mi condición,

Jhon Fredy  
Rodríguez Serrano  
Director

vulnerándome todos mis derechos, pero y si me exigen mis deberes que lo hice al día hasta el momento que se me presento la situación actual..

ANEXO: COPIA JUANTA MEDICA REGIONAL DE INVALIDEZ INFORME DE PONECIA (RESALTADO)

Agradezco la atención prestada a la presente solicitud.

Recibo notificación en la carrera 23B No 9-36E Casa 9 Manzana 2 Barrio la Rosita  
TI. 3227175371 correo electrónico elduro\_18@hotmail.es



ORLANDO SAPUY VILLARRUEL  
CC. 83230225

## Rodriguez Serrano, Jhon

---

**De:** Tu respuesta Scotiabank Colpatría  
**Enviado el:** viernes, 27 de agosto de 2021 12:29  
**Para:** 'elduro\_18@hotmail.com'  
**Asunto:** [CORREO SEGURO] Respuesta Scotiabank Colpatría Solicitud 8827813

Respetado Cliente Orlando Sapuy Villarruel

Para Scotiabank Colpatría es muy importante su experiencia como cliente, por ese motivo prestando atención a su requerimiento remitido bajo el N° 8827813 Referente a la obligación No \*\*\*\*\*0084, • El Banco Scotiabank Colpatría gestionó el trámite ante la compañía de seguros para el pago de la tarjeta de crédito de la referencia.

- Así mismo, le confirmamos que la compañía de seguros aprobó el pago del saldo que presentaba la obligación en referencia, a la fecha del siniestro. Aclaramos que después de la fecha del siniestro se han efectuado utilizaciones en la obligación. Por consiguiente, a la fecha presenta un saldo.
- Por último, informamos que la compañía de seguros no cubre los consumos posteriores a la fecha indicada en el formulario de Dictamen de Invalidez emitido por la Junta Regional y/o Nacional de Calificación de Invalidez o por la EPS o ARL, para los eventos de incapacidad total y permanente.

Le invitamos a disfrutar de nuestra Banca Virtual ingresando a través de nuestra página <https://www.scotiabankcolpatría.com/> o nuestra App para dispositivos móviles en donde podrá realizar sin ningún costo:

- Consulta y pago de nuestros productos
- Pago de servicios públicos
- Pagos de convenios PSE (web)
- Consulta de extractos
- Recargas a celulares
- Radicar solicitudes o Reclamos
- Solicitud de productos: Cuenta de Ahorros y Tarjeta de Crédito.

Reiteramos nuestra disposición ante cualquier solicitud adicional sobre su requerimiento.

Nota: Informamos que la presente dirección de correo electrónico es únicamente un buzón de respuesta, por tal motivo no permite la recepción de solicitudes.

Cordialmente,

Gerencia Customer Service Unit  
Elaborado por: BOGGONCE

---

Scotiabank Colpatría S.A.  
Carrera 9 No. 24-59 Centro de Servicio al Cliente, Bogotá - Colombia.  
[www.scotiabankcolpatría.com](http://www.scotiabankcolpatría.com)



Bogotá, 28 de diciembre de 2021

Señor  
ORLANDO SAPUY VILLARRUEL  
Email: [elduro\\_18@hotmail.es](mailto:elduro_18@hotmail.es)  
Tel. 322 7175371  
Villavicencio

REFERENCIA: OBLIGACIÓN No. 224130000084  
TOMADOR: BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A

Respetado señor:

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de pago de indemnización, presentada a esta Aseguradora, en calidad de beneficiario de la prestación derivada del Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudor por la incapacidad total y permanente, a cuyo propósito les manifestamos lo siguiente:

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A suscribió la póliza vida grupo deudor, con el objeto de amparar en caso de muerte e incapacidad total y permanente a los clientes deudores de tarjetas de crédito Visa y Máster del BANCO COLPATRIA MULTIBANCA S.A. que en su cláusula Intereses Asegurados indica que se cubrirá el saldo insoluto de la deuda a fecha de ocurrencia del siniestro:

De la documentación aportada por el BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A se logró establecer usted, no reporta saldo de deuda para la obligación 224130000084 a fecha de siniestro.

#### "INTERESES ASEGURADOS..."

Se amparan los deudores de tarjeta de crédito MasterCard, Visa, y cualquier otra franquicia o sistema de pago de bajo valor que el banco adquiera durante la vigencia del presente seguro, cubriéndose el saldo insoluto de la deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro.

(El Subrayado y Negrita es nuestro)

#### COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se entiende por Incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado, proveniente de enfermedad o accidente, cuya edad sea ilimitada, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual siempre que dicha incapacidad sea igual o superior a 50% de pérdida de capacidad laboral, según dictamen emitido por un médico legalmente habilitado para calificar la incapacidad (especialista en medicina laboral o salud ocupacional) con base en el manual único de calificación de invalidez vigente.

Esta cobertura se indemnizará siempre y cuando la incapacidad haya existido por un período no menor a 120 días. **Se considera como fecha de siniestro de ITP la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral emitida por la entidad competente.**

Por lo anterior y teniendo en cuenta que el señor Orlando Sapuy Villaruel, no se encuentra amparado bajo la póliza precitada, al no tener saldo de deuda pendiente para la fecha de su fallecimiento, la Compañía lamenta comunicarle que se ve en la imposibilidad de proceder con el pago de la indemnización requerida y en consecuencia objeta formalmente su reclamo, con base en las circunstancias descritas, y con fundamento en las Condiciones Particulares de la Póliza que nos ocupa.

Cordialmente;

NANCY STELLA GONZALEZ ZAPATA  
LIDER GESTIÓN DE SINIESTROS  
CD: STRO-19-000004124

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co)

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • [servicioalcliente@axacolpatria.co](mailto:servicioalcliente@axacolpatria.co)

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 337 4881  
Celular: (57) 313 499 8023, [defensoria@consuelorodriguezvalero.com](mailto:defensoria@consuelorodriguezvalero.com)

Bogotá D.C., 03 de marzo de 2022

Señor  
**Daniel Restrepo Uribe**  
[elduro\\_18@hotmail.es](mailto:elduro_18@hotmail.es); [elduro\\_18@hotmail.com](mailto:elduro_18@hotmail.com)

Referencia. 9560798

Estimado cliente:

En atención a su comunicación radicada ante nuestra entidad, relacionada con el soporte de la póliza de seguro, le informamos lo siguiente:

Una vez recibida su petición, le informamos que remitimos la copia de la caratula del seguro grupo deudor, para los fines pertinentes, de acuerdo con su solicitud.

Agradecemos la atención prestada, esperamos haber atendido su solicitud de manera clara y completa.

Cordialmente,

Dirección Customer Service Unit  
Elaborado por: BOGBEDLA

**Scotiabank Colpatría S.A.**  
Cra. 9 # 24 - 59, Bogotá, Colombia  
[www.scotiabankcolpatría.com](http://www.scotiabankcolpatría.com)



**Línea de Atención**

Bogotá: 6017561616 - Cali: 6024891616 - Medellín: 6046041616 - Barranquilla: 6053851616 - Ibagué: 6082771616 - Pereira: 6063401616 - Cartagena: 6056931616 - Neiva: 6088631616 - Bucaramanga: 6076971616 - Cúcuta: 6075955195 - Santa Marta: 6054365966 - Villavicencio: 6086836126 - Valledupar: 6055898480 - Popayán: 6028353735 - Resto del país: 018000 522222

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatría Establecimiento Bancario



[www.scotiabankcolpatría.com](http://www.scotiabankcolpatría.com)



Bogotá D.C., 02 de Abril de 2020

Señor. (a)  
ORLANDO SAPUY VILLARRUEL  
CL 23 B 8 36  
VILLAVICENCIO

Referencia: Modificación de Condiciones Seguro de Incendio y Terremoto Deudor  
CRÉDITO HIPOTECARIO No. 224130000084

8/17/2014

Nos permitimos comunicarte que a partir del 01 de Abril de 2020 tu póliza de Incendio y Terremoto contratada por Scotiabank Colpatría S.A., inicia una nueva vigencia con la compañía Aseguradora AXA Colpatría Seguros S.A.<sup>1</sup> con una tasa porcentual mensual de 0.0198% IVA incluido, la cual presenta un incremento de solo el 10% sobre la tasa de seguro actual<sup>2</sup> que pagas mensualmente en el CRÉDITO HIPOTECARIO de la referencia; este ajuste lo podrás ver reflejado en la factura mensual de tu obligación. Lo anterior, bajo las siguientes condiciones:

- Tomador y Beneficiario: Scotiabank Colpatría S.A.
- Asegurado: ORLANDO SAPUY VILLARRUEL
- Riesgo Asegurado: CR 23 B 9 36 SUR MZ 2 CS 9
- Vigencia: Del 01/04/2020 a las 00:00 horas al 31/03/2021 a las 24:00 horas, prorrogable por un término de un año a discreción de Scotiabank Colpatría, siempre y cuando conserves la cobertura con el Banco.
- Coberturas: Todo riesgo incendio y terremoto y/o rayo, incluyendo, pero no limitado a: Incendio, terremoto, erupción volcánica, maremoto, tsunami, explosión, daños por agua, anegación, asonada, motín, conmoción civil o popular y/o huelga (HMACC), actos malintencionados de terceros (AMIT) incluidos actos terroristas, cobertura extendida ampliado a cualquier evento de la naturaleza no nombrado específicamente, incendio y/o rayo en aparatos eléctricos.
- Deducibles: Cobertura de terremoto y/o erupción volcánica de tres por ciento (3%) del valor de la pérdida, mínimo tres (3) salarios mínimos mensuales legales vigentes.
- Valor Asegurado: Valor destructible en pesos del inmueble.

Recuerda que siempre tienes la opción de elegir con que compañía de seguros contratar la póliza de tu obligación. Finalmente te recordamos que puedes consultar las condiciones de la póliza, el proceso de reclamación en caso de siniestro, así como los requisitos y proceso para la presentación de endoso de la póliza, en el portal web [www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com) Link Seguros/Incendio y terremoto - Leasing Habitacional o comunicarte con la Línea Colpatría en Bogotá: 0317561616, Cali: 0324891616, Ibagué: 0382771616, Medellín: 0346041616, Neiva: 0388631616, Pereira: 0363401616, Bucaramanga: 0376971616, Barranquilla: 0353851616, Cartagena: 0356931616, Cúcuta: 0375955195, Santa Marta: 0354365966, Villavicencio: 0386836126, Valledupar: 0355898480, Popayán: 0328353735 y Resto del País: 01800052222 para cualquier inquietud adicional. Los documentos del Proceso de Licitación No. 01 de 2020 pueden ser consultados en el portal web [www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com) en el link Licitación Seguros.

Cordialmente,

Scotiabank Colpatría S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

<sup>1</sup> Las pólizas colectivas que Scotiabank Colpatría contrata como tomador y por cuenta de sus deudores, se licitan máximo cada dos años según lo establecido en el numeral 5., del Artículo 2.36.2.1.1., y siguientes del Decreto 2555 de 2010.

<sup>2</sup> El incremento informado es sobre la tasa aplicable, y el porcentaje de variación informado es calculado sobre la tarifa actual que corresponde al 0.0180%. El valor de la prima del seguro podrá variar por el aumento y/o actualización del valor destructible del inmueble asegurado.

® Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatría Establecimiento Bancario.



Línea de Atención

Bogotá: 6017561616 - Cali: 6024891616 - Medellín: 6046041616 - Barranquilla: 6053851616 - Ibagué: 6082771616 - Pereira: 6063401616 - Cartagena: 6056931616 - Neiva: 6088631616 - Bucaramanga: 6076971616 - Cúcuta: 6075955195 - Santa Marta: 6054365966 - Villavicencio: 6086836126 - Valledupar: 6055898480 - Popayán: 6028353735 - Resto del país: 01800052222

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatría Establecimiento Bancario



[www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com)



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.  
850.002.154-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE INCENDIO Y TERREMOTO**

SUCURSAL	RAMO	PÓLIZA	FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE LAS 00:00 HORAS DEL			VIGENCIA HASTA LAS 00:00 HORAS DE MENSUAL RENOVABLE	CERTIFICADO DE EXPEDICIÓN	No CERTIFICADO INDIVIDUAL
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año			
29	1	3152	02	04	2020	01	04	2020		35984	
TOMADOR	SCOTIABANK COLPATRIA S.A.			CIUDAD			BOGOTÁ D.C.			NIT/C.C.	850.034.594-1
DIRECCIÓN	CRA 7 No. 24-89			CIUDAD			BOGOTÁ D.C.			TELÉFONO	745 53 00
ASEGURADO	ORLANDO SAPUY VILLARRUEL			CIUDAD			VILLAVICENCIO			DOCUMENTO IDENTIDAD	83230225
DIRECCIÓN RIESGO	CR 23 B 9 35 SUR MZ 2 CS 9			CIUDAD			VILLAVICENCIO			DEPARTAMENTO	META
BENEFICIARIO ONEROSO	SCOTIABANK COLPATRIA S.A.			CIUDAD			VILLAVICENCIO			NIT / C.C.	850.034.594-1
PRODUCTO		CREDITO HIPOTECARIO		VALOR ASEGURADO TOTAL				\$ 245,583,197			
				AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS				No. DE OBLIGACIÓN			
				AMPAROS				DEDUCIBLE			
				BÁSICO INCENDIO Y/O RAYO				SIN DEDUCIBLE			
				ANEGACIÓN, AVALANCHA Y DESLIZAMIENTO				SIN DEDUCIBLE			
				DAÑOS POR AGUA & EXTENDED COVERAGE				SIN DEDUCIBLE			
				EXPLOSIÓN				SIN DEDUCIBLE			
				HMACC Y AMT				SIN DEDUCIBLE			
				INCENDIO Y RAYO EN APARATOS ELÉCTRICOS				SIN DEDUCIBLE			
				MARISMOTO, MAREJAZA O TSUNAMI				SIN DEDUCIBLE			
				TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA				TRES POR CIENTO (3%) DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO TRES (3) SMMLV			
				ASISTENCIA BÁSICA AL HOGAR				SIN DEDUCIBLE			

NIT 2014

LA FECHA DE PAGO ES MENSUAL AL DÍA DE CORTE DEL PRODUCTO ASOCIADO A ESTE CERTIFICADO.

**MORA: 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 DARÁ DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO. ESTA COBERTURA ES DE VIGENCIA MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA MENSUAL Y PAGOS DE PRIMA MENSUALES. LA MORA SUPERIOR A TREINTA DÍAS CALENDARIO PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO INDIVIDUAL.**

**DECLARO**

- TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESIÓN U OFICIO SON LÍCITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES.
- TENGO CONOCIMIENTO QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGURO, SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DEL SEGURO QUE EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR ELLOS Estrictamente con LA REALIDAD, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO (ART. 1056 DEL CÓDIGO DE COMERCIO) Y QUE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., SE RESERVA TODOS LOS DERECHOS QUE PUEDAN ASISTIRLE EN CASO QUE ANTES O DESPUES DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO SE COMPRUEBE QUE ESTAS DECLARACIONES NO SEAN VERDICAS.
- ACEPTO QUE LA PÓLIZA Y MI INCLUSIÓN EN ELLA SE RENUEVA AUTOMÁTICAMENTE EN FORMA MENSUAL A NO SER QUE POR ESCRITO Y CON ANTELACIÓN NO INFERIOR A DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO MANIFIESTE A LA ASEGURADORA LA INTENCIÓN DE NO RENOVARLO, SIN PERJUICIO DE LA OBLIGACIÓN DE ENDOSAR UNA NUEVA PÓLIZA AL BENEFICIARIO ONEROSO.
- DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA O EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD ES TOTALMENTE CIERTA Y CONFIBLE

**CANALES DE ATENCIÓN:**

Para atender cualquier solicitud, formular quejas o peticiones, consultar las condiciones de la póliza, el proceso de reclamación en caso de siniestro, así como los requisitos y proceso para la presentación de endoso de la póliza podrá consultar la información ingresando a [www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com) Link Seguro/Seguro de Vida deudor/Vida deudor Hipotecario y Leasing habitacional o comunicarse con la Línea Colpatría en Bogotá: 017561616, Cali: 0324891616, Ibagué: 0382771616, Medellín: 0348041616, Neiva: 0388631616, Pereira: 0363401616, Bucaramanga: 0376971616, Barranquilla: 0353851616, Cartagena: 0358631616, Cúcuta: 0375955195, Santa Marta: 0354365966, Villavicencio: 0386836126, Valledupar: 0355898480, Popayán: 0328353735 y Resto del País: 018000522222 para cualquier inquietud adicional

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2508 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

CONDICIONES GENERALES: FORMA 1/01/2017-1908-P-07-P871-2017

EL ASEGURADO HA DESIGNADO COMO BENEFICIARIO ONEROSO A SCOTIABANK COLPATRIA S.A. EN SU CALIDAD DE ACREEDOR HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTÁ D.C., A LOS 02 de Abril de 2020  
EN CASO DE SINIESTRO POR FAVOR COMUNIQUESE CON EL TOMADOR DEL SEGURO

FIRMA AUTORIZADA

NOTA: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., ASUME EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PRESENTE CONTRATO FRENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO

Defensoría del consumidor financiero: Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311 y 312, Bogotá D.C.  
Teléfono: (57-1) 337 4891 - 313 489 80 23 Correo: [defensoria@consumidorfinanciero.com](mailto:defensoria@consumidorfinanciero.com)

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Línea de Atención**

Bogotá: 6017561616 - Cali: 6024891616 - Medellín: 6046041616 - Barranquilla: 6053851616 - Ibagué: 6082771616 - Pereira: 6063401616  
Cartagena: 6056931616 - Neiva: 6088631616 - Bucaramanga: 6076971616 - Cúcuta: 6075955195 - Santa Marta: 6054365966  
Villavicencio: 6086836126 - Valledupar: 6055898480 - Popayán: 6028353735 - Resto del país: 01800052222

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatría Establecimiento Bancario



[www.scotiabankcolpatria.com](http://www.scotiabankcolpatria.com)

