ABOGADOS ASOCIADOS

ASESORÍA JURÍDICA EMPRESARIAL & DEFENSA PROFESIONAL

Señor
JUEZ 5 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO VERBAL
DEMANDANTE: SANTA LEONOR MARTINEZ
DEMANDADO: **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS SA**
RADICADO: 2019-900

Respetado doctor,

RUBÉN LIBARDO RIAÑO GARCÍA, mayor de edad, identificada con C.C. No. **7.175.241,** y T.P. **244.194** CSJ obrando en mi condición de representante legal de la sociedad DP ABOGADOS ASOCIADOS SAS, apoderada Judicial de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS SA,** en forma respetuosa manifiesto que nombro como apoderado sustituto al Dr. JOYME ANDRES ALVAREZ MARROQUIN, identificado con c.c. 1075258633 y T.P. 260759 del Consejo Superior de la Judicatura.

El apoderado que designo queda investido con las mismas facultades que me fueron conferidas.

Respetuosamente,

RUBÉN LIBARDO RIAÑO GARCÍA
C.C. 7.175.241 de Tunja
T.P. 244.194 del C.S. de la J.

Acepto,

JOYME ANDRES ALVAREZ
C.C. N° 1075258633
T.P. 260759 **del C.S. de la J.**

44

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Señores

JUZGADO QUINTO (5) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MULTIPLES DE NEIVA
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO VERBAL
DEMANDANTE: SANTA LEONOR MARTINEZ
DEMANDADO: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS SA Y OTROS
RADICADO: 2019-900

LUISA FERNANDA CABREJO FÉLIX, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con C.C. No. 52.201.373 de Bogotá D.C., obrando en mi condición de Apoderada General de Positiva Compañía de Seguros S.A., según escritura pública No. 3181, de la entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que, como consecuencia de la participación mayoritaria del Estado tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente sometida al Régimen de Empresas Industriales y Comerciales del Estado de conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., tal y como se desprende de los certificados de existencia y representación legal expedidos por la Cámara de Comercio y la Superintendencia Financiera, cuyas copias se adjuntan, entidad que en virtud del contrato de cesión de activos, pasivos y contratos suscrito entre la ARP I.S.S. y La Previsora Vida S.A. de fecha 13 de agosto de 2008, en desarrollo del artículo 155 de la ley 1151 de 2007, aprobada por la Superintendencia Financiera de Colombia mediante Resolución 1293 de 2008, asumió las contingencias que cursaban en contra de la ARP I.S.S., de manera atenta en virtud de la facultad consagrada en el Decreto 1678 de 2016, manifiesto al Señor Juez que confiero poder especial, amplio y suficiente a la empresa **DP ABOGADOS ASOCIADOS S.A.S.,** identificada con Nit. 900.867.141-6 y matricula mercantil número 02591896 del 10 de julio de 2015, para que, en nombre y representación de Positiva Compañía de Seguros S.A., se notifique del auto admisorio de la demanda, la conteste y asuma la representación judicial de la Entidad y lleve hasta su terminación el trámite correspondiente en el proceso de la referencia, en defensa de los intereses de la Compañía.

Nuestro apoderado queda ampliamente facultado, entre otros, para presentar toda clase de memoriales, interponer recursos, solicitar pruebas y conforme al artículo 77º del CGP, expresamente para transigir, desistir, sustituir, retirar, recibir, reasumir y conciliar (Art. 39 de la Ley 712/01). Pese a la facultad que se otorga para recibir, el apoderado puede retirar los títulos, tramitar su conversión, mas no solicitar la entrega de estos a su nombre, ni cobrarlos, quedando expresamente prohibido el endoso a su favor.

Sírvanse reconocer personería al apoderado en la forma y términos en que está conferido este mandato.

LUISA FERNANDA CABREJO FÉLIX
C.C. No. 52.201.373 de Bogotá D.C.

Johan Velasquez
22/01/2020

REPRESENTANTE LEGAL
DP ABOGADOS ASOCIADOS S.A.S
RUBEN LIBARDO RIAÑO GARCÍA
c.c. 7.175.241 de Tunja
T.P. 244194 C.S. de la J.

Fernando Téllez Lombana - Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.
DILIGENCIA DE TESTIMONIO AUTENTICIDAD DE PRESENTACIÓN Y DE FIRMA
El Notario Público doy testimonio que la firma y/o huella puesta en este documento presentado ante este despacho en esta fecha guarda (n) similitud a la de la persona que se presentó personalmente ante este despacho y que la registro en fecha anterior, que previamente se ha dado la confrontación de las mismas con las que aparecen en el archivo de la notaría y el documento a la vista: RUBEN LIBARDO RIANO GARCIA
Identificado con: 7-175-241
No equivale a reconocimiento tiene el valor de testimonio fidedigno y no confiere al documento mayor fuerza de la que por sí tenga. 1100100028

Fernando Téllez Lombana Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.
Notaría 28 del Circulo Notarial de Bogotá D.C.
1100100028 03 FEB. 2020 COD. 4112
FERNANDO TÉLLEZ LOMBANA
Notario Público 28 en Propiedad & en Carrera de Bogotá D.C.

NOTARIA 25 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
El anterior escrito fué presentado personalmente ante este Despacho por: Luisa Fernanda Cabrejo Felix.
quién se identifica con C.C. No. 52.201.373
de Bogotá T.P.
Dirigido a: Juzgado(s) Pequeñas Causas de Neiva
y expuso que el contenido de este documento es cierto y que la firma es puesta en mi presencia.
En constancia se firma hoy: 27 ENE 2020

NOTARIA VEINTICINCO
Bogotá, D.C.
Wilma Zarra Turbay

Aa063631090 Ca349959935

ESCRITURA PÚBLICA No. 3181----------

TRES MIL CIENTO OCHENTA Y UNO----------

DE FECHA: DOCE (12) DE DICIEMBRE DE DOS MIL DIECINUEVE (2.019) OTORGADA EN LA NOTARIA VEINTICINCO (25) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C. ----------

CÓDIGO No. 1100100025.----------

ACTO: **REVOCACIÓN DE PODER GENERAL.** ----------

DE: **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.,** ----------**NIT. 860.011.153-6**

A: **ANDRÉS MAURICIO BRICEÑO CHAVES.** ----------**C.C. 79.802.171**

ACTO: **PODER GENERAL.** ----------

DE: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A---------- NIT. **860.011.153-6**

A: LUISA FERNANDA CABREJO FELIX, ----------C.C. 52.201.373

En la ciudad de Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, a los **DOCE (12)** días mes de **DICIEMBRE** del dos mil diecinueve (2019), ante mi **WILMA ZAFRA TURBAY,** Notaria Veinticinco (25) del Círculo de Bogotá D.C., se otorgó la presente escritura pública que se consigna en los siguientes términos: ----------

---

Compareció con minuta enviada vía e-mail: **FRANCISCO MANUEL SALAZAR GÓMEZ,** mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con cédula de ciudadanía No.3.608.368 de Santuario (Antioquia), obrando en mi condición de Presidente de **Positiva Compañía de Seguros S.A.,** Nit. **860.011.153-6,** según Decreto de nombramiento No.1957 de octubre 19 de 2018 y Acta de Posesión No.213 de octubre 23 de 2018, empresa constituida como sociedad de economía mixta, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., como se desprende del certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera, y certificado expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, cuyas copias se adjuntan, de manera atenta, en virtud de la facultad consagrada en el Decreto 1678 de 2016, manifiesto: ----------

Primero: Que revoco el poder otorgado al señor ANDRES MAURICIO BRICEÑO CHAVES, mediante la Escritura Pública número mil trescientos treinta y siete (1337) del siete (7) de junio de dos mil diecinueve (2019), de la Notaría

Dieciocho (18) de Bogotá.----------

Segundo: Que a nombre de la Sociedad **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., Nit. 860.011.153-6,** confiero poder general, amplio y suficiente, a la Dra. **LUISA FERNANDA CABREJO FELIX,** colombiana, mayor de edad y vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.201.373 y la Tarjeta Profesional No.136604 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en nombre y representación de Positiva Compañía de Seguros S.A. ejerza la representación legal en las siguientes actuaciones:----------

a.) Suscriba los poderes requeridos para otorgar la representación judicial y extrajudicial de la sociedad.----------

b.) Represente a la Sociedad en todas las audiencias judiciales, extrajudiciales y administrativas que se presenten y en aquellas en las que ésta sea parte, quedando expresamente facultada para conciliar, suministrar todas las explicaciones y aclaraciones, absolver interrogatorios de parte y confesar.----------

c.) Presente y conteste las acciones de tutela dentro de las cuales sea parte la Sociedad y represente sus intereses dentro del trámite de las mismas, incluyendo los incidentes de desacato y lo que de ellas se deriven.----------

d.) Represente a la Sociedad en las diligencias administrativas desarrolladas ante el Ministerio del Trabajo, incluyendo las averiguaciones preliminares e investigaciones formales tramitadas en su contra.----------

e.) Actúe como funcionario ejecutor dentro de los procesos de cobro coactivo adelantados por la Sociedad.----------

f.) Se notifique de los actos administrativos proferidos por entidades estatales, que involucren los intereses de la Sociedad. ----------

Presente **LUISA FERNANDA CABREJO FELIX,** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.201.373, dijo: que acepta el poder general que por medio de este instrumento le confiere el Doctor **FRANCISCO MANUEL SALAZAR GÓMEZ,** y que lo ejercerá oportunamente.----------

---

----------HASTA AQUÍ LA MINUTA PRESENTADA----------

LEÍDO el presente instrumento por los comparecientes y advertidos de las

formalidades de Ley, lo firman en prueba de su consentimiento junto con la suscrita Notaria, quien así lo autoriza. Los comparecientes hacen constar que han verificado cuidadosamente sus nombres completos, los números de sus documentos de identidad. Declaran que todas las informaciones consignadas en el presente instrumento son correctas y que en consecuencia, asumen la responsabilidad que se derive de cualquier inexactitud en los mismos. Conocen la Ley y saben que la Notaria responde por la regularidad formal de instrumento que autoriza, pero no de la veracidad de las declaraciones de los interesados. La Notaria advierte que una vez firmado este instrumento no aceptará correcciones o modificaciones, sino en la forma y casos previstos por la Ley. ----------

La presente escritura ha sido elaborada en las hojas de papel notarial números: --
Aa063631090, Aa063632576, Aa063632928 - - - - - - - - - - -

ENMENDADO "Aa063632928" SI VALE

NOTARÍA VEINTIOCHO DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

DERECHOS NOTARIALES: $ 118.800 ---- IVA: $ 41.667 -----
GASTOS DE ESCRITURACION: $ 100.500 ----------
RECAUDO SUPERINTENDENCIA: $ 6.200 ----------
RECAUDO FONDO NACIONAL DE NOTARIADO: $ 6.200 ----------
DECRETO 0188 DEL 12 DE FEBRERO 2.013. ----------
RESOLUCIÓN 0691 DEL 24 DE ENERO DE 2019. MODIFICADA POR RESOLUCIÓN 1002 DEL 31 DE ENERO DE 2019. ---------- YM3606-2019

ESCRITURACIÓN

RECIBIÓ: D. Mora — RADICÓ:
DIGITÓ: L. Rippe — 1° REV.LEGAL: Alino Portela
PRELIQUIDÓ: — LIQUIDÓ: L. Rippe
IDENTIFICÓ y TOMÓ FIRMA: — HUELLAS/FOTO:
IDENTIFICÓ y TOMÓ FIRMA: — HUELLAS/FOTO:
2° REV.LEGAL: V. Sánchez — CIERRE: D. Mora
COPIAS: C. Rojas

FRANCISCO MANUEL SALAZAR GÓMEZ
C.C. 3608368
TEL. o CEL. No. 323 220 4402
DIRECCIÓN: Autonorte # 94-72
CIUDAD: Bogota
E-MAIL: fmsalazar@positiva.gov-co
PROFESIÓN U OFICIO: Abogado
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE DECRETO 1674 DE 2016 SI X NO ____
CARGO: Presidente Positiva FECHA VINCULACIÓN: 23/10/2018
FECHA DE DESVINCULACIÓN:
REPRESENTANTE LEGAL DE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
NIT: 860.011.153-6

A. Contreras

LUISA FERNANDA CABREJO FELIX
C.C. No. 52201373
TEL. o CEL. No. 3016720711
DIRECCIÓN: Autopista Nte. #94-72
CIUDAD: Bogotá
E-MAIL: LUISA.CABREJO@POSITIVA.GOV.CO
PROFESIÓN U OFICIO: ABOGADO
ACTIVIDAD ECONÓMICA:
ESTADO CIVIL: CASADA
PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE DECRETO 1674 DE 2016 SI ____ NO X
CARGO: Gerente Jurídico FECHA VINCULACIÓN: 02/12/19
FECHA DE DESVINCULACIÓN:

A. Contreras

Ca349959933

Certificado Generado con el Pin No: 2073087432539934

Generado el 14 de noviembre de 2019 a las 09:45:46

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

EL SECRETARIO GENERAL AD-HOC

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016, en concordancia con el artículo 1° de la Resolución 1765 del 06 de septiembre de 2010, emanada de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NATURALEZA JURÍDICA: Entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que como consecuencia de la participación mayoría del Estado, tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, sometida al Régimen de Empresas Industriales y Comerciales del Estado de conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 375 del 11 de febrero de 1956 de la Notaría 3 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS TEQUENDAMA DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 5027 del 17 de octubre de 1995 de la Notaría 23 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por LA PREVISORA VIDA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Escritura Pública No 1403 del 12 de marzo de 2007 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de la sociedad es la ciudad de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 1869 del 13 de mayo de 2008 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). La Previsora Vida S.A., Compañía de Seguros, constituida por Escritura Pública número trescientos setenta y cinco (375) del once (11) de Febrero de mil novecientos cincuenta y seis (1956), otorgada ante el Notario Tercero del Círculo de Bogotá D.C., es una entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que como consecuencia de la participación mayoría del estado, tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, sometida al régimen de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado en virtud de lo establecido en el artículo 97 de la Ley 489 de 1998

Escritura Pública No 1260 del 30 de octubre de 2008 de la Notaría 74 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). modifica su razón social de LA PREVISORA VIDA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS por la de POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Escritura Pública No 00669 del 11 de mayo de 2009 de la Notaría 61 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que como consecuencia de la participación mayoritaria del Estado tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente sometida al Régimen de Empresas Industriales y Comerciales del Estado de conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998

Oficio No 2009081396 del 05 de noviembre de 2009 La Administración de Riesgos Profesionales del Instituto de los Seguros Sociales ISS y La Previsora Vida S.A., en virtud de lo establecido en el Artículo 155 de la Ley 1151 de 2007, su Decreto Reglamentario 600 de 2008 adicionado por el Decreto 3269 de 2009, y la Resolución 1293 del 11 de agosto de 2008 emitidas por la Superintendencia Financiera, suscribieron el 13 de agosto de 2008 un Contrato de Cesión de Activos, Pasivos y Contratos por el cual La Previsora Vida S.A. Compañía de Seguros, a partir del 1 de septiembre de 2008 asume todas las obligaciones de Riesgos Profesionales contraídas por la ARP del ISS derivadas de la actividad de aseguramiento de riesgos profesionales y relacionados con prestaciones económicas y asistenciales originadas en eventos de accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional

Certificado Generado con el Pin No: 2073087432539934

Generado el 14 de noviembre de 2019 a las 09:45:46

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

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 4072 del 12 de agosto de 1980

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente de la sociedad será nombrado por el Presidente de la República, como funcionario de libre nombramiento y remoción y tendrá a su cargo la representación legal, la dirección y administración de la Entidad, conforme a las disposiciones legales, los estatutos y demás disposiciones internas o externas que le sean aplicables. Las ausencias definitivas, Temporales o accidentales del Presidente de la compañía, serán provistas por la autoridad a la cual corresponda la facultad nominadora del mismo. SECRETARIO GENERAL Y LOS VICEPRESIDENTES: El Secretario General y Vicepresidentes tendrán en el ejercicio de sus funciones la representación legal de la sociedad, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. Ejercerán las atribuciones y cumplirán con los deberes que le señale el Presidente, y desempeñarán las funciones que en ellos delegare éste de acuerdo con lo previsto en estos estatutos. LOS GERENTES REGIONALES Y DE SUCURSALES: La sociedad tendrá los Gerente Regionales y de sucursal que la junta directiva apruebe a solicitud del Presidente de la sociedad. Estos funcionarios ejercerán la representación de la sociedad en los términos en que la misma les sea delegada por el Presidente de la sociedad. FUNCIONES Y ATRIBUCIONES: son funciones y atribuciones del Presidente de la sociedad: a) Dirigir, coordinar, vigilar y controlar la ejecución de los programas y propósitos de la organización y establecer las funciones del personal al servicio de la sociedad. b) Actuar como ordenador del gasto, celebrando todos los actos y contratos cuya celebración no haya delegado, conforme a las disposiciones pertinentes. c) Representar a la Sociedad para los efectos a que haya lugar. d) Contratar y nombrar de acuerdo con las leyes a los servidores de la sociedad, cuya designación no corresponda a la Asamblea General de Accionistas o a la Junta Directiva, así como también removerlos y conceder las licencias a que hubiere lugar. e) Presentar los balances mensuales a la Junta Directiva. f) Mantener enterada a la Junta Directiva de la marcha de la sociedad y rendir los informes que ésta le solicite. g) Constituir mandatarios que representen a la sociedad en los asuntos judiciales o extrajudiciales a que haya lugar. h) Velar por que el personal de la sociedad cumpla con los deberes a su cargo. i) Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. j) Ejercer las funciones que le deleguen la asamblea general de accionistas o la Junta Directiva y las que le confieren los estatutos y las leyes. k) Delegar alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los funcionarios que estime conveniente. l) Rendir cuentas de su gestión, dentro del mes siguiente a la fecha en la cual se retire del cargo o cuando se lo exija la Asamblea General de Accionistas. Para tal efecto, presentará los estados financieros que fueren pertinentes, junto con un informe de gestión. (Escritura Pública 1548 del 12 de junio de 2012, Notaria 42 de Bogotá)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Francisco Manuel Salazar Gómez Fecha de inicio del cargo: 19/10/2018	CC - 3608368	Presidente
Olga Regina Sanabria Amin Fecha de inicio del cargo: 21/08/2013	CC - 33198824	Vicepresidente Administrativa
María Clara Garrido Garrido Fecha de inicio del cargo: 05/09/2019	CC - 51633738	Vicepresidente de Operaciones
Eduardo Hofmann Pinilla Fecha de inicio del cargo: 08/01/2009	CC - 6760792	Secretario General
Jorge Alberto Silva Acero Fecha de inicio del cargo: 07/02/2019	CC - 19459141	Vicepresidente Técnico
Camilo Eusebio Gómez Cristancho Fecha de inicio del cargo: 11/07/2019	CC - 11344071	Vicepresidente de Promoción y Prevención
Jorge Enrique Pinillos Ramírez Fecha de inicio del cargo: 11/04/2019	CC - 79589922	Vicepresidente de Negocios

48

Ca349959932

Certificado Generado con el Pin No: 2073087432539934

Generado el 14 de noviembre de 2019 a las 09:45:46

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Jaime Eduardo Garzón Ávila Fecha de inicio del cargo: 07/03/2013	CC - 79374072	Vicepresidente de Inversiones y Tesorería

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Vida Grupo, Accidentes personales, Vida individual, Colectivo vida

Resolución S.B. No 3187 del 28 de diciembre de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 550 del 29 de marzo de 1996 Salud (Cancelado por Resolución S.B. Nro. 646 del 14/06/2002)

Resolución S.B. No 0646 del 14 de junio de 2002 la Superintendencia Bancaria revocó la Resolución 550 del 29 de marzo 1996 mediante la cual autorizaba el ramo de salud.

Resolución S.B. No 1508 del 29 de diciembre de 2003 la Superintendencia Bancaria revocó la Resolución 5148 del 31 de diciembre de 1991 mediante la cual autorizaba el ramo de vida grupo y accidentes personales

Resolución S.B. No 1780 del 09 de noviembre de 2004 cancela Colectivo vida

Resolución S.F.C. No 2161 del 09 de noviembre de 2010 ramos de vida grupo, accidentes personales y exequias

Resolución S.F.C. No 1990 del 04 de noviembre de 2011 Pensiones con Conmutación Pensional

Resolución S.F.C. No 2031 del 11 de noviembre de 2011 Pensiones Ley 100

Resolución S.F.C. No 2129 del 22 de noviembre de 2011 autoriza ramo de salud

Resolución S.F.C. No 1787 del 01 de noviembre de 2012 se autoriza para operar el ramo de pensiones voluntarias

Resolución S.F.C. No 1223 del 04 de julio de 2013 autoriza operar el ramo de desempleo

Resolución S.F.C. No 2099 del 21 de noviembre de 2014 autorizado para operar el ramo de Seguro de Beneficios Económicos Periódicos BEPS

MARÍA CATALINA E. C. CRUZ GARCÍA
SECRETARIO GENERAL AD-HOC

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

NOTARÍA 47 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

República de Colombia

12-11-19

10892JaPIGGA8QCD

Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A200765068EE5C

30 de enero de 2020 Hora 10:07:25

AA20076506 Página: 1 de 3

* *

****
Este certificado fue generado electrónicamente y cuenta con un código de verificación que le permite ser validado solo una vez, ingresando a www.ccb.org.co
****
Recuerde que este certificado lo puede adquirir desde su casa u oficina de forma fácil, rápida y segura en www.ccb.org.co
****
Para su seguridad debe verificar la validez y autenticidad de este certificado sin costo alguno de forma fácil, rápida y segura en www.ccb.org.co/certificadoselectronicos/
****

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

La Cámara de Comercio de Bogotá, con fundamento en las matrículas e inscripciones del registro mercantil.

==========
Las personas jurídicas en estado de liquidación no tienen que renovar la matrícula y/o inscripción desde la fecha en que se inició el proceso de liquidación. (Artículo 31 Ley 1429 de 2010, Circular Única de la Superintendencia de Industria y Comercio).
==========

CERTIFICA:

Nombre : DP ABOGADOS ASOCIADOS SAS
N.I.T. : 900867141-6 Administración : DIRECCION SECCIONAL DE IMPUESTOS DE BOGOTA, REGIMEN COMUN
Domicilio : Bogotá D.C.

CERTIFICA:

Matrícula No: 02591896 del 10 de julio de 2015

CERTIFICA:

Renovación de la matrícula: 5 de abril de 2019
Último Año Renovado: 2019
Activo Total: $ 254,342,754

CERTIFICA:

Firma válida
Constanza del Pilar Puentes Trujillo

Dirección de Notificación Judicial: CARRERA 15 # 73 - 68, PISO 3
Municipio: Bogotá D.C.
Email de Notificación Judicial: dpabogados.comercial@outlook.com

Dirección Comercial: CARRERA 15 # 73 - 68, PISO 3
Municipio: Bogotá D.C.
Email Comercial: dpabogados.comercial@outlook.com

CERTIFICA:

Constitución: Que por Documento Privado no. sin num de Accionista Único del 7 de julio de 2015, inscrita el 10 de julio de 2015 bajo el número 01955701 del libro IX, se constituyó la sociedad comercial denominada DP ABOGADOS ASOCIADOS SAS.

CERTIFICA:

Reformas:

Documento No.	Fecha	Origen	Fecha	No.Insc.
006	2019/12/30	Asamblea de Accionist	2020/01/27	02545998

CERTIFICA:

Vigencia: Que la sociedad no se halla disuelta. Duración hasta el 30 de diciembre de 2029.

CERTIFICA:

Objeto Social: La sociedad tendrá por objeto, el desarrollo de las siguientes actividades: 1) Prestar servicios de asesoría y consultoría en materias jurídicas y administrativas en general, con especialidad en el sistema general de seguridad social, derecho laboral, derecho público, derecho administrativo, servicios públicos, contratación estatal, contratación privada, derecho cooperativo, administración de recursos humanos, asesoría y consultoría empresarial. 2) Prestar apoyo y asistencia jurídica y legal, en todo tipo y áreas del derecho, directamente o a través de sus abogados socios o de abogados consultores, asociados o subcontratados. Podrá, así mismo y cuando las circunstancias de asesoría o asistencia integral se requieran, incluir en sus servicios materias técnicas y financieras, para ser dados con el apoyo de los especialistas respectivos; 3) Ejercer la representación judicial, corporativa o administrativa. 4) Servir, directamente o a través de sus socios, de árbitro, amigable componedor, conciliador y de auxiliar de la justicia. 5) Prestar servicios de consultoría y capacitación en materias jurídicas y administrativas. 6) Ejecutar servicios de asesoría para que, junto con los propios, la actividad contractual, el servicio público y abogacía se ejecuten cumpliendo los principios de transparencia y moralidad, con ética, rectitud y respeto. 7) Participar en negocios relacionados con su objeto social, así como hacer inversiones o aportes en negocios, actividades o compañías relacionadas con su actividad o con sus servicios o que tengan relación, con las personas que atienden o representan. 8) Gestionar para sí, sus socios o terceros de planta, externos o asociados, todo tipo de negocios servicios o proyectos de carácter o naturaleza legal o jurídica frente a personas o entidades

públicas o privadas, nacionales o extranjeras. 9) Todas las actividades se podrán desarrollar directamente o por medio de la sociedad o a través de sus socios o de profesionales asociados, consultores o empleados, y tanto para personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, públicas o privadas, individuales o conjuntas. 10) Para el desarrollo de su objeto, la sociedad podrá realizar todos los actos y contratos necesarios, pero sin limitarse a ellos, tales como: Comprar y vender bienes muebles e inmuebles, tomarlos o darlos en arrendamiento, hipoteca prenda, anticresis, leasing, fiducia, etc.; dar o recibir dinero y bienes a cualquier título; celebrar contratos de mandato, representaciones y agencia; otorgar y recibir garantías, negociar títulos valores y efectos comerciales, celebrar contratos de asociación, Joint Ventures, cuentas en participación, consorcios, uniones temporales, promesas de sociedad futuras o cualquier forma de asociación, con o sin dar lugar a la creación de nuevas personas jurídicas; disponer de cuentas corrientes, de ahorro, de depósito de dinero o de títulos valores e inversiones en entidades financieras o comerciales de Colombia y del exterior y, en general, todo tipo de acto o de contrato que se considere necesario para el cabal desarrollo de su objeto social. Sin perjuicio de lo anterior la sociedad podrá realizar, en Colombia y en el exterior cualquier actividad lícita, comercial o civil. Todas las demás inherentes al desarrollo del objeto social.

CERTIFICA:

Actividad Principal:
6910 (Actividades Jurídicas)

CERTIFICA:

Capital:

** Capital Autorizado **

Valor : $5,000,000.00
No. de acciones : 500.00
Valor nominal : $10,000.00

** Capital Suscrito **

Valor : $5,000,000.00
No. de acciones : 500.00
Valor nominal : $10,000.00

** Capital Pagado **

Valor : $5,000,000.00
No. de acciones : 500.00

Valor nominal : $10,000.00

CERTIFICA:

Representación Legal: La administración y representación legal de la sociedad está en cabeza del representante legal.

CERTIFICA:

** Nombramientos **

Que por Acta no. 006 de Asamblea de Accionistas del 30 de diciembre de 2019, inscrita el 27 de enero de 2020 bajo el número 02545999 del libro IX, fue (ron) nombrado (s):

Nombre	Identificación
GERENTE GENERAL	
Santos Ruiz Diana Patricia	C.C. 000000065715969
GERENTE JURIDICO	
Riaño Garcia Ruben Libardo	C.C. 000000007175241

CERTIFICA:

Facultades del Representante Legal: El representante legal puede celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de la sociedad.

CERTIFICA:

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de la correspondiente anotación, siempre que no sean objeto de recurso. Los sábados no son tenidos en cuenta como días hábiles para la Cámara de Comercio de Bogotá.

* * * El presente certificado no constituye permiso de * * *
* * * funcionamiento en ningún caso * * *

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre Planeación Distrital son informativos:
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 29 de enero de 2020.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009.

Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa esta obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

****

Cámara de Comercio de Bogotá

SEDE VIRTUAL

CÓDIGO VERIFICACIÓN: A200765068EE5C

30 de enero de 2020 Hora 10:07:25

AA20076506

* *

** Este certificado refleja la situación jurídica de la **
** sociedad hasta la fecha y hora de su expedición. **
****

El Secretario de la Cámara de Comercio,

Valor: $ 6,100

****
Para verificar que el contenido de este certificado corresponda con la información que reposa en los registros públicos de la Cámara de Comercio de Bogotá, el código de verificación puede ser validado por su destinatario solo una vez, ingresando a www.ccb.org.co
****
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.
****
Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.

900/19 52
T-1060

DIRECCION SECCIONAL DE LA RAMA JUDICIAL
No.Radicacion :OJRE342110 No.Anexos : 0
Fecha :28/02/2020 Hora : 11:50:47
Dependencia : Juzgado 5 Competencias Multiple
DESCRIP: HOL FOL39+1CD RD. 2019-900 S
CLASE : RECIBIDA

Señores:
JUZGADO 5 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPE'
Neiva - Huila.

REFERENCIA: **Radicación 2019 - 900**
DEMANDANTE: **SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS**
DEMANDADO: **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. Y OTRO.**

WILSON EDUARDO CASTAÑEDA HURTADO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.443.884 de Bogotá D. C., abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional número 115.439 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de la Persona Jurídica POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. identificada con NIT. 860.011.153 – 6 según poder conferido mediante escritura pública No. 2.202 del 23/10/2014 ante la Notaría 41 del Círculo de Bogotá D. C., comedidamente concurro a su despacho con el objeto de contestar la demanda y proponer las excepciones de mérito, como medio de defensa en el asunto de la referencia:

OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR:

Me encuentro en la oportunidad procesal señalada por el art. 391 del CGP de 10 días hábiles para contestar la demanda, si se considera que la notificación se realizó por aviso el día 18 febrero de 2020.

SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

Me opongo a la totalidad de las pretensiones solicitadas por la parte demandante, en su escrito de demanda, en tanto que la entidad que represento no está obligada a indemnizar al demandante como consecuencia de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 3400002697, teniendo en cuenta lo siguiente:

El contrato de seguro, en virtud del art. 1036 del Código de Comercio – en adelante C. Cio. – es consensual y bilateral y conforme al arts. 1047 y 1056 del C. Cio., las partes determinan dentro de su autonomía los riesgos que el asegurador toma a su cargo y a su arbitrio asume todos o alguno de los riesgos.

Sumado a lo anterior la señora Leonor Martinez para contratar la Póliza diligenció la Solicitud Individual de Seguro No. 13129 con fecha de diligenciamiento 24/09/2016. A la hora de declarar su estado de salud NEGÖ padecer alguna enfermedad, respondiendo todas la preguntas sobre su estado de salud NEGATIVAMENTE, mintiendo sobre sus antecedentes médicos evidenciados en la historia clínica de Cafesalud - MC Corporación IPS Huila - Los Robles, donde se verifica que antes del 04/11/2016, la asegurada contaba con diagnósticos no informados en la Declaración de Asegurabilidad. La anterior conducta reticente o inexacta privó a la Aseguradora de retraerse de celebrar el contrato o hacerlo en otras condiciones y es sancionado con la nulidad relativa del contrato de seguro. Art. 1058 del C. Cio.

Por lo anterior, POSITIVA S. A., no está obligada a indemnizar al demandante por el presunto incumplimiento de la póliza en la suma pretendida en su demanda.

SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

Al hecho No. 1: No es un hecho. Es una argumentación introductoria de la demanda.

Al hecho No. 2: No nos consta. La relación comercial entre el demandante y la Corporación Nariño y el contrato de seguro con la aseguradora ALLIANZ.

Al hecho No. 3: No nos consta la relación comercial entre la demandante y CREDIFINANCIERA. La Póliza de Vida Grupo Deudores No. 3400002697 fue tomada por CREDIFINANCIERA S.A, con el objeto de brindar cobertura a los asegurados reportados por el Tomador a partir del 01/12/2016 con renovaciones hasta 01/02/2019.

Al hecho No. 4: No nos consta. El trámite realizado ante la Junta Regional del Huila ya que no fuimos convocados.

Al hecho No. 5: No nos consta. La relación comercial entre el demandante y la Corporación Nariño y el contrato de seguro con la aseguradora ALLIANZ.

Al hecho No. 6: No nos consta. La equivocación del Dr. Silva al señalar en su historia clínica antecedentes médicos del año 2005 y que la enfermedad sea del año 2016. Supuesto de hecho que deberá probar el demandante.

Al hecho No. 7: No nos consta. La relación comercial entre el demandante y la Corporación Nariño y el contrato de seguro con la aseguradora ALLIANZ.

Al hecho No. 8: No nos consta. La relación comercial entre el demandante y la Corporación Nariño y el contrato de seguro con la aseguradora ALLIANZ.

Al hecho No. 9: No es un hecho, es un argumento.

Al hecho No. 10: No nos consta la relación comercial entre la demandante y CREDIFINANCIERA. La Póliza de Vida Grupo Deudores No. 3400002697 fue tomada por CREDIFINANCIERA S.A, con el objeto de brindar cobertura a los asegurados reportados por el Tomador a partir del 01/12/2016 con renovaciones hasta 01/02/2019. Las razones que tiene la Aseguradora para Objetar la reclamación figuran por escrito y son aportadas en esta contestación, las cuales son serias y fundadas en la historia clínica aportada por la misma demandante.

Al hecho No. 11: (SIC 7). No es un hecho, es un argumento de la inconformidad por la decisión ajustada a derecho tomada por Positiva S. A.

Al hecho No. 12: (SIC 8). No es un hecho, es la interpretación que hace el demandante del art. 1058 del C. Cio.

Al hecho No. 13: (SIC 9). No es un hecho, es una interpretación que hace el demandante de la cláusulas abusivas.

HECHOS, FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO, DE LA DEFENSA:

Las fuentes formales del contrato de seguro en esencia se encuentran reguladas por el Libro Cuarto del Código de Comercio en su Título V – Del Contrato de Seguro: artículos 1036 al 1162. Con las modificaciones introducidas por las Leyes: 45 de 1990, 389 de 1997 y 510 de 1999. En materia del derecho público del contrato de seguro se regula por la inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, regulada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – EOSF - y la circular externa CE 029/2014 que sustituyo la CE 007 de 1996. Es importante señalar como fuentes, las normas de protección al consumidor financiero establecidas en la Ley 1328/2009 y Ley 1480 de 2011.

El contrato de seguro ha sido definido por la doctrina de la Honorable Corte Constitucional como lo señaló en la Sentencia C-269/99:

> ***(...) Elementos esenciales del contrato de seguro, sus partes y demás intervinientes. Obligaciones principales de las partes.***
>
> *En el derecho colombiano, el contrato de seguro se encuentra regulado en el Decreto 410 de 1972 o Código de Comercio (Título V del Libro IV y en el Título XIII del Libro V), disposiciones que fueron objeto de algunas modificaciones posteriores como en efecto ocurrió con la Ley 45 de 1.990[2] ; sin embargo, es de resaltar, que no existe en esa normatividad una definición expresa del mismo, por lo que una aproximación a ésta resulta de la labor interpretativa de los respectivos textos legales que ha elaborado la doctrina y la jurisprudencia. Es así como, para la Corte Suprema de Justicia, en relación con el concepto del contrato de seguro ha afirmado :*
>
> *"... Aún cuando el Código de Comercio vigente en el país desde 1.972 no contiene en el Título V de su Libro Cuarto ninguna definición expresa del contrato de seguro, lo cierto es que con apoyo en varias de las disposiciones que de dicho Título hacen parte, y de modo particular en los artículos 1037,1045,1047,1054,1066,1072,1077 y 1082, bien pude decirse, sin ahondar desde luego en mayores detalles técnicos para el caso impertinentes, que es aquél negocio solemne, bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo por virtud del cual una persona –el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina ´´prima´´, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al ´´asegurado´´ los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de ´´daños´´ o de ´´indemnización efectiva´´, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro (...)".[3]*
>
> *A su turno, la doctrina colombiana ha diseñado la siguiente noción para ese tipo de contrato[4]:*
>
> *"Es un contrato solemne, bilateral, oneroso y aleatorio (art. 1036), en que intervienen como partes el asegurador, persona jurídica que asume los riesgos (art. 1037, ord. 1º) y el tomador que, obrando por cuenta propia o por cuenta de tercero, traslada los riesgos (arts. 1037, ord. 2º y 1039), cuyos elementos esenciales son (art. 1045) el interés asegurable (arts. 1083 y 1137), el riesgo asegurable (art. 1054), la prima, cuyo pago impone a cargo del tomador (art. 1066)*

y la obligación condicional del asegurador que se transforma en real con el siniestro (art. 1072) y cuya solución debe aquel efectuar dentro del plazo legal (art.1080). (...)"

De las anteriores citas y de conformidad con los artículos 1083, 1137, 1054 y 1066 del Código de Comercio, los elementos del contrato de seguro son : el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador. Su importancia radica en que, si falta alguno de ellos, el contrato no produce efecto alguno[5] (C.Co., art. 1045).

El interés asegurable, es decir, el objeto del contrato de seguro, equivale a "la relación económica, amenazada en su integridad por uno o varios riesgos, en que una persona se halla consigo misma o con otra persona, o con otras cosas o derechos tomados en sentido general o particular[6].", el cual presenta características diversas según se trate de seguros de daños o de personas. El riesgo asegurable ha sido definido por la legislación comercial como "... el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador." (art. 1054).

El tercer elemento, o sea la prima o el precio del contrato de seguro (C.Co., art. 1045), comprende la suma por la cual el asegurador acepta el traslado de los riesgos para asumirlos e indemnizarlos en caso dado. En virtud de la obligación condicional, el asegurador asume el riesgo contratado por el tomador, mediante el pago de la prestación asegurada, sujeta la condición de ocurrencia del siniestro, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 (C.Co., art. 1080[7]). Dicho pago se traduce en una indemnización en los seguros de daños o en la cancelación de la suma asegurada en los seguros de personas.

*De otro lado, en la formación y ejecución del contrato de seguro intervienen dos grupos de personas: a) las partes contratantes, que son las obligadas por el contrato y b) ciertas personas interesadas en sus efectos económicos. Son partes contratantes : el **asegurador**, o sea la persona jurídica que asume los riesgos debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos y el **tomador**, esto es la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos (C.Co. , art. 1037). Es preciso mencionar que el tomador es la persona natural o jurídica[8] que interviene como parte en la formación del contrato, de la cual se exige una capacidad y conducta precontractual (C.Co., art. 1058), determinantes en la validez del negocio jurídico y a cuyo cargo corren ciertas obligaciones. La calidad de tomador es unitaria pues se utiliza en todos los contratos de seguro sin importar su naturaleza y objeto (seguros de daños y de personas) y en la mayoría de los casos coincide con la calidad de asegurado. Esto se desprende de la propia norma, cuando define al tomador como la persona que "obrando por cuenta propia o ajena , traslada los riesgos." (C.Co., art. 1037).*

*Participan en el contrato de seguro, además de las partes : el **asegurado**, como titular del interés asegurable o asegurado, lo que supone que, en los seguros de daños, es la persona cuyo patrimonio puede resultar afectado, directa o indirectamente, con la ocurrencia de un riesgo (C.Co., art. 1083) y en los seguros de personas, aquel cuya vida o integridad corporal se ampara con el contrato de seguro ; y el **beneficiario**, o sea la persona que tiene derecho a recibir la prestación asegurada, quien puede o no identificarse con el tomador o el asegurado, o ser designado en la póliza o por la ley (C.Co., art. 1142).*

La negociación de seguros admite casos en los cuales el tomador, el asegurado y el beneficiario se identifican, en la medida en que sus calidades coinciden en una misma persona según la clase de seguro que se celebre; pero también existen situaciones en las cuales ninguna de ellas converjan ni siquiera en dos personas, como sucede normalmente en el seguro de vida, en donde el tomador, el asegurado y el beneficiario suelen presentarse en forma heterogénea.

Es necesario aclarar que con la entrada en vigencia de la Ley 389/97 (art. 1) el contrato de seguro dejo de ser solemne para darle paso a la consensualidad, pero a su vez el art. 3 de la misma Ley impuso la obligación de probarlo por escrito o por confesión. Así las cosas, el contrato de seguro se perfecciona por el solo consentimiento de las partes y se prueba por escrito o mediante confesión.

Ampliando estos conceptos la Corte Constitucional en su Sentencia T–609/2016, definió claramente la parte sustantiva del contrato de seguro, así:

"A su vez, el artículo 1036 del Código de Comercio establece como elementos definitorios del contrato de seguro los siguientes(22):
(i) Consensual: se perfecciona y nace solo con el consentimiento, por lo que es necesario que exista un acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador.
(ii) Bilateral: las partes se obligan recíprocamente. Igualmente, genera obligaciones para los dos contratantes, para el tomador, la de pagar la prima y para el asegurador, la de asumir el riesgo y por ende la de pagar la indemnización si llega a producirse el evento que la condiciona.
(iii) Oneroso: el contrato reporta beneficio para ambas partes. El tomador debe pagar la prima y el asegurador la prestación asegurada en caso de siniestro.
(iv) Aleatorio: en el contrato de seguro tanto el tomador como el asegurador están sujetos a una contingencia que es la posible ocurrencia de un siniestro.
(v) De ejecución sucesiva: las obligaciones a cargo de los contratantes se van desarrollando continuamente hasta su terminación.
Ahora bien, el artículo 1045 del Código de Comercio establece cuales son los elementos esenciales del contrato de seguro, sin los cuales éste no produce efecto alguno. Dichos elementos son:
(i) Interés asegurable: es considerado el objeto del contrato. "La relación económica amenazada en su integridad por uno o varios riesgos, en que una persona se halla consigo misma o con otra persona, o con otras cosas o derechos tomados en sentido general o particular"(23).
(ii) Riesgo asegurable: "suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro (...)"(24).
Respecto a este punto, el Código de Comercio estipula que es obligación del tomador declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, razón por la cual la reticencia o la inexactitud al hacerlo producen la nulidad del contrato. No obstante, dicha normativa también prevé que "las sanciones consagradas (...) no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente"(25).
(iii) La prima o precio del seguro: "comprende la suma por la cual el asegurador acepta el traslado de los riesgo para asumirlos e indemnizarlos en caso dado"(26).

(iv) La obligación condicional: "el asegurador asume el riesgo contratado por el tomador, mediante el pago de la prestación asegurada, sujeta a la condición de ocurrencia de un siniestro"(27).
Adicionalmente, el artículo 1047 del Código de Comercio establece que el contrato de seguro debe indicar además de las condiciones generales del contrato, las particulares, entendidas como las siguientes:
"1) La razón o denominación social del asegurador;
2) El nombre del tomador;
3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador;
4) La calidad en que actúe el tomador del seguro;
5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro;
6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
7) La suma aseguradora o el modo de precisarla;
8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago;
9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo;
10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y
11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes".
Ahora bien, respecto del seguro de vida como modalidad contractual, la Corte Constitucional ha señalado que este es aquel "acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio"(28).
Finalmente, en Sentencia T-309A de 2013, la Sala Cuarta de Revisión reiteró que además de los elementos anteriores, todo acto jurídico, en especial el contrato de seguro está sometido a la primacía del principio de buena fe(29), el cual es fundamento esencial de los contratos en general. Esto, implica que las partes deben declarar con exactitud las circunstancias que constituyen el estado del riesgo, "con el fin de asegurar la libertad y transparencia en la contratación"(30)."

SOBRE LAS PREEXISTENCIA Y RETICENCIA O INEXACTITUD:

Para el caso concreto como mecanismo de defensa de mi representada es necesario profundizar en los conceptos de *reticencia o inexactitud* a la hora de declarar el estado del riesgo.

La Honorable Corte Constitucional analizó la constitucionalidad del art. 1058 del C. Cio mediante la Sentencia C-232/97 la declaró exequible en los siguientes términos:

"(.....) B.- La infidelidad a la ubérrima buena fe.
Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del

riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines.

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

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

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

*Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece el hecho de que "el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión", agregando que "la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos. En tal sentido se dice que el seguro es**uberrimae fidei contractus**. Esta nota peculiar se manifiesta no sólo en la ejecución del contrato (...), sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Ya hemos dicho que la entidad aseguradora debe escrupulosamente cumplir con el principio de la buena fe, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro (tomador) en el momento en que éste todavía no lo es. Se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influír en la apreciación de los riesgos, cuyas circunstancias el asegurador va a asumir.(...)" (Joaquín Garrigues, ob. cit. págs. 256 y 257).*

Naturalmente, la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Para la Corte Constitucional, es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe.
Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que si el asegurador, como se ha visto, está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios.

Ahora bien sobre las consecuencias de la reticencia o inexactitud dijo:

(...) Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.
En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.
Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto **ab initio,** *en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).*

Lo anterior ha sido ratificado por la Honorable Corte Suprema de Justicia:

Al respecto la Sala en SC 1° jun. 2007, rad. 2004-00179-01, precisó como [d]el referido texto legal [artículo 1058 del Código de Comercio] se puede deducir lo siguiente: (...) 4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de

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

SOBRE LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR EXAMEN MÉDICO:

Es conocido por todos la interpretación que algunos operadores le dan a las sentencias de la Corte Constitucional que le ha dado a casos concretos y con situaciones particulares que ameritaron su intervención en la protección de los derechos fundamentales en fricción entre las partes, por ello es oportuno citar el siguiente precedente que deja clara la prevalecía de la autonomía de los contratantes. ***Sentencia T-463/2017. Julio 18:***

"En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras (al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas),[67] deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato.[68]

Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro, excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.

El alcance de las providencias en las que se estableció la obligación de realizar un examen médico previo a la celebración del contrato de seguro, se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter partes que por regla general tienen las sentencias de tutela.[69]

Por tanto, no puede entenderse lo anterior como una regla sobre la materia, pues en el contrato de seguro rige con amplia intensidad el

principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.[70]

Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010[71] *y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012,*[72] *en los siguientes términos:*

> *"(...) no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público."*

En este sentido, el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud.[73] *No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.*

Así, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que dispone: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar".

SOBRE LA COBERTURA A LOS RIESGOS QUE ASUME LA ASEGURADORA:

Sumado a lo anterior y teniendo en cuenta lo señalado el contrato de seguro, en virtud del art. 1036 del Código de Comercio – en adelante C. Cio. – es consensual y bilateral y conforme al arts. 1047 y 1056 del C. Cio., las partes determinan dentro de su autonomía los riesgos que el asegurador toma a su cargo y a su arbitrio asume todos o alguno de los riesgos. Todo lo anterior en el marco del principio general de los contratos que "ley para los contratantes" art. 1602. C. Civil.

62

Para sustentar este argumento traigo a consideración lo establecido por la Corte Suprema de Justicia en Sentencia 2001-01023 de Agosto 30/2010. MP. Ruth Marina Diaz Rueda, así:

> *"En línea de principio, en el ámbito de los contratos de seguros cuando sea menester asumir la referida labor, esta corporación en reciente fallo expuso: "(...) debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (C. de Co., arts. 1048 a 1050), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria; que, 'en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse 'escritura contentiva del contrato' en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación, evitando favorecer soluciones en mérito de las cuales la compañía aseguradora termine eludiendo su responsabilidad al amparo de cláusulas confusas que de estar al criterio de buena fe podrían recibir una inteligencia que en equidad consulte mejor los intereses del asegurado, o lo que es todavía más grave, dejando sin función el contrato a pesar de las características propias del tipo de seguro que constituye su objeto, fines estos para cuyo logro desde luego habrán de prestar su concurso las normas legales, pero siempre partiendo del supuesto, valga insistir, de que aquí no son de recibo interpretaciones que impliquen el rígido apego literal a estipulaciones consideradas aisladamente y, por ende, sin detenerse en armonizarlas con el espíritu general que le infunde su razón de ser a todo el contexto contractual del que tales estipulaciones son parte integrante' 2º) En armonía también con las orientaciones generales ofrecidas en el numeral anterior, la Corte ha deducido como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento 'de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado' (...).*
>
> ***"Por lo anterior, ha señalado la Sala, 'no puede el intérprete, so pena de sustituir indebidamente a los contratantes interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no han convenido, ni para excluir los realmente convenidos, ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no solo se encuentran expresamente excluidos, sino que, por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida' (...)" (Sents. Cas. Civil, ago. 27/2008, exp. 1997-14171 y 19 de diciembre del mismo***

63

año, exp. 2000-00075. Se omitieron subrayados del texto original)." (Negrillas fuera de texto)

SOBRE LOS DICTAMENES DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Sumado a lo anterior para que el Dictamen de Calificación de la Perdida de Capacidad Laboral emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño tenga validez este debió ser solicitado específicamente para reclamar la indemnización objeto de la litis (Decreto 1352/2013 Art. 1 Num. 3) indicando como parte interesada a Positiva S. A. (Art. 2. Decreto 1352/2013) a quien se le debió notificar la actuación. La violación de los anteriores preceptos es sancionada con la invalidez en procesos diferentes a los solicitados (Art. 54 Par. Decreto 1352/2013).

SOBRE LA CARGA DE LA PRUEBA:

Por otra parte, una de las principales cargas procesales cuando se acude a la jurisdicción es lo relativo a los hechos que se alegan, que por regla general le corresponde a cada parte acreditar los hechos que invoca, tanto los que sirven de base para lo demanda, como los que sustentan las excepciones, de tal manera que deben asumir las consecuencias negativas de no hacerlo: *"las partes en el proceso deben cumplir con el deber de diligencia en lo que pretenden probar. Ninguna debe obrar con inercia porque ello causa que las consecuencias adversas de la decisión sean deducidas en su contra. El proceso no premia la estrategia sino la solución del conflicto con la participación de las partes" (C. Cnal T-733-2013).*

Este postulado se recoge en nuestro ordenamiento jurídico en el art. 167 del CGP: *"Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"*. Y específicamente en el art. 1077 del C. Cio: *"Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro,.... El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad"*.

La aseguradora por su parte prueba con documentos contentivos de la Póliza que existe una definición clara y precisa del amparo otorgado de incapacidad total y permanente, y con prueba documental la declaración reticente del real estado del riesgo.

SOBRE LA PRESCRIPCIÓN:

Por ser de interés en la causa se deben considerar los precedentes de la Corte Suprema en Sentencia SC 130-2018 de Febrero 12/2018., la definió así:

> *"En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La primera "será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción" (inc. 2º); mientras que la otra "será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho" (inc. 3º); términos que "no pueden ser modificados por las partes" (inc. 4º).*
>
> *En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones "tener conocimiento del hecho que da base a la acción" y*

"desde el momento en que nace el respectivo derecho", empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007[3]:

> *...comportan 'una misma idea'[4], esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad 'El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea'". En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era "el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario", pues, como la Corte dijo en otra oportunidad[5], no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal "se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción 'empezará a correr' y no antes, ni después". En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria[6].*

En compendio, el inicio del letal término sólo acontece dentro de las dos hipótesis antes explicadas, en su orden, desde el conocimiento del hecho base de la acción, o desde el momento en que nace el respectivo derecho.....

(sic)...Justamente, aparte de la interrupción civil, que aquí no es tema de decisión, bajo el tenor de esa última preceptiva, la interrupción natural de la prescripción acontece "por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente" (inc.2º), manera esta de impedimento prescriptivo que es aplicable a las acciones del contrato de seguro, como ciertamente, fue reconocido por la Sala en fallo de casación de 23 de mayo de 2006 (Exp. 1998-03792-01).

Esa interrupción natural tiene que ser, como anotó la Corte en esa ocasión, por una conducta inequívoca, de esas que "encajan sin objeción en aquello que la doctrina considera el reconocimiento tácito de obligaciones, para lo cual basta 'que un hecho del deudor implique inequívocamente la confesión de la existencia del derecho del acreedor: así, el pago de una cantidad a cuenta o de los intereses de la deuda, la solicitud de un plazo, la constitución de una garantía, las entrevistas preliminares con el acreedor para tratar del importe de la obligación, un convenio celebrado entre el deudor y un tercero con vista al pago del acreedor' (Planiol, Marcelo y Ripert, Jorge, Tratado Práctico de Derecho Civil, T. VII, Cultural S.A., 1945, pág. 703)".

La ley exige para la interrupción natural, que el deudor debe "reconocer", es decir, asentir, consentir o aceptar la obligación, en forma expresa o tácita, como de manera análoga se establece para la renuncia tácita de la prescripción, en que el deudor "manifiesta por un hecho suyo que reconoce el derecho del dueño o del acreedor", como por ejemplo

cuando "...el que debe dinero paga intereses o pide plazos" (C.C., art. 2514).

Por supuesto que hay una manifestación o conducta que no admite duda, según el significado de lo inequívoco, cuando las partes pactan que una conducta determinada tenga la consecuencia de consolidar un derecho, como entender aprobada una reclamación entre ellas, siempre que emane de una declaración de voluntad consciente y libre, que precisamente se conviene para evitar equívocos o discusiones sobre hipótesis del desarrollo negocial."

PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES DE MERITO:

NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD.

Se fundamenta esta excepción en los hechos, fundamentos y razones de la defensa ya expuestos, en especial a que la señora Leonor Martinez para contratar la Póliza diligenció la Solicitud Individual de Seguro No. 13129 con fecha de diligenciamiento 24/09/2016. A la hora de declarar su estado de salud NEGÓ padecer alguna enfermedad, respondiendo todas la preguntas sobre su estado de salud NEGATIVAMENTE, mintiendo sobre sus antecedentes médicos evidenciados en la historia clínica de Cafesalud - MC Corporación IPS Huila - Los Robles, donde se verifica que antes del 04/11/2016, la asegurada contaba con diagnósticos no informados en la Declaración de Asegurabilidad. Este hecho configura la nulidad antes señalada y le negó la posibilidad a la entidad que represento decidir si otorgaba el amparo o lo hacía de manera diferente.

Dice la norma art. 1058 del C. Cio., que el tomador y/o asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la información solicitada por el asegurador, basados en el principio de buena fe. Siendo pertinente aclarar que la norma exige "declarar" con la verdad el estado del riesgo, no solo "contestar" con la verdad, el hecho que la aseguradora no diligencie un cuestionario amplio presumiendo la mala fe del tomador, no quiere decir que este esté eximido de decir la verdad o decir verdades a medias, porque esta conducta engaña al asegurador, quien tiene el derecho de conocer toda la verdad alrededor del riesgo que va a asumir de su cliente y no de quien pretende engañarlo ocultando hechos que de conocerlos lo llevaría a no contratar o hacerlo con una prima más alta.

LIMITE A LA SUMA ASEGURADA:

Se fundamenta esta excepción en los hechos, fundamentos y razones de la defensa ya expuestos. Si bien está íntimamente relacionada con las anteriores por tratarse de los riesgos que asume la aseguradora, también se pacta la suma asegurada y se señala en la póliza como lo exige el numeral 7 del art. 1047 del C. Cio. Siendo del arbitrio del asegurador asumir todos o algunos de los riesgos a que se expone el interés asegurable y el patrimonio del asegurado. Art. 1056 C. Cio. Por tratarse de una póliza de Vida Grupo Deudores la suma asegurada corresponde al saldo insoluto de la deuda que se pruebe en el proceso y hasta el limite del valor asegurado.

Por lo anterior, lo que se alegue por fuera de los riesgos asegurados y por las sumas aseguradas, son ajenas el contrato de seguro y por ello no existen razones jurídicas o

fácticas que obliguen a la aseguradora a indemnizar. Así la aseguradora no esta obligada a responder si no hasta la concurrencia de la suma asegurada (art. 1079 C. Cio)

LIMITE EN EL ALCANCE RECONOCIDO DEL INTERÉS MORATORIO.

Se fundamenta esta excepción en los hechos, fundamentos y razones de la defensa ya expuestos. Se deberá dar aplicación al art. 1080 del C. Cio y en el evento de ser reconocidos intereses estos deberán ser a partir de haber acreditado su derecho conforme al art. 1077 del C. Cio. Lo anterior en razón a que la reclamación del señor XXX no se encuentra ajustada a la ley por los motivos serios y fundados que fue objetada, por ello, la constitución en mora de la aseguradora será como consecuencia a la reconvención judicial ya que sólo allí se tendrá como acreditado el derecho y desde esa fecha serán los efectos moratorios. En consonancia con el precedente jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia Sentencia SC 1916 - 2018 del 31/05/2018 siendo M. P. Aroldo Quiroz.

PRESCRIPCIÓN O CADUCIDAD DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO:

Se fundamenta esta excepción en los hechos, fundamentos y razones de la defensa ya expuestos. De lograrse probar que pasaron más de dos años sin ejercer la acción, solicito que se declare probada la prescripción de la acción.

Para el caso se tiene que el dictamen No. 8658 fue emitido el 16/04/2018 con fecha de estructuración del 15/05/2017 y al tenor del art. 3 del Decreto 1507 de 2015: *"Fecha de estructuración: Se entiende como la fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional.....Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral." Por lo anterior, para el amparo de Incapacidad Total y Permanente reclamado por el demandante la fecha del siniestro corresponde a la fecha de estructuración de la invalides.*

Entonces tenemos como fecha del siniestro el 15/05/2017 por ello el plazo máximo para presentar la demanda venció el 15/05/2019 y para el caso fue radicada el 19/11/2019. Cuando ya operó el fenómeno de prescripción.

BUENA FE EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO:

Se fundamenta esta excepción en el hecho de que todas las actuaciones de mi representada han estado enmarcadas en la buena fe que la ley le exige en todas y cada una de sus relaciones jurídicas.

GENÉRICA O INNOMINADA:

Que se declare toda excepción cuyos presupuestos fácticos o jurídicos se determinen en el proceso.

SOLICITUD:

En caso tal que el despacho encuentre probada alguna de las excepciones propuestas solicito, respetuosamente, que se declare como probado y ponga fin al proceso a favor de mi representada y proceda a la condena a costas a que tenga lugar.

PRUEBAS:

Solicito se decreten a mi favor, los siguientes medios probatorios:

INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito se sirva decretar interrogatorio de parte al demandante SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS, en su dirección de notificaciones, para que lo absuelva mediante cuestionario que le formularé verbalmente en la audiencia que se programe para tal efecto o por escrito de acuerdo a las normas procesales.

DOCUMENTOS:

Solicito tener como prueba de los hechos antes narrados los documentos que se aportan en copia autentica y copia simple, al tenor de los 244 y 246 del Código General del Proceso, las siguientes:

1. Certificado de vigencia de la Póliza objeto de la litis.
2. Póliza No. 3400002687.
3. Condiciones Generales de la Póliza.
4. Anexo de Condiciones Especiales del Seguro de Vida Grupo Deudores.
5. Amparo de Incapacidad Total y Permanente.
6. Condiciones Particulares de Póliza.
7. Copia de la Objeción.
8. Se aportan CD con tres archivos:

5.1. Expediente administrativo con 464 paginas.
5.2. Historia Clínica con 250 paginas.
5.3. Antecedentes de la reclamación con 240 paginas.

ANEXOS:

1. Escritura Pública No. 2.202 del 23/10/2014 de la Notaría 41 del Círculo de Bogotá D. C., por cual se me confiere poder para actuar.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de POSITIVA S. A.
3. Los documentos aportados como prueba, señalados en el acápite correspondiente.
4. Copia para el archivo del despacho.

68

NOTIFICACIONES:

A Positiva Compañía de Seguros S.A., en su domicilio ubicado en AK 45 AUT NORTE No. 94 – 72 BOGOTÁ D. C.,

Al suscrito, Calle 72 # 29 – 40 de Bogotá D. C., celular 311-3415491, correo electrónico wech22@gmail.com.

Cordialmente,

WILSON EDUARDO CASTAÑEDA HURTADO
C.C. 79.443.884 de Bogotá D. C.,
T.P. 115.439. C. S. J.

NOTARIA CUARENTA Y SEIS

PRESENTACIÓN PERSONAL

EL ANTERIOR ESCRITO FUE PRESENTADO PERSONALMENTE ANTE EL SUSCRITO NOTARIO CUARENTA Y SEIS DE BOGOTA D.C. POR:

CASTAÑEDA HURTADO WILSON EDUARDO

con: **C.C. 79443884**

Y DECLARO QUE EL CONTENIDO DEL ANTERIOR DOCUMENTO ES CIERTO Y QUE LA FIRMA Y HUELLA QUE LO AUTORIZA FUE PUESTA POR EL

NOTARIA 46

www.notariaenlinea.com
Documento: 5pdbs

825-22677b8a
Bogotá D.C.
2020-02-26 12:13:26

HELIA LUZ ALTAMAR LOZANO
NOTARIA 46 DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.

NOTARIA CUARENTA Y SEIS

69

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2577369485884336

Generado el 26 de febrero de 2020 a las 13:35:22

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

EL SECRETARIO GENERAL

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

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NATURALEZA JURÍDICA: Entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que como consecuencia de la participación mayoría del Estado, tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, sometida al Régimen de Empresas Industriales y Comerciales del Estado de conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 375 del 11 de febrero de 1956 de la Notaría 3 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS TEQUENDAMA DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 5027 del 17 de octubre de 1995 de la Notaría 23 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por LA PREVISORA VIDA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS.

Escritura Pública No 1403 del 12 de marzo de 2007 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de la sociedad es la ciudad de Bogotá D.C.

Escritura Pública No 1869 del 13 de mayo de 2008 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). La Previsora Vida S.A., Compañía de Seguros, constituida por Escritura Pública número trescientos setente y cinco (375) del once (11) de Febrero de mil novecientos cincuenta y seis (1956), otorgada ante el Notario Tercero del Círculo de Bogotá D.C., es una entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que, como consecuencia de la participación mayoría del estado, tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, sometida al régimen de las Empresas Industriales y Comerciales del Estado en virtud de lo establecido en el artículo 97 de la Ley 489 de 1998

Escritura Pública No 1260 del 30 de octubre de 2008 de la Notaría 74 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). modifica su razón social de LA PREVISORA VIDA S.A. COMPAÑIA DE SEGUROS por la de POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Escritura Pública No 00669 del 11 de mayo de 2009 de la Notaría 61 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que como consecuencia de la participación mayoritaria del Estado tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente sometida al Régimen de Empresas Industriales y Comerciales del Estado de conformidad con el artículo 97 de la Ley 489 de 1998

Oficio No 2009081396 del 05 de noviembre de 2009 La Administración de Riesgos Profesionales del Instituto de los Seguros Sociales ISS y La Previsora Vida S.A., en virtud de lo establecido en el Artículo 155 de la Ley 1151 de 2007, su Decreto Reglamentario 600 de 2008 adicionado por el Decreto 3269 de 2009, y la Resolución 1293 del 11 de agosto de 2008 emitidas por la Superintendencia Financiera, suscribieron el 13 de agosto de 2008 un Contrato de Cesión de Activos, Pasivos y Contratos por el cual La Previsora Vida S.A. Compañía de Seguros, a partir del 1 de septiembre de 2008 asume todas las obligaciones de Riesgos Profesionales contraídas por la ARP del ISS derivadas de la actividad de aseguramiento de riesgos profesionales y relacionados con prestaciones económicas y asistenciales originadas en eventos de accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2577369485884336

Generado el 26 de febrero de 2020 a las 13:35:22

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

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 4072 del 12 de agosto de 1980

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente de la sociedad será nombrado por el Presidente de la República, como funcionario de libre nombramiento y remoción y tendrá a su cargo la representación legal, la dirección y administración de le Entidad, conforme a las disposiciones legales, los estatutos y demás disposiciones internas o externas que le sean aplicables. Las ausencias definitivas, Temporales o accidentales del Presidente de la compañía, serán provistas por la autoridad a la cual corresponda la facultad nominadora del mismo. SECRETARIO GENERAL Y LOS VICEPRESIDENTES: El Secretario General y Vicepresidentes tendrán en el ejercicio de sus funciones la representación legal de la sociedad, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. Ejercerán las atribuciones y cumplirán con los deberes que le señale el Presidente, y desempeñarán las funciones que en ellos delegare éste de acuerdo con lo previsto en estos estatutos. LOS GERENTES REGIONALES Y DE SUCURSALES: La sociedad tendrá los Gerente Regionales y de sucursal que la junta directiva apruebe a solicitud del Presidente de la sociedad. Estos funcionarios ejercerán la representación de la sociedad en los términos en que la misma les sea delegada por el Presidente de la sociedad. FUNCIONES Y ATRIBUCIONES: son funciones y atribuciones del Presidente de la sociedad: a) Dirigir, coordinar, vigilar y controlar la ejecución de los programas y propósitos de la organización y establecer las funciones del personal al servicio de la sociedad. b) Actuar como ordenador del gasto, celebrando todos los actos y contratos cuya celebración no haya delegado, conforme a las disposiciones pertinentes. c) Representar a la Sociedad para los efectos a que haya lugar. d) Contratar y nombrar de acuerdo con las leyes a los servidores de la sociedad, cuya designación no corresponda a la Asamblea General de Accionistas o a la Junta Directiva, así como también removerlos y conceder las licencias a que hubiere lugar. e) Presentar los balances mensuales a la Junta Directiva. f) Mantener enterada a la Junta Directiva de la marcha de la sociedad y rendir los informes que ésta le solicite. g) Constituir mandatarios que representen a la sociedad en los asuntos judiciales o extrajudiciales a que haya lugar. h) Velar por que el personal de la sociedad cumpla con los deberes a su cargo. i) Cumplir y hacer cumplir las decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. j) Ejercer las funciones que le deleguen la asamblea general de accionistas o la Junta Directiva y las que le confieren los estatutos y las leyes. k) Delegar alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los funcionarios que estime conveniente. l) Rendir cuentas de su gestión, dentro del mes siguiente a la fecha en la cual se retire del cargo o cuando se lo exija la Asamblea General de Accionistas. Para tal efecto, presentará los estados financieros que fueren pertinentes, junto con un informe de gestión. (Escritura Pública 1548 del 12 de junio de 2012, Notaria 42 de Bogotá)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Francisco Manuel Salazar Gómez Fecha de inicio del cargo: 19/10/2018	CC - 3608368	Presidente
Olga Regina Sanabria Amin Fecha de inicio del cargo: 21/08/2013	CC - 33198824	Vicepresidente Administrativa
María Clara Garrido Garrido Fecha de inicio del cargo: 05/09/2019	CC - 51633738	Vicepresidente de Operaciones
Eduardo Hofmann Pinilla Fecha de inicio del cargo: 08/01/2009	CC - 6760792	Secretario General
Jorge Alberto Silva Acero Fecha de inicio del cargo: 07/02/2019	CC - 19459141	Vicepresidente Técnico
Camilo Eusebio Gómez Cristancho Fecha de inicio del cargo: 11/07/2019	CC - 11344071	Vicepresidente de Promoción y Prevención
Jorge Enrique Pinillos Ramírez Fecha de inicio del cargo: 11/04/2019	CC - 79589922	Vicepresidente de Negocios

90

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2577369485884336

Generado el 26 de febrero de 2020 a las 13:35:22

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Jaime Eduardo Garzón Ávila Fecha de inicio del cargo: 07/03/2013	CC - 79374072	Vicepresidente de Inversiones y Tesorería

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Vida Grupo, Accidentes personales, Vida individual, Colectivo vida

Resolución S.B. No 3187 del 28 de diciembre de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 550 del 29 de marzo de 1996 Salud (Cancelado por Resolución S.B. Nro. 646 del 14/06/2002)

Resolución S.B. No 0646 del 14 de junio de 2002 la Superintendencia Bancaria revocó la Resolución 550 del 29 de marzo 1996 mediante la cual autorizaba el ramo de salud.

Resolución S.B. No 1508 del 29 de diciembre de 2003 la Superintendencia Bancaria revocó la Resolución 5148 del 31 de diciembre de 1991 mediante la cual autorizaba el ramo de vida grupo y accidentes personales

Resolución S.B. No 1780 del 09 de noviembre de 2004 cancela Colectivo vida

Resolución S.F.C. No 2161 del 09 de noviembre de 2010 ramos de vida grupo, accidentes personales y exequias

Resolución S.F.C. No 1990 del 04 de noviembre de 2011 Pensiones con Conmutación Pensional

Resolución S.F.C. No 2031 del 11 de noviembre de 2011 Pensiones Ley 100

Resolución S.F.C. No 2129 del 22 de noviembre de 2011 autoriza ramo de salud

Resolución S.F.C. No 1787 del 01 de noviembre de 2012 se autoriza para operar el ramo de pensiones voluntarias

Resolución S.F.C. No 1223 del 04 de julio de 2013 autoriza operar el ramo de desempleo

Resolución S.F.C. No 2099 del 21 de noviembre de 2014 autorizado para operar el ramo de Seguro de Beneficios Económicos Periódicos BEPS

MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL

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

República de Colombia

JURÍDICA SIN INMUEBLES - REPOSITORIO VUR 1

A018872033

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO: (2.202)

DOS MIL DOSCIENTOS DOS

DE LA NOTARÍA CUARENTA Y UNA (41ª) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL

FECHA DE OTORGAMIENTO: (23) VEINTITRES DE OCTUBRE

DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014)

CLASE DE ACTO: PODER GENERAL CON CLÁUSULAS ESPECIALES OTORGADO POR PERSONA JURÍDICA (SIN INMUEBLES)

PERSONA QUE INTERVIENE EN EL ACTO: EDUARDO HOFMANN PINILLA OBRANDO EN CALIDAD DE SECRETARIO GENERAL Y POR TANTO REPRESENTANTE LEGAL DE LA SOCIEDAD POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A (PODERDANTE)

VIGENCIA: INDEFINIDA A PARTIR DEL OTORGAMIENTO DEL PRESENTE INSTRUMENTO PÚBLICO.

Dentro del Círculo Notarial del Distrito Capital de Bogotá, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, en donde queda radicada la Notaría Cuarenta y Una (41ª) de la circunscripción mencionada y cuyo Notario En Propiedad es:

ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE

Compareció mediante minuta escrita, quien dijo ser EDUARDO HOFMANN PINILLA, varón, colombiano, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., de estado civil casado identificado con la cédula de ciudadanía número 6.760.792 expedida en Tunja (Boyacá), quien obra en su calidad de Secretario General y en consecuencia, Representante Legal de la sociedad POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A identificada tributariamente con NIT número 860.011.153-6, entidad aseguradora, organizada como sociedad anónima que como consecuencia de la participación del Estado, tiene el carácter de entidad descentralizada indirecta del nivel nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, sometida al régimen de Empresas Industriales y Comerciales del Estado constituida mediante la escritura pública número trescientos setenta y cinco (375) de fecha once (11) de febrero del año mil novecientos cincuenta y seis (1956) otorgada ante la Notaría Tercera (3) del círculo de Bogotá, tal y como se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera que se anexa para su

LORENA 2448 - 2014

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

Kenny Lorena Peñuela González C.C. 1.018.475.416

Vo.Bo.

Cadena S.A.

C.C.

protocolización con el presente instrumento público, y manifestó:

Que por medio del presente instrumento público confiero poder especial a **WILSON EDUARDO CASTAÑEDA HURTADO** varón, colombiano, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., de estado civil, casado identificado con la cédula de ciudadanía número 79.443.884 expedida en Bogotá D.C., Abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional número 115.439 expedida por el Consejo Superior de La Judicatura, para que en nombre y representación de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A realice los siguientes actos:

PRIMERO: Conteste y presente acciones de tutela en nombre y representación de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

SEGUNDO: Presente y conteste demandas en procesos adelantados por la Compañía o en contra de misma.

TERCERO: Se notifique de los autos de admisión de demandas y llamamientos en garantía en procesos iniciados en contra de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. o de donde esta sea parte.

CUARTO: Asista en representación de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. a las Audiencias de conciliación, interrogatorios de parte, nulidades, declaraciones y presente recursos, descargos, alegatos de conclusión y pruebas en general, en asuntos citados por la Procuraduría General de la Nación, El Ministerio de Trabajo, La Superintendencia de Salud, La Superintendencia de Sociedades, La Superintendencia Financiera de Colombia, y cualquier otro organismo, autoridad judicial o administrativa del orden nacional, departamental y/o municipal con facultades para conciliar.

QUINTO.- VIGENCIA: El presente poder tendrá vigencia: INDEFINIDA a partir de la fecha de otorgamiento de la presente escritura pública.

EL COMPARECIENTE dejo expresa constancia que sus declaraciones emitidas mediante esta minuta escrita y aprobadas por el comprenden absolutamente el texto extendido en todas las hojas de papel notarial desde la primera página y hoja de este instrumento público.

(Hasta aquí la transcripción de la minuta escrita presentada por el Compareciente. Se deja constancia que todo aquello que conste por escrito extendido en papel notarial, está elevado a escritura pública conforme a la minuta escrita presentada por las Comparecientes.

ADVERTENCIAS

República de Colombia

000002

Aa013872934

El Notario advirtió a el compareciente lo siguiente: 1) Que el compareciente y suscriptor de la presente escritura debe leer el texto completo del presente instrumento y entender su contenido, pues los errores que no advierta y no haga corregir previamente a su firma, son de su exclusiva responsabilidad. Toda corrección posterior a la firma, requiere de escritura pública de aclaración (Art. 102 D.L. 960/70).; 2) Que las declaraciones emitidas por el deben obedecer a la verdad; 3) Que es responsable penal y civilmente en el evento que se utilice este instrumento con fines fraudulentos o ilegales; 4) Que se abstiene de dar fe sobre el querer o fuero interno del compareciente que no se expresó en este documento; 5) El poder en si, contiene declaraciones del mandante y, como tal, solo da o confiere las potestades o facultades que la misma poderdante por su propio alcance, naturaleza, escencia, capacidad, habilidad, etc, puede o está en condición de otorgar.; 6) Que en el desarrollo del mandato se debe tener en cuenta el Título XXVII de libro IX del Código Civil y los requisitos y Limitaciones que se presentan frente al mandato de los artículos 15 del Decreto 2148/83 modificado por el artículo del Decreto 231 de 1985 y el artículo 89 del Decreto Ley 019 de 2012.; 7) Sobre la necesidad de imprimir sobre el papel notarial junto a la firma de cada uno la huella dactilar de conformidad al numeral 6 del artículo 17 del Decreto Ley 0019 de 2012.----------

----------OTORGAMIENTO Y AUTORIZACIÓN----------

El documento precedente fue leído en forma legal por el compareciente quien previa revisión minuciosa y no obstante las advertencias anteriores insiste en el otorgamiento e imparte sin objeción su aprobación al verificar que no hay ningún error y por encontrar que expresan sus voluntades en forma fidedigna. El Notario da fe de que estas declaraciones firmadas por la parte, fue aprobada por la compareciente de conformidad a la Ley y en consecuencia autoriza con su firma la presente Escritura Pública dejando constancia que le advirtió sobre las relaciones que el presente acto genera y la necesidad de inscribirlo en el registro competente.----------

LA PRESENTE ESCRITURA PUBLICA SE EXTENDIÓ EN LAS HOJAS DE PAPEL NOTARIAL NUMEROS: Aa013872933, Aa013872934, Aa013872935----------

EN CONSTANCIA SE FIRMA COMO APARECE EN LA HOJA DE PAPEL NOTARIAL NUMERO: Aa013872935----------

DERECHOS NOTARIALES $ 47.300- SEGÚN RESOLUCIÓN NÚMERO 0088 DEL 08 DE ENERO DE 2014 DE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO, RECAUDO PARA LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO $ 4.600- Y PARA EL FONDO CUENTA ESPECIAL DEL NOTARIADO $ 4.600- ----------

PROTOCOLIZACIONES SOLICITADAS: ----------

El compareciente han solicitado a la Notaría la protocolización de los siguientes documentos:

LORENA 2448 - 2014

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

Jenny Lorena Henao González C.C. 1.018.475.476

Vo.Bo.

C.C. 80.872.035

* COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LA COMPARECIENTE.
* DOCUMENTOS QUE ACREDITAN LA EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA SOCIEDAD POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
* HOJA DE REPARTO NOTARIAL NÚMERO 188 DE FECHA 6 DE OCTUBRE DE 2014 RADICACIÓN RN2014-11746.

República de Colombia

SUPERINTENDENCIA JURIDICA SIN INMUEBLES - REPOSITORIO VUR: 5

Aa013872935

ESTA HOJA HACE PARTE DE LA ESCRITURA PUBLICA NUMERO (2.202)
DOS MIL DOSCIENTOS DOS
DE FECHA: (23) VEINTITRES DE OCTUBRE
DEL AÑO DOS MIL CATORCE (2014), DE LA NOTARIA 41 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

23 OCT. 2014

Ronald Quevedo Rendon Rea
C.C. 1.076.021.555
Vo. Bo.

EDUARDO HOFMANN PINILLA
C.C. No. 6.760.192
INDICE DERECHO
CORREO ELECTRONICO:
TELEFONO FIJO: 650 2204
CELULAR: 310 220 8345
DIRECCION: Av. Cra. 45 # 94-22 P10
ACTIVIDAD ECONOMICA: Empleado
ESTADO CIVIL: Casado

QUIEN OBRA EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA SOCIEDAD POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A

Mario Alberto Molina Diaz
C.C. 80.066.771
Vo. Bo.

EL NOTARIO,

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría
Bogotá D.C.
Publ.
ALIRIO VIRVIESCAS CALVERE

ALIRIO VIRVIESCAS CALVERE
NOTARIO 41 EN PROPIEDAD
NOMBRADO MEDIANTE CONCURSO.

Luz Adriana Quintero Pacheco
C.C. 51.951.360
Vo. Bo.

LORENA 2448 - 2014

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

Kenny Lorena Pelaez Gonzalez
C.C. 1.018.415.476
Vo. Bo.

CIRCULO DE BOGOTA D.C.
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
REPUBLICA DE COLOMBIA

74

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

La suscrita Gerente Afiliaciones y Novedades de

Positiva Compañía de Seguros S.A.

Certifica que:

Positiva Compañía de Seguros S.A., expidió póliza de vida grupo deudores número 3400002697 cuyo tomador fue el CREDIFINANCIERA S.A. C.F. con vigencia del 01/12/2016 hasta el 01/02/2019.

Se expide certificación el veinticinco de febrero de dos mil veinte.

LUISA MARINA URIBE RESTREPO
Gerente Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

Proyecto: Sara Ramirez Henao.

Bogotá,
14200

Señores
CREDIFINANCIERA S.A. CF
Carrera 10 No. 65 – 98 Piso 5
Teléfono: 489 0140
Bogotá, D.C.

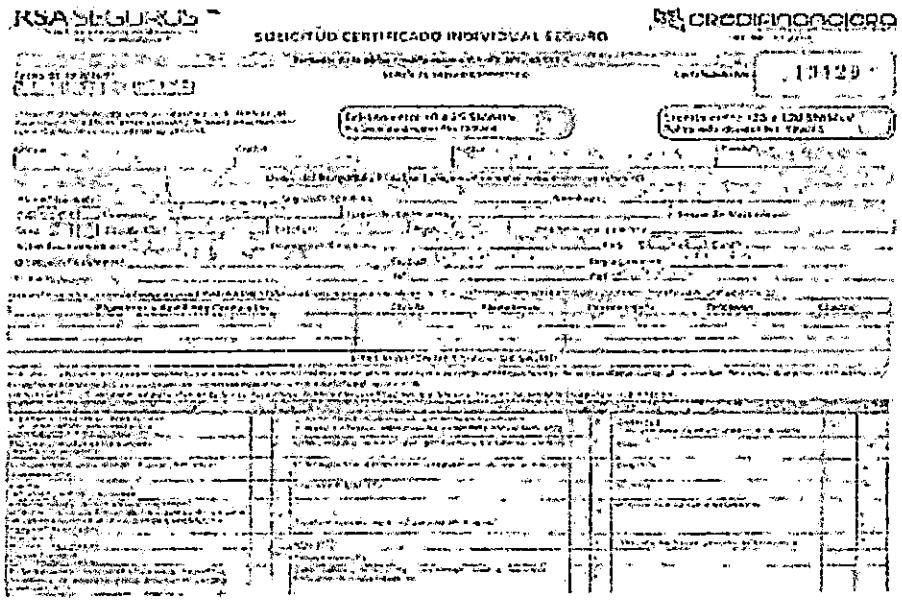
Asunto:	**Reclamación por siniestro del 10/Oct/2017**
Póliza:	**Vida Grupo Deudores Nro. 3400002697**
Tomador:	***CREDIFINANCIERA S.A. CF***
Amparos:	**Incapacidad Total y Permanente**
Asegurado:	**SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS - C.C. 26.593.111**

Respetados señores:

Reciban un cordial saludo por parte de Positiva Compañía de Seguros S.A. Dando respuesta a la reclamación, mediante la cual solicita el pago de la indemnización por el amparo de "Incapacidad Total Permanente"; atentamente informamos que una vez se sometido el caso a la auditoría médica en el cual se revisó la Historia Clínica y los antecedentes del evento, se estableció lo siguiente:

"Se revisa la historia clínica de ***Cafesalud – MC Corporación IPS Huila – Los Robles***, aportada como soporte de la reclamación y se verifica que antes del ***4/Nov/2016*** la paciente contaba con diagnósticos no informados en la Declaración de Asegurabilidad de esa fecha".

Que el día ***24/Sep/2016***, fecha en la cual se diligenció el formulario de la "Solicitud Certificado Individual Nro. "***13129***" de la Póliza de Seguro de Vida Grupo deudores No. **3400002697**, en el párrafo de la "DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD" registro las siguientes respuestas:


RSA SEGUROS
SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO
CREDIFINANCIERA
13129

Que el primer párrafo del artículo 1058 del Código de Comercio que indica:

> "ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>. **El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador**. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.
>
> **Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa**, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. (Subrayado y negrilla fuera

En este sentido la Superintendencia Financiera, mediante Concepto No. 2003005569-3. Julio 1 de 2003, explica lo siguiente:

> *"Con referencia a la vigencia de la póliza debe señalarse que de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1047 del Código de Comercio la póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato **"los riesgos que el asegurador toma a su cargo"(...).***
>
> *La delimitación de los riesgos a que esté expuesto el interés asegurado, con la precisión de su alcance positivo a través de la descripción del amparo y su extensión, así como del negativo con la definición de las exclusiones o eventos no amparados, se constituye en un elemento ineludible para la plena eficacia del seguro.*
>
> *En relación con el desarrollo del mencionado principio en el contrato de seguro ha manifestado la Corte Suprema de Justicia: "En virtud de este amplísimo principio, el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse, impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, queden sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley (...)"*
>
> *En este orden de ideas, la individualización del riesgo también se encuentra referida al lapso de tiempo durante el cual la ocurrencia del siniestro hace exigible la responsabilidad del asegurador. Por tal razón, el citado artículo 1047 del Código de Comercio señala que además de las condiciones generales del contrato la póliza debe expresar: "La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento o el modo de determinar unas y otras..."*

De conformidad con lo anterior y teniendo en cuenta las circunstancias de orden fáctico y legal antes manifestadas, esta Aseguradora decide OBJETAR su reclamación de manera seria y fundada, absteniéndose de reconocer cualquier valor a título de indemnización, teniendo en cuenta que la ocurrencia del hecho por la cual se pretende afectar el amparo, no se encuentra cubierto por la Póliza No. 3400002697, en la cual la señora **SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS** figuraba como Asegurada.

Cordialmente,

SONIA ESPERANZA BENITEZ GARZÓN
Gerente de Indemnizaciones

Proyectó y Elaboró: Doris Aneida Pulido Figueroa
Revisó: Lidia Adriana Jiménez Medina
Forma de envío: A
24/Oct/2017

78

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Nit: 860.011.153-6

VIDA GRUPO - DEUDORES (INNOMINADO)
Nro.3400002697-0

SUCURSAL	FECHA DE EXPEDICIÓN	VIGENCIA DEL SEGURO DESDE LAS 24 HORAS	VIGENCIA DEL SEGURO HASTA LAS 24 HORAS	TIPO DE DOCUMENTO
CASA MATRIZ	26/01/2017	01/12/2016	01/01/2017	EMISIÓN

DATOS TOMADOR

NOMBRE CREDIFINANCIERA S.A. C.F. **DOCUMENTO NIT** 9001682311

DIRECCIÓN CARRERA 10 NO. 64-44 **CIUDAD** BOGOTÁ **TELÉFONO** 4890140

ASEGURADOS LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR DEL COLECTIVO **BENEFICIARIOS** LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO Y LOS DE LEY

PLANES CONTRATADOS

PLANES	VALOR ASEGURADO	VALOR PRIMA ASEGURADOS
DEUDORES CREDIFINANCIERA - TRASLADO CARTERA HASTA 25 SMMLV		
Muerte	$ 150,000,000.00	$ 0.00
Auxilio Funerario	$ 1,000,000.00	$ 0.00
Incapacidad Total y Permanente Pago de Capital	$ 150,000,000.00	$ 0.00

Prima Emisión Mensual A Pagar $0

LA PRESENTE PÓLIZA BRINDA COBERTURA A LOS DEUDORES DE CREDIFINANCIERA S.A.- C.F.(TRASLADO DE CARTERA VIGENTE Y CLIENTES NUEVOS MICROFINANZAS Y DESARROLLO HASTA 25 SMMLV), PARA LA
VIGENCIA COMPRENDIDA ENTRE EL 01/12/2016 AL 01/12/2018, CON RENOVACIONES AUTOMATICAS MENSUALES VENCIDAS HASTA LA FINALIZACION DE LA VIGENCIA ANTES INDICADA.
SE ADJUNTA:
ISULADOS
3RUPO GENERAL VGGV003 02/12/2016.
Clausulado Deudores VGDV003 02/12/2016.
Incapacidad Total y Permanente Pago Capital VGITPCV001 11-Feb-2011.
-CONDICIONES PARTICULARES

DEFENSOR DEL CLIENTE: Dr. Jorge Humberto Martinez Luna
Bogotá Calle 86 No. 19C-30 OFICINA 202. Bogotá D.C. Teléfono 2365289
e-mail: defensor@positiva.gov.co o defensorsuplente@positiva.gov.co

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 DE SEGURO Y DARÁ DERECHO A LA ASEGURADORA PARA EXIGIR EL PAGO DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ A LOS VEINTISEIS (26) DÍAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECISIETE (2017)

INTERMEDIARIOS			DISTRIBUCION		
CLAVE	NOMBRE	% PART	CÓDIGO	COMPAÑÍA	% PART
370100000	NEGOCIOS DIRECTOS VIDA CASA MATRIZ	100%			

FIRMA POSITIVA

FIRMA DEL TOMADOR

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT 860.011.153 -6

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ POSITIVA, SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO LEGALMENTE COMPROBADO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS ASEGURADAS, BAJO LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL VALOR ASEGURADO POR LOS AMPAROS EXPRESAMENTE CONTRATADOS EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA Y LAS DECLARACIONES QUE APARECEN EN LA SOLICITUD DE SEGURO, EXÁMENES MÉDICOS Y COMPLEMENTARIOS, POR PARTE DE LOS ASEGURADOS COMO POR EL TOMADOR, DECLARACIONES QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE SEGURO. SE PODRÁN CONTRATAR AMPAROS ADICIONALES.

1. AMPAROS

AMPARO BÁSICO. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

2. AMPAROS ADICIONALES

SIEMPRE Y CUANDO SE ENCUENTREN EXPRESAMENTE CONTRATADOS Y CON VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO DE SEGURO, SE CUBRIRÁN LOS AMPAROS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO DE CAPITAL O RENTA MENSUAL

2.2 BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE O DESMEMBRACIÓN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

2.3 AUXILIO FUNERARIO

3. EXCLUSIONES COMUNES A LOS AMPAROS ADICIONALES (EXCEPTO AUXILIO FUNERARIO)

NO ESTARÁN CUBIERTAS LAS PÉRDIDAS, LESIONES, LOS GASTOS O INCAPACIDADES CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

3.1 EL SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO, O LAS LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE A SÍ MISMO, ESTANDO EL ASEGURADO O NO EN USO NORMAL DE SUS FACULTADES MENTALES.

3.2 LAS LESIONES CAUSADAS POR UN TERCERO CON ARMA DE FUEGO O CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

3.3 LAS OCASIONADAS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE PRESTANDO SUS SERVICIOS EN LAS FUERZAS ARMADAS, NAVALES, AÉREAS O POLICÍA, DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.

3.4 LAS CAUSADAS POR LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN ACTOS DE GUERRA DECLARADA O NO, CONMOCIÓN CIVIL, REVUELTAS POPULARES, MOTÍN, SEDICIÓN, ASONADA, TERRORISMO O CUALQUIER OTRO HECHO QUE ALTERE EL ORDEN PÚBLICO Y DEMÁS ACCIONES QUE CONSTITUYAN DELITO.

4. DEFINICIONES

4.1 TOMADOR: Es la persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena contrata el seguro y a quien corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, como el pago de la prima, salvo aquellos que correspondan al asegurado y/o beneficiario.

4.2 ASEGURADOR: Es la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada con arreglo a las leyes y reglamentos.

4.3 BENEFICIARIO: Persona a quien el asegurado reconoce el derecho a percibir el pago del valor contratado en la póliza en la cuantía en que se designe.

4.4 ASEGURADO: Persona natural sobre cuya vida se estipula el seguro y quién deberá aceptar expresamente.

4.5 GRUPO ASEGURABLE. Es el conformado por el grupo de personas que indique el tomador por escrito y que sean aceptados por Positiva.

5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

El tomador debe garantizar el cumplimiento de los requisitos mínimos de asegurabilidad, señalados por Positiva para asumir los riesgos. Artículo 1056 del Código de Comercio.

6. EDADES

La edad mínima de ingreso a la póliza es de doce (12) años y la edad máxima de ingreso es de setenta y un (71) años y de permanencia hasta los setenta y dos (72) años.

7. PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, POSITIVA concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, POSITIVA tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

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

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante la aplicación de los recargos correspondientes.

8. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por POSITIVA.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por POSITIVA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero POSITIVA sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, representan respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

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

Aunque POSITIVA prescinda de examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones referidas en esta cláusula, ni de las sanciones a que su infracción diere lugar.

9. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

El presente contrato se celebra con base en los datos suministrados por el Tomador y/o Asegurado: Declaración sobre el estado de salud, domicilio, profesión, ocupación y demás datos contenidos en los cuestionarios presentados por POSITIVA, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente, quedando obligados a notificar a POSITIVA cualquier modificación en el estado del riesgo, notificando por escrito los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan, con posterioridad a la celebración del contrato y que signifique agravación del estado del riesgo.

Si la modificación del estado del riesgo le es extraña al Tomador y/o Asegurado deberá dar aviso sobre el particular dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Dependiendo de la modificación del estado del riesgo, POSITIVA podrá ajustar las condiciones técnicas y económicas del presente contrato a partir de dicha modificación.

10. INEXACTITUD RESPECTO DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

10.1 Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de POSITIVA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

10.2 Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por POSITIVA.

10.3 Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal 10.2.

11. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por el presente contrato y sus amparos adicionales, termina por las siguientes causas:

11.1 Por mora en el pago de la prima, vencido el término señalado en el Código de Comercio, o el plazo que se haya pactado en las condiciones particulares de la póliza.

11.2 Cuando el Tomador o el Asegurado solicite por escrito la exclusión del seguro.

11.3 A la terminación o revocación del contrato por parte del Tomador o Asegurado.

11.4 A la terminación del período anual en que el asegurado cumpla la edad de 72 años.

11.5 Al momento en que a un asegurado se le pague el 100 % de la suma asegurada contemplada en el amparo básico o en el amparo de Incapacidad Total y Permanente Pago Capital, o en el amparo de Beneficio Adicional por Muerte o Desmembración a consecuencia de un Accidente, si han sido contratados por el Tomador.

11.6 Cuando no se cumpla con la prima mínima establecida para las pólizas de Vida Grupo

11.7 En el seguro de Vida Grupo Deudores cuando la obligación objeto de la cobertura se extinga.

11.8 Por la no renovación de la póliza por voluntad del tomador o la aseguradora, previa notificación con una anticipación no menor de un mes.

12. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

La presente Póliza y los amparos adicionales podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a la COMPAÑÍA. La revocación da derecho al Tomador o a recuperar la prima no devengada, es decir, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato; este cálculo se realizará a prorrata.

Para los amparos adicionales, la COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de (10) días de antelación contados a partir de la fecha de envío. En este caso, la COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima no devengada.

Parágrafo: En caso de que la Compañía reciba suma alguna después de la fecha de presentación de la solicitud de revocación no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

13. RENOVACIÓN

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestaran lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado.

14. CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 70 años de edad que se separen del grupo después de haber permanecido en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a asegurarse por el amparo de vida sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo este seguro, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite POSITIVA, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá con las condiciones de admisión de riesgo que traía, pero con los ajustes en la tarifa del plan que se tome a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de esta solicitud.

15. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

POSITIVA o el Tomador cuando sea autorizado y bajo los parámetros e instrucciones impartidas por ésta para tal efecto, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a este seguro. En caso de cambio de beneficiarios, de valor asegurado, modificación de coberturas o cambios en las condiciones del contrato, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior.

16. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Son las personas designadas por el asegurado y que aparecen en el certificado individual de seguro; si tal designación se hace ineficaz o queda sin efectos, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 1142 del Código de Comercio.

17. AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro en relación con cualquiera de los asegurados bajo el presente contrato, el Tomador o Beneficiario deberá dar aviso a POSITIVA dentro de los 10 días calendario siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

18. PAGO DE SINIESTROS

De acuerdo con el artículo 1080 del Código de Comercio, POSITIVA pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el Beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante POSITIVA.

El Tomador o el Beneficiario, a petición de POSITIVA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, POSITIVA podrá deducir del pago, el valor de los perjuicios que demuestre mediante los mecanismos legales vigentes, que le cause dicho incumplimiento.

POSITIVA pagará por conducto del Tomador a los Beneficiarios, o directamente a éstos, la suma que está obligada por el presente seguro y sus anexos, si los hubiere.

19. RECLAMACIÓN

Salvo lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, los beneficiarios podrán allegar los siguientes documentos como prueba de la ocurrencia del siniestro y de su derecho a percibir el pago:

3.1 Documento formal de reclamación.
3.3 Registro civil de defunción.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de POSITIVA para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación.

Adicionalmente, los beneficiarios podrán allegar los documentos señalados en el listado de requisitos, el cual se encuentra publicado en la página web de Positiva: www.positiva.gov.co en el formato denominado Matriz Documental Ramos Vida.

20. VIGENCIA PÓLIZA

Esta póliza tendrá una vigencia de un (1) año a partir de la hora y fecha indicada en la carátula de la póliza. Salvo que se acuerde con el Tomador una vigencia menor a un año, caso en al cual se incluirá el anexo aclaratorio correspondiente.

21. NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la Ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección registrada por las partes.

22. PRESCRIPCIÓN

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

23. DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza y sus anexos se regirán por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

24. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por las normas legales de Colombia, sobre el tema de prevención de lavado de activos, el Tomador se obliga con POSITIVA a diligenciar con datos ciertos y reales las declaraciones que se estipulen en el formulario designado con tal veracidad y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al inicio de la póliza y actualizarla durante la vigencia de la misma (por lo menos una vez al año), para el caso de beneficiarios al momento del pago de la indemnización.

25. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C. en la República de Colombia.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153 -6

ANEXO DE CONDICIONES ESPECIALES
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

ESTE ANEXO HACE PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO INDICADA EN LA CARÁTULA Y ESTÁ SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES Y A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

1. AMPARO

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ POSITIVA, PAGARÁ LOS VALORES ASEGURADOS PACTADOS EN ESTE AMPARO, EN EL EVENTO EN QUE OCURRA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O QUEDE INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE.

2. DEFINICIÓN

2.1 PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO LA SUMA ASEGURADA SERÁ EL EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO O DE LA DECLARATORIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO INFORMADA POR ESCRITO POR POSITIVA. PARA LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, SE ENTENDERÁ POR SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. EN EL EVENTO DE MORA EN LA OBLIGACIÓN SE COMPRENDERÁ, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS Y LAS PRIMAS DE ESTE SEGURO NO CANCELADAS POR EL ASEGURADO, SIEMPRE Y CUANDO LA PRIMA COBRADA Y PAGADA SEA LIQUIDADA TENIENDO EN CUENTA SALDO, INTERESES Y PRIMAS NO PAGADAS.

TRATÁNDOSE DE PAGOS QUE AFECTEN EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE TENDRÁ COMO SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, EL QUE SE REGISTRE EN LA FECHA EN LA CUAL LA COMPAÑÍA INFORME POR ESCRITO AL TOMADOR SU ACEPTACIÓN RESPECTO DE LA DECLARATORIA DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO.

2.2 CUANDO ESTE SEGURO SE CONTRATE EN UNIDADES DE VALOR REAL, UVR, EL PAGO SE CALCULARÁ CON BASE EN LAS CANTIDADES DE UNIDADES UVR, ADEUDADAS EN LA FECHA DEL FALLECIMIENTO, LIQUIDADO A LA COTIZACIÓN DEL DÍA EN QUE SE EFECTÚE EL PAGO DEL SINIESTRO O EN LA FECHA EN LA CUAL LA COMPAÑÍA INFORME POR ESCRITO AL TOMADOR SU ACEPTACIÓN DE LA DECLARATORIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, SEGÚN EL CASO.

2.3 CUANDO EXISTAN VARIOS ASEGURADOS RESPECTO DE UNA MISMA DEUDA, SÓLO SE RECONOCERÁ AL TOMADOR HASTA EL 100% DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA.

2.4 LA VIGENCIA PARA ESTA CLASE DE SEGURO DEPENDE DE LA PERIODICIDAD PACTADA, PARA LA AMORTIZACIÓN DE LA DEUDA, EVENTO EN EL CUAL LAS PRIMAS NO ESTARÁN SUJETAS A RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO.

3. EDADES

La edad mínima para el seguro de Grupo Deudores es de dieciocho (18) años y la máxima de ingreso hasta los setenta y un (71) años, con permanencia hasta la cancelación de la deuda.

4. RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, los beneficiarios podrán allegar los siguientes documentos como prueba de la ocurrencia del siniestro y de su derecho a percibir el pago:

4.1 Muerte por cualquier causa

4.1.1 Documento Formal de Reclamación.
4.1.2 Registro civil de nacimiento o fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del asegurado.
4.1.3 Certificado médico de defunción.
4.1.4 Certificado del saldo de la deuda al momento del fallecimiento, expedida por el acreedor.

4.2 Incapacidad Total y Permanente

4.2.1 Documento Formal de Reclamación.
4.2.2 Fotocopia del documento de Identificación del incapacitado.
4.2.3 Historia clínica completa, incluso la de la causa de la invalidez.
4.2.4 Certificado del saldo de la deuda al momento de la calificación de la invalidez.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de POSITIVA para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación.

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT 860.011.153 -6

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO DE CAPITAL

ESTE AMPARO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO INDICADA EN LA CARÁTULA Y ESTÁ SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES Y A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

1. AMPARO

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ POSITIVA, PAGARÁ SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y LAS PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO, LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA INDICADA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO PARA ESTE AMPARO SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DE 65 AÑOS, QUEDARE INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE.

PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACIÓN HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACIÓN, FORMACIÓN O EXPERIENCIA.

EN TODOS LOS CASOS SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUANDO ÉSTA, ASÍ COMO EL EVENTO QUE DA ORIGEN A LA MISMA, SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CALIFICADA POR POSITIVA, CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DEFINIDO POR EL GOBIERNO NACIONAL DONDE EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL ASEGURADO DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 50%.

UNA VEZ PAGADA LA SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EL SEGURO TERMINA Y POSITIVA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA OBLIGACIÓN FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO.

ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN FORMA DE RENTA MENSUAL.

2. EXCLUSIONES PARTICULARES

NO ESTARÁN CUBIERTAS LAS INCAPACIDADES CUANDO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA, INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE LOS SIGUIENTES HECHOS:

2.1 LAS OCASIONADAS POR LOS ACCIDENTES QUE SOBREVENGAN DE LESIONES INMEDIATAS O TARDÍAS CAUSADAS POR ENERGÍA ATÓMICA.

2.2 LAS QUE OCURRAN CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD, O PRACTIQUE DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO: ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PARACAIDISMO, VUELO EN PLANEADORES, COMETA, MOTOCICLISMO, RAFTING, PUENTING, BUNGEE JUMPING, CICLOMONTAÑISMO, RAPPEL, CANOTAJE, CUALQUIER MODALIDAD DE ESQUÍ, PATINAJE SOBRE HIELO, HOCKEY Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

2.3 LAS OCASIONADAS POR VIOLACIÓN DE CUALQUIER NORMA LEGAL POR PARTE DEL ASEGURADO.

2.4 LAS OCASIONADAS POR EL USO POR PARTE DEL ASEGURADO DE AERONAVES Y ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PASAJERO, PILOTO O TRIPULANTE, ESTUDIANTE DE PILOTAJE O MECÁNICO DE AVIACIÓN, SALVO QUE SE ENCUENTRE EN UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA O AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

2.5 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

3. EDADES

La edad mínima de ingreso a la póliza para este amparo es de doce (12) años, con una edad máxima de ingreso de sesenta y cuatro (64) años y con permanencia máxima hasta los sesenta y cinco (65) años.

4. RECLAMACIÓN

Salvo lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, los beneficiarios podrán allegar los siguientes documentos como prueba de la ocurrencia del siniestro y de su derecho a percibir el pago:

4.1 Documento de reclamación formal
4.2 Fotocopia del documento de Identificación
4.3 Historia clínica completa
4.4 Informe del médico tratante con pronóstico y evolución.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad de POSITIVA para exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT 860.011.153 -6

CONDICIONES OBLIGATORIAS Y PARTICULARES
PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES

Póliza Nº: 3400002697-0					**Tomador: CREDIFINANCIERA S.A. C.F.**				
Asegurados: DEUDORES REPORTADOS POR EL TOMADOR - DEUDORES CREDIFINANCIERA - TRASLADO CARTERA HASTA 25 SMMLV									
Vigencia									
Desde	01	12	2016	A las 24:00	**Hasta**	01	12	2018	A las 24:00

Esta cláusula hace parte de la póliza de seguro Vida Grupo Deudores arriba indicada y está sujeta a sus condiciones generales y a las siguientes condiciones especiales o particulares:

CLAUSULADOS ADJUNTOS:

- VIDA GRUPO GENERAL VGGV003 02/12/2016.
- Clausulado Deudores VGDV003 02/12/2016.
- Incapacidad Total y Permanente Pago Capital VGITPCV001 11-Feb-2011.
- Auxilio Funerario al VGAFV002 26-Feb-2013.

LA PRESENTE PÓLIZA BRINDA COBERTURA A LOS DEUDORES DE CREDIFINANCIERA S.A.- C.F. (TRASLADO DE CARTERA VIGENTE Y CLIENTES NUEVOS MICROFINANZAS Y DESARROLLO HASTA 25 SMMLV), PARA LA VIGENCIA COMPRENDIDA ENTRE EL 01/12/2016 AL 01/12/2018, CON RENOVACIONES AUTOMATICAS MENSUALES VENCIDAS HASTA LA FINALIZACION DE LA VIGENCIA ANTES INDICADA.

NO OBSTANTE LO CONTEMPLADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES, POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. SE REGIRA POR LAS CONDICIONES PARTICULARES RELACIONADAS A CONTINUACION:

OBJETIVO: Traslado de la cartera vigente y clientes nuevos de Microfinanzas y Desarrollo a Credifinanciera s.a. Compañía de Financiamiento

TOMADOR: Credifinanciera s.a. Compañía de Financiamiento.

ASEGURADOS: Serán aseguradas todas las personas deudoras de la entidad tomadora, bajo la modalidad de microcréditos.

Quedarán amparados bajo el presente contrato de seguros todas las personas relacionadas por el Tomador en los listados que hacen parte de la póliza. Queda consignada la obligación del tomador consistente en suministrar a la Aseguradora máximo los primeros cinco días hábiles de cada mes el personal a asegurar, donde el listado deberá ser remitido vía correo electrónico en Excel y contener:

- Nombres y apellidos del asegurado,
- número de identificación,
- fecha de nacimiento,
- valor asegurado (saldo inicial de la deuda acorde a la póliza que aplique, saldo insoluto de la deuda)
- plazo del crédito,
- valor de primas,
- fecha de inicio del crédito,

VALOR ASEGURADO: Saldo inicial de la deuda al momento del siniestro.

BENEFICIARIOS Para el seguro de Vida Grupo Deudores el Beneficiario oneroso es Credifinanciera s.a. Compañía de Financiamiento hasta por el saldo insoluto de la deuda.

SEGUROS:

02/12/2016-1423-P-34-VGGV003, 02/12/2016 – 1423 – NT-P – 34- VGABV003- **CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO.**

02/12/2016 1423-A-34-VGDV003, 02/12/2016 – 1423 – NT-P – 34- VGABV003- **ANEXO DE CONDICIONES ESPECIALES SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**

1. AMPAROS

1.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

POSITIVA COMAPAÑÍA DE SEGUROS, reconoce al Beneficiario Oneroso el valor asegurado correspondiente al Saldo Insoluto de la Deuda, al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas

Se incluye la muerte por suicidio y homicidio, terrorismo, embriaguez y atraco desde el inicio de la vigencia individual. Sida siempre y cuando no sea preexistente.

EXCLUSIONES: SE ACLARA QUE LAS PREEXISTENCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO Y QUE NO SEAN COMUNICADAS A POSITIVA (INDEPENDIENTEMENTE QUE EXISTA CUESTIONARIO) QUE DEN LUGAR A UN EVENTO AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA, SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE COBERTURA.

1.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PAGO DE CAPITAL- 11/02/ 2011 - 1423-A-34-VGITPCV001 - POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ POSITIVA, PAGARÁ SALVO LAS EXCLUSIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA Y LAS PARTICULARES DEL PRESENTE AMPARO, LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA INDICADA EN EL CERTIFICADO DE SEGURO PARA ESTE AMPARO SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DE 70 AÑOS, QUEDARE INCAPACITADO EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE. PARA EFECTOS DE ESTE BENEFICIO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO COMO RESULTADO DE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD, QUE LE IMPIDA TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACIÓN HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACIÓN, FORMACIÓN O EXPERIENCIA. EN TODOS LOS CASOS SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUANDO ÉSTA, ASÍ COMO EL EVENTO QUE DA ORIGEN A LA MISMA, SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO. LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CALIFICADA POR POSITIVA, CON BASE EN EL MANUAL UNICO DE CALIFICACION DEFINIDO POR EL GOBIERNO NACIONAL DONDE EL PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL ASEGURADO DEBERÁ SER MAYOR O IGUAL AL 50%. UNA VEZ PAGADA LA SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EL SEGURO TERMINA Y LA COMPAÑIA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA OBLIGACIÓN FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO. ESTE AMPARO ES EXCLUYENTE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EN FORMA DE RENTA MENSUAL.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará automáticamente como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la pérdida física o funcional de las dos manos o de los dos pies, o de toda una mano y todo un pie; con respecto a las manos, la pérdida deberá presentarse al nivel de la articulación radiocarpiana (muñeca) o por encima

de ella; con respecto a los pies, la pérdida deberá darse al nivel de la articulación tibiotarsiana (tobillo) o por encima de ella.

EXCLUSIONES INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Cuando la incapacidad total y permanente (invalidez), sea causada por el mismo asegurado, ya sea en estado de cordura o de demencia.
- Cuando la incapacidad total y permanente ocurra luego de que el asegurado tenga 70 años o más.
- Cuando la incapacidad total y permanente haya sido diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de este amparo adicional
- Se excluyen las incapacidades cuya causa, directa o indirecta, sea alguno de los eventos considerados como exclusiones de cobertura que, individual o colectivamente, hayan sido establecidas para el seguro básico por muerte al que aplica la presente amparo adicional.

2. OCUPACIONES NO ASEGURABLES

Las siguientes ocupaciones se encuentran determinadas como NO ASEGURABLES,

- Se excluyen militares, políticos, ganaderos, deportistas profesionales, comerciantes sin actividad definida, magistrados, jueces y abogados penalistas.

3. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

3.1 AMPARO BÁSICO DE VIDA:

- **Ingreso:** Mínima 18 años cumplidos /Máxima 75 años, 364 días.
- **Permanencia:** Hasta terminar deuda.

3.2 AMPARO DE ITP

- **Ingreso:** Mínima 18 años cumplidos /Máxima 64 años y 364 días.
- **Permanencia:** Hasta los 70 años o la cancelación de la deuda.

4. CUMULO MÁXIMO POR PERSONA

El máximo valor asegurado Individual es de 25 SMMLV, establecido para cada año por el Gobierno Nacional Colombiano

5. VALOR ASEGURADO

Saldo inicial de la deuda al momento del siniestro.

6. PRE EXISTENCIAS, RETICENCIAS Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

POSITIVA concede al tomador un límite acumulado de un millón de pesos ($1.000.000) por evento y de diez millones de pesos ($10.000.000) en el agregado anual, para el pago de preexistencias y reticencias en que incurra el asegurado. Aplica únicamente para la cobertura básica de vida.

El amparo bajo está póliza para las personas aseguradas, declaran que conocen y aceptan las condiciones según póliza matriz y clausulado de la misma; donde a la fecha se encuentran en buen estado de salud y que por lo tanto la actividad física no se encuentra de alguna manera reducida, ni padecen, ni les han diagnosticado, ni han sido tratados médicamente por ninguna enfermedad

mental, cardiovascular, renal, cerebrovascular, pulmonar, hipertensión arterial, gastrointestinales, cáncer, diabetes, SIDA, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y en general cualquier tipo de enfermedad o
Patología preexistente a la fecha de la firma del certificado individual de seguro y/o ingreso.

Así mismo declaran que la edad se encuentra dentro de los parámetros establecidos en las condiciones de la póliza, que desarrolla en forma normal las actividades y su profesión u oficio son lícitos, y declaran que no se encuentran amenazados ni son sujetos de extorsión.

Dado que la condición de este amparo se encuentra bajo la administración del Tomador, en caso de que por responsabilidad de éste se incluyan dentro de la póliza personas que excedan los límites de edad, estado de salud, valor asegurado, ocupaciones, la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a la devolución de primas por concepto de este ingreso.

7. ENFERMEDADES ACEPTADAS CON EXTRA PRIMA AUTOMATICA

El tomador tendrá la responsabilidad de aplicar las extraprimas automáticas para todas las solicitudes de asegurabilidad con valor asegurado de $1,oo hasta 25 SMMLV, que no se encuentren en buen estado de salud y que su edad esté comprendida entre los 18 años y 75 años + 364 días, aplicando las extraprimas si cumplen con las siguientes condiciones:

EXTRAPRIMAS AUTOMÁTICAS APLICA PARA TODAS LAS LINEAS DE CREDITO		
MICROCREDITO, VEHICULOS Y LIBRANZA		
Caso	**Enfermedad**	**Extra prima**
ENFERMEDADES ACEPTADAS	Hepatitis A	0%
	Hipotiroidismo	0%
	Gastritis	0%
	IMC entre 18 y 32	0%
ENFERMEDADES ACEPTADAS CON EXTRA PRIMA AUTOMÁTICA	Hipertensión de 1 solo medicamento	35%
	Diabetes Tipo 2 (No insulino dependiente)	50%
	Dislipidemia mixta (Colesterol y Trigliceridos altos)	50%
	IMC mayor de 32.1 y 34.9	50%
	IMC ENTRE 16 Y 17,9	35%
En caso que el asegurado responda afirmativamente las preguntar de salud y esta no se encuentre dentro de las extra primas automática o manifiesta combinación de dos o varias enfermedades se debe solicitar la Historia clínica y enviarla a POSITIVA para calificación médica quien podrá definir las extra primas o rechazar el riesgo.		

8. CLAUSULA DE REVISIÓN DE TASAS Y AJUSTES:

Si la siniestralidad de la cuenta supera 35%(calculado como la sumatoria de siniestros pagados más siniestros pendientes más reserva de siniestros incurridos pero no avisados dividida ésta suma en la prima emitida y recaudada del programa), POSITIVA se reserva el derecho de ajustar condiciones o tarifas, tanto a los asegurados existentes como a las nuevas inclusiones. Este ajuste se hará trimestralmente.

9. INICIO DE VIGENCIA DE LA COBERTURA

La cobertura inicia vigencia a partir de la fecha del desembolso del crédito.

10. REUTILIZACIÓN DEL CRÉDITO

Los deudores que hayan realizado refinanciación del crédito inicial, podrán permanecer en el seguro, aun cuando a la fecha de refinanciación ya hayan sobrepasado la edad máxima de ingreso a la póliza, siempre que:

a. No haya dejado de ser parte del grupo asegurable.
b. Que el valor asegurado de la refinanciación no sobrepase al valor asegurado inicialmente aceptado

11. PAGO Y CALCULO DE LAS PRIMAS

El pago de la Prima se efectuará en forma **MENSUAL VENCIDO** según reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético.

12. PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador pagará la prima–POSITIVA, dentro de los 60 días contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de cada periodo.

En consecuencia el amparo que se otorga terminará automáticamente si al día 61 de inicio de vigencia del periodo no se ha efectuado el pago de la prima respectiva.

13. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

POSITIVA como concesión especial, autoriza que el manejo administrativo de la póliza este a cargo del Tomador quien será el encargado de: controlar el tope de la edad, actividades y/o profesión, y valor asegurado, según lo estipulado en la cláusula de declaración de asegurabilidad para seguro de vida grupo y la guarda de una copia de la declaración de asegurabilidad y su digitación, además el envío de una copia de la declaración de asegurabilidad a la COMPAÑÍA. Sin embargo se obliga al Tomador a suministrarla a la Aseguradora en caso de siniestro.

14. REVOCACIÓN

La presente póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento.
Los anexos de la presente póliza podrán ser revocados por POSITIVA en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al tomador sobre esta determinación con una anticipación no menor a 30 días.

15. PLAZO Y DOCUMENTOS MÍNIMOS SUGERIDOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS efectuará el pago de la indemnización correspondiente dentro del mes siguiente a la fecha en que el Tomador haya acreditado la ocurrencia del siniestro y cuantía. Se otorgará plazo para el aviso de siniestros de 30 días.

A continuación se indican los documentos mínimos sugeridos para presentar reclamación en caso de siniestro, en original o fotocopia autenticada según sea el caso:

EN CASO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

- Copia solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado
- Copia del Registro Civil de Defunción
- Copia de la cédula de ciudadanía del asegurado (Se debe de adjuntar copia de la nueva cédula)
- Copia de la Historia Clínica Completa
- Original del formato de autorización pago por transferencia (Lo debe diligenciar cada beneficiario a reclamar)
- Copia del Registro Civil de Nacimiento y/o copia de la Cédula de los beneficiarios.
- Por corresponder a una póliza de vida deudores, nos deben de adjuntar la certificación del saldo de la deuda estipulando el valor asegurado inicial.

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Copia solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado
- Copia de la Cédula de Ciudadanía del asegurado (Se debe de adjuntar copia de la nueva cédula)
- Dictamen del médico tratante donde certifique causa, descripción de la incapacidad, diagnóstico de la incapacidad, calificación y fecha de estructuración.
- Copia de la Historia Clínica completa
- Si la incapacidad se produce en Accidente de Tránsito se deberá solicitar copia del informe de la Autoridad de Tránsito correspondiente.
- Original del formato de autorización pago por transferencia (Lo diligencia el asegurado que es quien reclama)
- Por corresponder a una póliza de vida deudores, nos deben de adjuntar la certificación del saldo de la deuda estipulando el valor asegurado inicial.

En cualquier caso, POSITIVA se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

16. COMUNICABILIDAD DE CONDICIONES

Se deja expresa constancia, de la obligación del Tomador, consistente en hacer conocer a todos los asegurados las condiciones generales y particulares de la póliza así como sus anexos, de tal manera que éstos no puedan alegar su desconocimiento.

17. GARANTÍAS EXIGIDAS AL TOMADOR

- Suministro oportuno de listado actualizado de asegurados en los términos de este documento.
- Notificar cualquier agravación de riesgo conocida

18. PROPUESTA ECONÓMICA

TASA ANUAL: 7.11 por mil

AMPAROS	**VALOR ASEGURADO**
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (Se incluye la muerte por suicidio y homicidio, terrorismo, embriaguez y atraco desde el inicio de la vigencia individual. Sida siempre y cuando no sea preexistente)	Para efectos del presente contrato de seguro el valor asegurado individual para los amparos básicos de vida e Incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente corresponderá al **Saldo Inicial de la Deuda** que el asegurado acumule en uno o varios préstamos y sobre el cual se paga la prima anticipada durante toda la vigencia del crédito.
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
AUXILIO FUNERARIO	$ 1,000,000
Máximo Valor Asegurado Individual	25 SMMLV, establecido para cada año por el Gobierno Nacional Colombiano

Nota: Los SMMLV se tomaran para cada año en curso de acuerdo al decreto expedido por el gobierno nacional.

19. COMISIÓN PROTECCIÓN GARANTIZADA: SIN COMISION

20. RETRIBUCIÓN POR GESTIÓN ADMINISTRATIVA AL TOMADOR "CREDIFINANCIERA S.A. COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO"

La Compañía concede una retribución por gestión administrativa al Tomador del **50%** de las primas emitidas y recaudadas. Este porcentaje deberá descontarse mensualmente del valor a recaudar y deberá estar soportado por una cuenta de cobro y/o factura dirigida a la aseguradora mensualmente junto con la transferencia electrónica y/o consignación. Esta cuenta de cobro y/o factura estará sujeta a la normatividad tributaria, generando los impuestos de ley de acuerdo a la clase de persona jurídica que esté establecida la entidad tomadora y el porcentaje. POSITIVA no incurrirá en el IVA que genere este retorno

21. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES: 10% (primas recaudas – Gastos-100% de siniestros (pag+pend+IBNR).

22. CRÉDITOS EN MORA: Se cubren siempre y cuando haya pago de la prima a POSITIVA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

SECRETARIA DEL JUZGADO.- Neiva 1 de marzo de 2020, El día hábil inmediatamente anterior, a las cinco de la tarde, venció el término de diez (10) días con que contaba la demandada ASEGURADORA POSITIVA COMPAÑIA, quien se notifica en forma personal a través de apoderado judicial. Dentro del término legal contesta demanda y propone excepciones. Continúan las diligencias en la secretaria del despacho a la espera de la notificación de los otros demandados.

LILIANA HERNANDEZ SALAS
Secretaria.

Fabio Pérez Quesada
Abogado

DIRECCION SECCIONAL DE LA RAMA JUDICIAL
No.Radicacion :OJRE350031 No.Anexos : 0
Fecha :10/03/2020 Hora : 16:24:15
Dependencia : Juzgado 5 Competencias Multiple
DESCRIP: ELI FIOS 109 RAD 2019 00900
CLASE : RECIBIDA

900/19

Señora
JUEZ QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE NEIVA (H).
E. S. D.

REF: Proceso Verbal de SANTA LEONOR MARTINEZ.
Contra: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A
Radicado: 41001[redacted]89005-20190090000

FABIO PEREZ QUESADA, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.949.355 de Villavieja y la Tarjeta Profesional No. 39.816 del C.S. de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderado judicial de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A,** lo cual acredito con el poder que obra en el proceso, dentro de la oportunidad procesal correspondiente, comedidamente acudo a su despacho con el propósito de contestar la demanda ordinaria de la referencia, a lo cual procedo en los siguientes términos:

PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL 1: Mi representada no le consta, pues desconoce las negociaciones que la demandante haya podido tener con otra persona jurídica diferente a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

AL 2: Es cierto, se aclara para la época en que se desembolsó el mencionado crédito la compañía aseguradora era Seguros de Vida Suramericana S.A, quien tenía vigente la póliza grupo deudores con la empresa Contactar, no obstante esta póliza pasó a Allianz Seguros de Vida S.A donde se mantuvo la cláusula de continuidad que traía con Seguros de Vida Suramericana S.A, la cual en su cláusula once se acordó que *"queda convenido que la compañía otorga el beneficio de la continuidad de la cobertura, definida como la extensión de las condiciones que traía el asegurado respecto a edad, valor asegurado, el cual no puede superar el valor de 200 millones, y estado de salud, bajo la póliza de vida seguro colectivo inmediatamente anterior a la vigencia de la presente póliza y que se encontraba contratada con Suramericana".*

Así las cosas, en el presente caso, Allianz Seguros de Vida S.A ha respetado la continuidad que traía la señora SANTA LEONOR MARTINEZ de Suramericana S.A.

AL 3: Mi representada no le consta este hecho, pues nada tiene que ver con la compañía que represento.

AL 4: Es parcialmente cierto, lo es en cuanto a la perdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración, frente a las demás restantes afirmaciones, no podemos hacer ningún pronunciamiento expreso, teniendo en cuenta que no se establece la fecha en que fue diagnosticada la enfermedad.

AL 5: No es cierto como se narra, pues la póliza que estaba vigente al momento de la configuración del reclamo era la expedida por Seguros de vida Suramericana S.A y que posteriormente, pasó a Allianz Seguros de Vida S.A en virtud de la cláusula de continuidad. En cuanto a la declaratoria de inválida fue posterior haber sacado el crédito con Contactar, no es cierto, teniendo en cuenta que los registros de historia de clínica,

dan cuenta la existencia de patologías ya había sido diagnosticada al otorgamiento del crédito.

AL 6: Mi representada no le consta, nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso.

AL 7: No es un hecho, se trata de una apreciación personal, subjetiva e interesada de la parte demandante.

AL 8: No es cierto, pues la jurisprudencia de Nuestro Honorable Corte Constitucional y la Honorable Corte Suprema, ha sido enfático en manifestar que el asegurado no está obligado a realizar exámenes médicos previos al aseguramiento, pues este tipo de seguros, opera bajo el principio de la ubérrima de la buena tal como lo define en el artículo 1058 del C.Co.

AL 9: No es un hecho, se trata de una apreciación personal, subjetiva e interesada de la parte demandante.

AL 10: Mi representada no le consta, pues se trata de un negocio financiero que nada tiene que ver con la compañía aseguradora que represento.

AL 7: Mi representada no le consta, pues se trata de un negocio financiero que nada tiene que ver con la compañía aseguradora que represento.

AL 8: En cuanto tiene que ver con Allianz Seguros de Vida S.A, debemos decir que no es cierto, con fundamento en lo manifestado anteriormente.

AL 9: No es un hecho.

A LAS PRETENSIONES

Mi representada se opone a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, por las siguientes razones:

A LA 1: Teniendo en cuenta que en el presente caso resulta evidente que la señora SANTA LEONOR MARTINEZ obro con Reticencia, al no declarar sinceramente el verdadero estado del riesgo al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad derivada del crédito, como lo explicaremos con mayor detalle en el acápite de excepciones.

A LA 2: No se hace pronunciamiento, por no dirigirse en contra de mi representada.

A LA 3: Mi representada se opone por las mismas razones ya indicadas.

A LA 4: Mi representada se opone por las mismas razones ya indicadas.

A LA 5: Mi representada se opone a esta pretensión, por las razones ya indicadas en el pronunciamiento que hicimos respecto de las pretensiones anteriores.

99

EXCEPCIONES

Solicito muy comedidamente al señor Juez, se declaren probadas las excepciones que en procura de desvirtuar los hechos y pretensiones de la demanda, presento a continuación y en consecuencias se condene en costas a la parte demandante:

1. **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS POR RETICENCIA**

Hago consistir esta excepción, en el hecho que la señora SANTA LEONOR MARTINEZ tomó un crédito con la Microfinanciera CONTACTAR por la suma de $10.000.000, el día 20 de junio de 2016, el cual fue amparado con una póliza de seguros vida grupo deudores expedida por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Al momento de adquirir el crédito la señora SANTA LEONOR MARTINEZ diligenció el formulario de solicitud de asegurabilidad que le extendió Seguros de Vida Suramericana S.A, en el cual NO informó a la Aseguradora el verdadero estado del riesgo, al no poner en su conocimiento las patologías que le habían sido diagnosticadas, previo a la suscripción del documento.

Resulta claro, que la señora SANTA LEONOR MARTINEZ, faltó al principio de la ubérrima fe que orienta este tipo de contrato de seguros, pues es esta declaración de asegurabilidad, la que le permite a la Aseguradora decidir sí asegura el riesgo o sí lo hace en condiciones más onerosas con respecto a la prima.

Es importante aclarar, que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A respetó el derecho de continuidad, de tal manera que aceptó el aseguramiento a la demandante a partir del 11/02/2017, tal como se explicó al descorrer el traslado de los hechos de esta demanda.

Pues bien, de acuerdo con los registros de la historia clínica de la señora SANTA LEONOR MARTINEZ, que se anexa, se observa que la demandante había sido diagnosticada con las patologías de fibromialgia, trastorno afectivo bipolar, las cuales nunca puso en conocimiento de la compañía aseguradora en la declaración de asegurabilidad, dejando de declarar sinceramente el estado del riesgo, configurándose de esta forma la conducta reticente.

Por lo anterior, queda claro que la señora SANTA LEONOR MARTINEZ falto al principio de la ubérrima buena fe que gobierna este tipo de contrato y que se consagra en el artículo 1058 del Código de Comercio, al no declarar sinceramente el estado del riesgo, lo que influye negativa y forma relevante el contrato de seguros, por lo que conforme al ordenamiento legal genera la nulidad relativa del mismo, el cual literalmente dice:

> *"El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiere retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen de la nulidad relativa del seguro.*
> *Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo."*

100

Pues bien, como lo ha reiterado la jurisprudencia, el hecho de no declararse sinceramente el estado del riesgo, produce la nulidad relativa del contrato de seguro independientemente que la causa del siniestro, sea la enfermedad diagnosticada que se omitió declarar, o cualquier otra, en razón a que lo que se requiere por mandato legal, es que el tomador obre bajo los postulados de la ubérrima buena fe.

La Honorable Corte Suprema De Justicia en sentencia de unificación de jurisprudencia del 04 de marzo de 2016, SC 2803- 2016 radicado bajo el número 050013103003-20080003401 con ponencia del Honorable magistrado Fernando Giraldo Gutiérrez en una de sus apartes expreso:

La excepción de nulidad por reticencia prospera si se demuestra que «el asegurador de haber conocido la realidad sobre el estado del riesgo asegurado se hubiera sustraído de la celebración del contrato, o lo hubiera hecho en unas condiciones más onerosas», como se dijo en CSJ SC 19 dic. 2005, rad. 1997-5665-01.

> *"No es suficiente, para los anteriores fines, con diligenciar el cuestionario que se formule, puesto que la «carga informativa, como manifestación concreta del principio a la buena fe contractual, se extiende durante todo el periodo precontractual, en el que la entidad aseguradora debe decidir si asegura o no el riesgo objeto del seguro», lo que se resaltó en CSJ SC 2 ago. 2001."*

Más adelante la citada sentencia establece que: *"Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.*
Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.
Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio."

En ese mismo sentido, en Sentencia SC18563-2016 de Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil el 16 de Diciembre de 2016 con Radicación 05001-31-03-017-2009-00438-01, se pronunció:

1. *Si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, planteamiento que no fue confutado por el recurrente, mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro, por aplicación del mandato contenido en el inciso final del <u>artículo 1058</u> del <u>Código de Comercio</u>.*
   De lo anterior se sigue que, cual lo dedujo elad quem, en el presente caso no se configuró la primera hipótesis exceptiva fijada en el inciso 4° del comentado <u>artículo 1058</u> del <u>Código de Comercio</u>, esto es, que la empresa aseguradora, antes

de la celebración del contrato, hubiese "conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración", previsión que no tiene el alcance de atribuirle a ella, como deber, el de constatar, en todos los casos, la veracidad de la declaración de asegurabilidad y, mucho menos, el de impedir que se consolide la sanción de nulidad relativa del contrato, cuando el asegurador no actúa de esa forma.

De la misma forma, se cita la doctrina del profesor Hernán Fabio López Blanco en su obra Comentarios al Contrato de Seguros, cuarta edición 2004, páginas 148 y 149 expone:

"Dentro del desarrollo del contrato de seguro tiene destacada importancia el adecuado cumplimiento de este deber porque, siendo el seguro un contrato de ubérrima buena fe (y ya sabemos lo que el concepto entraña), resulta una exigencia perentoria, dentro de la conducta del tomador, la declaración sincera de todas las circunstancias que determinen el estado del riesgo, sin que importe que para conocer los pormenores de ese estado el asegurador haya propuesto o no el cuestionario propio de la denominada solicitud de seguro.
En efecto, el articulo 1058 del C. de Co. dispone que " el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, y esa declaración sincera no se da cuando se oculta de hecho o si la indicación es inexacta, ya que, por ejemplo, los mismos efectos de distorsionar el conocimiento que debe tener la aseguradora se presentan tanto cuando se niega la existencia de sustancias dentro de un local, como cuando se dice que ellas existen pero en cantidad mínima, siendo otra la realidad.
Reticencia u ocultamiento de hechos, inexactitud o presentación no concordante con la realidad de aquellos, tiene idénticos efectos: anular el contrato de seguro. Pero solo generan dicha anulación cuando son de tal entidad que el asegurador, de haber conocido la realidad, no hubiera contratado o lo habría hecho en condiciones por entero diferentes.
Los parámetros tipificadores de la reticencia deben ser analizados frente a cada caso concreto para efectos de determinar la decisiva influencia que tienen las circunstancias calladas, presentadas de manera diversa o contrarias por entero a la realidad respecto de la posibilidad de celebrar el contrato por el asegurador, o de llevarlo a efecto pero en condiciones diferentes de las pactadas, pues siempre se debe tener en mira que para que la reticencia sea jurídicamente relevante es menester, como lo pregona el inciso primero del art. 1058 del C. de Co., que "conocidas por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas.

Dicho lo anterior, tenemos que la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sus pronunciamientos a lo largo de la historia, siempre ha indicado que es la obligación del tomador del seguro declarar sinceramente, sin tapujos y sin ambigüedades el estado del riesgo.

En esta misma línea se pronunció la Honorable Corte Constitucional en sentencia TUTELA N° 164/18 DE CORTE CONSTITUCIONAL, 3 DE MAYO DE 2018, Ponente CRISTINA PARDO SCHLESINGER SVALBERTO ROJAS RÍOS, Actor

102

RAFAEL DE JESUS MORALES PEINADO Y OTRAS, Demandado JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA, Fecha de Resolución3 de Mayo de 2018, T 6434130.

Así las cosas, es claro que el principio de la buena fe, que ampara el contrato de seguro, obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde el inicio hasta la culminación del mismo, pues de ello depende la eficacia y cumplimiento de las cláusulas en él previstas. Tal exigencia se justifica en la medida en que el asegurador va a asumir un riesgo, y por ello debe conocer razonablemente su naturaleza, así como para determinar el alcance de la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador.

La Corte ha establecido que les corresponde a las aseguradoras dejar constancia de las preexistencias o de las exclusiones de alguna cobertura al inicio del contrato, para evitar en un futuro ambigüedades en el texto del mismo, y que sobre el tomador del seguro recae el deber de informar acerca de las circunstancias reales que determinan la situación de riesgo, desde la solicitud de aseguramiento. Sobre este último aspecto, ha señalado que "la infidelidad del tomador al momento de presentar su estado de riesgo conlleva a que el seguro se encuentre fundado en el error y, en consecuencia, exista un vicio ab initio del contrato que lo saque del ordenamiento jurídico a través de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa.

(...)

En efecto, el tomador de la póliza de seguro al haber declarado que no padecía ninguna enfermedad incumplió lo establecido en el artículo 1058 del Código del Comercio, en virtud del cual "el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, con la finalidad de que el asegurador conozca de manera fiel el riesgo que va a amparar y pueda decidir de manera libre si contrata y bajo qué condiciones". Este deber de actuar con apego a la verdad se basa como se advirtió, en el principio constitucional de la buena fe, el cual toma mayor relevancia cuando se trata de suministrar información relacionada con el estado de salud del asegurado, lo que le permite a las partes al momento de contratar tomar las decisiones más adecuadas para sus intereses.

Recientemente, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Neiva, en fallo de segunda instancia, al resolver un caso similar con Radicación 41001400300420180056801, de fecha del 18 de octubre de 2019, en lo pertinente indicó:

Bien se observa como coindicen las dos líneas de jurisprudencia, tanto de la Corte Suprema de Justicia como de la Corte Constitucional, a través de alguna de sus salas de revisión, acerca del deber del asegurado de declarar el estado de riesgo con respeto del principio de la buena fe, el cual se entiende quebrantado cuando omite información que de haber sido conocida por el asegurador, habría conducido a que no expidiera la póliza o a que la expidiera pero en condiciones más onerosas.

Frente a este fallo, la parte accionante, interpuso acción de tutela, la cual fue resuelta por el Honorable Tribunal Superior de Neiva mediante fallo con Radicación No. 41001221400020190018100 con ponencia del Magistrado Edgar Robles en acta No. 149 del 27 de noviembre de 2019, que dispuso no conceder el amparo de tutela, cuando indicó lo siguiente:

103

"Es del caso precisar, que conforme a lo previsto en el artículo 1158 del Código de Comercio: "Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción de lugar", obligaciones dentro de las cuales al tenor de lo establecido en el artículo citado se encuentra la de "declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo".

Así las cosas, considera esta Corporación que se encuentra desquebrajada la presunción de buena fe del asegurado en su declaración, lo cual configura el fenómeno de la reticencia, y por tal motivo, se denegará el amparo deprecado.

Este fallo de tutela fue objeto de impugnación ante la Corte Suprema de Justicia, la cual mediante providencia calendada el 30 de enero de 2020 con ponencia del Magistrado Luis Armando Tolosa Villabona en lo pertinente manifestó que:

"Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias, no obstante guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la "ubérrima buena fe" que por excelencia, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza".
La Honorable Corte Constitucional en sentencia C-232 de 1997 que declaró exequible el artículo 1058 del código de Comercio, en una de sus apartes expreso:

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ***ab initio,*** *en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u*

otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).

Como lo ha establecido la jurisprudencia el seguro es de interpretación restrictiva y debe entenderse y destacarse la voluntad de las partes contratantes, de ahí que la Honorable Corte Suprema de Justicia tenga definido de antaño que "... *que el contrato de seguros debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traduce la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arrea/o a la Ley (arts. 1048 a 1050 del C. de Co.), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria; que, en otras palabras,* ***el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo para determinar los derechos y las obligaciones de los contratantes predomina el texto de la que suele denominarse escritura del contrato,*** *en la medida en que por definición, debe conceptuarse/a como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deban examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación (...). La corte ha deducido como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre si (CLV 11, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el Art. 1056 del Código del Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurado la facultad de asumir su arbitramiento pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados patrimoniales o la persona a que asegurado. (cas. Civ. 24 de mayo de 2005, SC – 089-2005 (7495). "Por lo anterior, ha señalado la sala, no puede el intérprete, sopena de sustituir indebidamente a los contratantes interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir de saos que no se han convenido ni para excluir los realmente convenidos, ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusula que conlleven a* ***resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no solo se encuentran exoreumente excluidos, sino que su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida"*** (cas. Civ. 23 de mayo de 1988, exp. 4894).

Conforme a lo normado al artículo 1058 del C.C el contrato de seguros se materializa de manera especial, con los condicionamientos que en él se establece, lo cual resulta diferentes a otros tipos de contratos, por lo que el seguro vida deudores debe ser estudiado e interpretado bajo esta óptica y no sobre los contratos general.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACION INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A

Como lo hemos expresado, la señora SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS, faltó al principio de la ubérrima buena fe, que caracterizan los contratos de seguros de esta naturaleza, al ocultarle a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A, Compañía que en su momento expidió la póliza vida grupo deudores, en el formulario que diligenció para la solicitud de la póliza vida deudores la preexistencia de fibromialgia, afectivo bipolar que se evidencia en la historia médica del 10 de mayo de 2016, patologías de las cuales había tenido conocimiento desde el 2005, obviamente antes de suscribir la declaración de asegurabilidad.

105

La conducta desplegada por la demandante, vicio la voluntad del asegurador, haciéndole incurrir en error, pues de haberlo sabido seguramente no hubiera celebrado el contrato o de haberlo hecho hubiese sido en condiciones más onerosas, lo que genero la nulidad relativa de seguro conforme a las voces del artículo 1058 del código del comercio.

En la medida que la señora SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS incurrió en reticencia o inexactitud en la solicitud del estado del riesgo y haberse producido la nulidad relativa del contrato de seguro no existe ninguna obligación indemnizatoria a cargo de la compañía que represento y en favor del demandante, por lo que así habrá de declararse.

Al respecto la Corte Suprema De Justicia Sala De Casación Civil, Magistrada Ponente RUTH MARINA DÍAZ RUEDA del veinticinco (25) de mayo de dos mil doce (2012), en una de las citas expreso:

"En ese orden, se trata que las partes, a partir de una información sincera relevante, tomen las decisiones que se avengan a sus intereses, con mayor razón cuando se encuentra involucrado el derecho a la salud que como se sabe trasciende la esfera privada y, por lo tanto, según regla de principio, sometido a reserva. De ahí que si sobre su salud, se supone que el asegurado lo sabe todo, no así la aseguradora, es indudable que aquel se convierte en fuente principal y privilegiada, aunque no única, de la información, razón por la cual en la formación del contrato de seguro, se encuentra compelido a obrar con el máximo de transparencia posible.

"Lo anterior, porque 'un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal viene a estar asociada a la intimidad del asegurado'.

"En los seguros de vida, cuando el tomador asegurado omite el deber de informar sinceramente su estado de salud y sus antecedentes médicos, siendo esto relevante para el consentimiento del asegurador, es claro que otorgado éste en esas circunstancias, el mismo no estaría libre de vicios, porque al deformarse el estado del riesgo, esto conduce a que el asegurador también se forme un juicio equivocado sobre su extensión y alcance. En ese evento, el artículo 1058-1 del Código de Comercio, sanciona, en principio, la inexactitud o la reticencia con la nulidad relativa del contrato de seguro".

Así mismo, en fallo de 1° de junio de 2007, Exp. 2004-00179-01, expresó:

"4. Del referido texto legal se puede deducir lo siguiente:

"4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración, ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas.

106

"4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.

"4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro".

3. LIMITE DEL VALOR ASEGURADO

En el eventual caso que se llegare a producir alguna sentencia condenatoria en contra de Allianz Seguros de Vida S.A., ésta deberá limitarse al valor asegurado, esto es el saldo insulto de la deuda al momento de configurarse el siniestro, esto es, la estructuración de la pérdida de la capacidad laboral de la señora SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS, de conformidad con lo normado en el artículo 1079 del C.Co, tal como está establecido en las condiciones generales y particulares del contrato de seguros.

4. DECLARACION OFICIOSA DE EXCEPCIONES

Ruego al señor Juez, declarar oficiosamente probadas las excepciones que aunque no hayan sido expresamente propuestas por nosotros, la realidad procesal y probatoria así lo indiquen, de conformidad de lo normado en el Art. 288 del Código del General del Proceso.

MEDIOS DE PRUEBA

Como medios de prueba me permito solicitar se tenga en cuenta:

DE ORDEN DOCUMENTAL: Me permito adjuntar lo siguiente en físico y en CD:

- Copia de la declaración de asegurabilidad diligenciada por la señora SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS.
- Copia de la objeción por parte de mi representada frente a la reclamación presentada.
- Copia de la Historia Clínica de la señora SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS correspondiente a la CORPORACIÓN IPS HUILA LOS ROBLES.
- Copia de las condiciones generales y particulares de la póliza vida deudores de Allianz Seguros de Vida S.A.

107

INTERROGATORIOS DE PARTE:

Solicito muy comedidamente al señor Juez se sirva disponer un interrogatorio de parte, que de forma verbal o escrita le formulare al demandante la señora SANTA LEONOR MARTINEZ en la fecha y hora que disponga su despacho.

ANEXOS

Me permito los documentos enunciados en los medios de prueba.

NOTIFICACIONES

- A las partes como aparece indicado en el proceso.
- Al suscrito en mi oficina de abogado ubicada en la calle 9 No. 4 – 19 oficina 403 Centro Comercial las Américas de Neiva.

Cordialmente,

FABIO PEREZ QUESADA
C.C. 4.949.355 de Villavieja
T.P. 39.816 del C.S. de la Judicatura

108

SOLICITUD Y DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
SEGUROS INDIVIDUALES DE PERSONAS

Contactar — Empresarios a pequeña escala

suramericana

☐ MASIVA VOLUNTARIA No. _____ ☒ DEUDORES No. 454464

NIT.	Razón Social	Fecha Diligenciamiento Formato AAAAMMDD	Agencia	Código Analista	Plazo Crédito/Vigencia del Seguro
800.147.930-9	CORPORACIÓN NARIÑO EMPRESA Y FUTURO - CONTACTAR	2016-06-20			22

Eromero

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO(A) PRINCIPAL (AFILIADO)

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)
☐ T.I. ☒ C.C.	26593111	Santa Leonor Martinez Anos

Sexo	Fecha de Nacimiento AAAAMMDD	Ciudad de Nacimiento	Departamento de Nacimiento	Ocupación
☒ F ☐ M	72-07-01	Neiva	Huila	Comerciante

Ciudad Correspondencia	Departamento Correspondencia	Teléfono	Dirección Correspondencia	Tipo de Dirección
Neiva	Huila	3134808010	cll 11 #3-27	☐ Residencia ☐ Trabajo

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS - DEUDORES Para el Afiliado será EL TOMADOR hasta el saldo insoluto de la deuda

INFORMACION DE LOS BENEFICIARIOS - VOLUNTARIOS (Aplica para saldo Deudores y Voluntario) Con derecho a Acrecimiento ☐ SI ☐ NO

Tipo de Identificación	Número de Identificación	Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)	%	Parentesco

INFORMACIÓN DEL SEGURO • Marque con una (X) el plan escogido y la prima a pagar para el asegurado

DEUDORES	VOLUNTARIO					
Valor Asegurado (Igual al desembolso inicial del crédito)	COBERTURA	☐ PLAN 1	☐ PLAN 2	☐ PLAN 3	☐ PLAN 4	☐ PLAN 5
$ 10'000.000	Vida	$ 5.000.000	$ 7.000.000	$ 10.000.000	$ 15.000.000	$ 20.000.000
	Incapacidad Total Y Permanente	$ 5.000.000	$ 7.000.000	$ 10.000.000	$ 15.000.000	$ 20.000.000
COBERTURAS	Enfermedades Graves (50%)	$ 2.500.000	$ 3.500.000	$ 5.000.000	$ 7.500.000	$ 10.000.000
- Vida	Gastos del Hogar	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000	$ 1.000.000
- Incapacidad Total y Permanente	Auxilios Funerarios	$ 1.500.000	$ 1.700.000	$ 2.000.000	$ 2.500.000	$ 3.000.000
	Prima Total Mensual	$ 3.825	$ 5.008	$ 6.783	$ 9.742	$ 12.700

- VIGENCIA/A partir del desembolso del crédito o legalización del pago correspondiente a primas según el plan contratado hasta la fecha final del plazo acordado entre CONTACTAR y el Asegurado Principal.
- Para Voluntario La cobertura de ENFERMEDADES GRAVES sólo se otorga a personas menores de 60 años.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (le solicitamos contestar en su totalidad si hay correcciones o enmendaduras, sírvase validarlas con su firma)
El Asegurado ha sufrido de: (marque cuáles)

Asegurado	Cáncer	Leucemia	Sida VIH	Insuficiencia Renal Crónica	Esclerosis Múltiple	Infarto Cardíaco	Cirrosis	Enfisema Pulmonar	Derrame Cerebral	Hipertensión	Diabetes
Afiliado	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☒ NO	☐ SI ☒ NO	☐ SI ☒ NO	☒ SI ☒ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO	☐ SI ☐ NO
	Otras: ☐ SI ☒ NO ¿Cuáles?										

CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA A LAS ANTERIORES DECLARACIONES SEA POSITIVA PARA EL SOLICITANTE; LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. POR CORRESPONDER UNA PREEXISTENCIA.

Garantizo que las declaraciones sobre mi estado de salud y el de mi grupo familiar son exactas y verídicas, acepto que serán parte integrante del contrato de seguro. La presente solicitud no constituye aceptación del riesgo por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., igualmente declaro que mi ocupación y la de mi grupo familiar está permitida por la ley y que no me dedico(amos) a actividades ilícitas ni a la indigencia.

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA Y OTROS: YO(nosotros) autorizo(amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.:

- Solicitar copia íntegra de mi(nuestra) historia clínica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información, deberá contener, el resultado de los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren. Declaro(amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven.
- Compartir con Enlace Operativo S.A., o el tercero que haga sus veces, mi (nuestra) información personal otorgada en virtud de este contrato con la única finalidad de que ésta utilice dicha información para apoyar las labores operativas del proceso de expedición.
- Consultar y reportar a las centrales de riesgos o cualquier otra entidad autorizada, mi (nuestra) información confidencial, que resulte de las operaciones que se lleven a cabo con la póliza y de los demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declaro(amos) conocer y aceptar en todas sus partes.
- Intercambiar información con fines estadísticos entre las Compañías aseguradoras o con otra entidad a la que me (nos) encuentre (encontremos) afiliado (dos).

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO DE ACUERDO CON EL ART. 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO; PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.
EL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE, A SU VEZ, SURAMERICANA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO; EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

VISILADO

Firma del Asegurado Principal - Afiliado(a)

Ciudad: Neiva

Fecha AAAA MM DD: 2016-06-20.

Número de Identificación: 26593111

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre - Madre) - CO: Cónyuge - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - AM: Amigo

F-02-83-222 epotsma

-COMPAÑÍA-

CEDULAS DE LOS PROPIETARIOS	NOMBRE DE LOS PROPIETARIOS DEL INMUEBLE

NUMERO DE ESCRITURA	FECHA AVALUO			VALOR AVALUO	MATRICULA INMOBILIARIA	NOTARIA	CIUDAD
	AA	MM	DD	$			

DESCRIPCION DEL BIEN

MARCA DE VEHICULO	TIPO	MODELO	PLACA	No. CHASIS	No. MOTOR	SERVICIO:
						PRIVADO ☐ PUBLICO ☐

FECHA AVALUO			VLR. AVALUO	NOMBRE DEL AVALUADOR	SEGURO CONTRA TODO RIESGO		F. DE EXPEDICION SEGURO		
AA	MM	DD			SI ☐	NO ☐	AA	MM	DD

FONDO NACIONAL DE GARANTIAS

FECHA DE RESERVA	AA	MM	DD	No. RESERVA	VALOR COMISION

SEGURO DEUDORES

EXENTO ☐ PORQUE

YO, Son la leonor Martinez Arias. , IDENTIFICADO COMO APARECE AL PIE DE MI FIRMA, MANIFIESTO QUE LAS PERSONAS RELACIONADAS A CONTINUACION SON MIS UNICOS BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS

IDENTIFICACION	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	%
98803448	Jesus	Antonio	Morales	Rugeles	Esposo	100%

FECHA DILIGENCIAMIENTO		
AA 06	MM 06	DD 24

ESTA ASIGNACION DE BENEFICIARIOS SERA VALIDA POR EL TIEMPO DE ESTE PRESTAMO SUSCRITO CON CONTACTAR

FIRMA

OTROS SERVICIOS

SEGURO VOLUNTARIO ☐ PLAN ☐ PROTEGEMOS ☐ PLAN ☐ SERVICIOS EXEQUIALES ☐ PLAN ☐

OBSERVACION DEL COMITE

CLIENTE REGISTRADO EN LISTA LAVADO DE ACTIVOS SI ☐ NO ☒ | CONYUGE REGISTRADO EN LISTA DE LAVADO DE ACTIVOS SI ☐ NO ☒ | CODEUDOR 1 REGISTRADO LISTA LAVADO DE ACTIVOS SI ☐ NO ☐ | CODEUDOR 2 REGISTRADO EN LISTA DE LAVADO DE ACTIVOS SI ☐ NO ☐

VERIFICACION DE PROPIEDAD DEL BIEN RAIZ FAMILIAR: NOMBRE PROPIETARIO — PARENTESCO —

TIPO DOCUMENTO CON EL QUE SE VERIFICÓ: — NUMERO DE DOCUMENTO — FECHA —

HAY OTROS CREDITOS EN LA UNIDAD FAMILIAR? SI ____ NO ☒ SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA CONTESTE:

NOMBRE DEL TITULAR	CEDULA	PARENTESCO	ACTIVIDAD	MONTO	DIAS MORA	PLAZO	FRECUENCIA	CUOTAS PAGADAS

TIEMPO DE PERMANENCIA DEL CLIENTE 16 MESES DIAS DE MORA ACUMULADOS 15

JUSTIFICACIÓN RETRASO EN ATENCION

EXCEPCION (ES) REALIZADA(S): Firma en blanco solicitud

NOMBRE FUNCIONARIO QUE AUTORIZA LA (S) EXCEPCION (ES) Carlos Mario Villa Mesa

CLIENTE RECOGE SALDO DE CREDITO ANTERIOR A NOMBRE DE EL? SI K NO ____ No. CREDITO 1272251 SALDO 723233.

CLIENTE RECOGE SALDO DE CREDITO DE OTRA PERSONA SI ____ NO X No. CREDITO ____ NOMBRE ____ MONTO ____

CLIENTE RECOGE SALDO DE CREDITO DE OTRA PERSONA SI ____ NO X No. CREDITO ____ NOMBRE ____ MONTO ____

SI EL TITULAR ES FAMILIAR DE ALGUN EMPLEADO DE CONTACTAR MENCIONE: CARGO: —

NOMBRE DEL EMPLEADO — OFICINA: —

OTRAS OBSERVACIONES: —

PROPUESTA DEL ASESOR

CREDITO INDIVIDUAL ☒ MONTO 10'000.000		No. CUOTAS	PERIODO DE GRACIA	FRECUENCIA DE PAGO	FECHA DE PAGO	AA 06	MM 07	DD 06
CREDITO GRUPAL ☐ MONTO TOTAL GRUPO —	MONTO INDIVIDUAL GS —	22	—	1	No. DE INTEGRANTES —			

CONDIC. ESPECIALES ☐ M. AMBIENTE ☐ OTRO | DESTINO DEL CREDITO KW ☐ AF ☐ MEJORA VIVIENDA ☒ CREDITO EDUCATIVO ☐ CREDITO CONSUMO ☐ NOMBRE COMERCIAL Casa vivienda.

CUOTA PACTADA

PRIMER PAGO PACTADO			SEGUNDO PAGO PACTADO			TERCER PAGO PACTADO			CUARTO PAGO PACTADO		
MES	AÑO	VALOR	MES	AÑO	VALOR	MES	AÑO	VALOR	MES	AÑO	VALOR

DECISION DEL COMITE DE CREDITO

APROBADO ☒ APLAZADO ☐ NEGADO ☐ SI LA SOLICITUD ES APROBADA DILIGENCIE: CLIENTE PREFERENCIAL ☐

CREDITO INDIVIDUAL ☐ MONTO 10.000.000		No. CUOTAS	PERIODO DE GRACIA	FRECUENCIA DE PAGO	FECHA DE PAGO	AA 06	MM 07	DD 06
CREDITO GRUPAL ☐ MONTO TOTAL GRUPO —	MONTO INDIVIDUAL GS —	22	—	1	No. DE INTEGRANTES —			

VALOR SEGURO DE VIDA — VR. TOTAL OTROS — FECHA DE APROBACION AA 2010 MM 06 DD 24

ASESOR DE CREDITO	Visto Bueno	APROBACION
FIRMA	FIRMA	FIRMA
NOMBRE EHARRY	NOMBRE	NOMBRE CARLOS MARIO VILLA MESA
CARGO Ejecutivo	CARGO	CARGO COORDINADOR

Vida Grupo

Condiciones del Contrato de Seguro

Versión: 8

Póliza No. 22049203

Allianz

Póliza de Vida Grupo Deudores

www.allianz.co

Bogotá, 04 de Mayo de 2017

Tomador de la Póliza:

CORPORACION NARIÑO EMPRESA Y FUTURO CONTACTAR

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente,

Paula Campos

Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz

CONDICIONES
PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Tomador del Seguro	CORPORACION NARIÑO EMPRESA Y FUTURO CONTACTAR Nit: 800.147.930 - 9 Actividad Económica: Financiera Ciudad: Bogotá
Asegurados	Serán aseguradas todas las personas deudoras de la entidad tomadora siempre y cuando tengan su residencia permanente en la república de Colombia o Colombianos residentes en otro país. Para efectos de este seguro el grupo asegurado deberá estar conformado por mínimo 82.000 asegurados, en caso de ser inferior la compañía podrá ajustar estos términos reservándose la facultad de no suscribir la póliza.
Beneficiarios	Para efectos de este seguro el tomador será el primer beneficiario de la póliza a título oneroso. El saldo o remanente que llegare a quedar una vez cubierta la deuda con el beneficiario oneroso, será girado a las beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los beneficiarios de ley
Póliza y duración	Póliza No.: 22049203 Duración: Desde las 00:00 horas del 11 de Febrero de 2017 hasta las 24:00 horas del 11 de febrero de 2018
Intermediario	Nombre intermediario: PAULA CAMPOS Clave: 1705393 Participación: 100% Sucursal: Puente Largo (15,5)

Allianz

Capítulo II
Objeto y alcance del seguro

Allianz Seguros de Vida S.A., quien en adelante se denominará "LA COMPAÑÍA", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL ASEGURADO, la cual se incorpora al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Capítulo III
Condiciones Particulares

1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

	MÍNIMA DE INGRESO	MÁXIMA DE INGRESO	PERMANENCIA
AMPARO BÁSICO	18 años	75 años	80 años o la cancelación de la deuda (lo que ocurra primero)
ITP	18 años	70 años	80 años o la cancelación de la deuda (lo que ocurra primero)

Para efectos de la permanencia, ésta se mantendrá siempre que la póliza se encuentre vigente con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

2. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
MUERTE	Saldo inicial de la deuda. (Es decir, el saldo soluto de la deuda será girado a Contactar y el remanente a los beneficiarios del asegurado.)
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	$200.000.000
No. de Asegurados Mínimos para expedir la póliza	82.000
VALOR DE LA CARTERA INFORMADA	$298.620.119.234
TASA POR MIL ANUAL APLICABLE SOBRE EL AMPARO DE MUERTE * Esta tasa aplica para los negocios nuevos a partir de la fecha de inicio de vigencia	3,65‰

NOTA: Para todos los efectos de este seguro, se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada o se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo y que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar su ocupación habitual u otra compatible con su educación, formación o experiencia, por tener una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días, sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos; la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.
La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente, al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

3. EXCLUSIONES

Sin perjuicio de las exclusiones consagradas en el condicionado general, en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

4. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS

Aplica para valores asegurados iguales o inferiores a $8.000.000 por crédito. La presente póliza se extiende a cubrir las pérdidas ocasionadas como consecuencia de eventos preexistentes a la fecha de inicio de la presente póliza, y en caso de presentarse reclamación, no será necesario exigir pruebas para poder dar trámite al pago del siniestro. Esta condición aplica tanto para el Amparo Básico, como para el amparo de Incapacidad Total y Permanente

5. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÒN

Queda consignada la obligación del tomador consistente en suministrar previo a la suscripción a la póliza y a cada movimiento de ingreso o cobro, listado del personal a asegurar que deberá ser remitido en medio magnético – archivo Excel con la siguiente información:

Allianz

ASEGURADO	
TIPO DOCUMENTO	Cédula CC - Tarjeta de identidad TI -Pasaporte PSA – CE Cédula de Extranjería - NUIP
DOCUMENTO	Número del Documento
PRIMER APELLIDO	Primer Apellido del asegurado
SEGUNDO APELLIDO	Segundo Apellido del asegurado
NOMBRES	Nombres del Asegurado
FECHA DE NACIMIENTO	DD/MM/AAAA
GENERO	FEMENINO (F) MASCULINO (M)
VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL (CORRESPONDE AL VALOR INICIAL DEL CREDITO O DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA)	$
FECHA CONTINUIDAD DE CADA ASEGURADO	

6. AMPARO AUTOMÁTICO

El amparo bajo esta póliza será automático hasta 30 días a partir de la fecha del desembolso, siempre que diligencie solicitud individual de seguro, su edad no supere los 75 años, su valor asegurado sea superior a $8.000.000 e inferior a $200.000.000 y las respuestas a la declaración de asegurabilidad sean en su totalidad negativas. (Excepto la condición estipulada en el numeral 9)

Para los ingresos con valor asegurado igual o menor a $8.000.000, adquieren la condición de amparo automático sin diligenciamiento de solicitud de seguro

Las personas que no cumplan con los parámetros establecidos anteriormente, no gozarán de cobertura hasta tanto la entidad Tomadora los informe a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., cumplan con los requisitos de asegurabilidad exigidos, y ésta a su vez se pronuncie con la calificación y autorice el ingreso a la póliza.

Cualquiera que sea el caso el Tomador o el Asegurado según corresponda, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinen el estado real del riesgo, de tal manera que si alguno de los asegurados fallece a causa de una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha de ingreso a la póliza, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. dará plena aplicación a los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Por otro lado el Tomador se compromete a reportar los ingresos y retiros de asegurados y modificaciones en el valor asegurado dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que se presenten tales modificaciones, superado este período de tiempo

dejará de operar el amparo automático y la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a la devolución de primas por concepto de este ingreso.

7. NO EXIGENCIA DE SOLICITUD DE SEGURO

Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de personas que se encuentren en buen estado de salud de acuerdo a lo consignado en la cláusula de amparo automático, su edad no supere 75 años y su valor asegurado sea igual o inferior a $8.000.000 (por crédito), no deberán diligenciar solicitud de seguro

8. BOLSA PARA PAGOS DE SINIESTROS POR ITP QUE DEPENDAN DEL DICTAMEN DE LA JUNTA MEDICA RECIONAL

Se asigna una bolsa de $50.000.000 a título de anticipo para estos casos.

En caso que el siniestro sea objetado por la aseguradora el tomador estará en la obligación de devolver dicho anticipo a la aseguradora, restableciéndose el valor de la bolsa en dicho monto.

9. MANEJO ADMINISTRATIVO

La custodia de las solicitudes individuales de seguro diligenciadas por los deudores que ingresen a la póliza y se encuentre en buen estado de salud, estará a cargo del tomador, quien en caso de reclamación deberá entregar una copia de éste documento a Allianz Seguros de Vida S.A. para evaluar el derecho a la indemnización. En caso que no se cumpla con alguno de los aspectos antes mencionados, la solicitud individual de seguro debidamente diligenciada deberá ser remitida a Allianz Seguros de Vida S.A., quien se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extraprimarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

Para los casos en que el solicitante marque en la declaración de asegurabilidad que sufre de Diabetes y/o Hipertensión, no tendrá que ir a evaluación médica ni tendrá aplicación de ningún tipo de recargo, por tanto podrá seguir su trámite normal de suscripción

10. REPORTE DE NOVEDADES

Los ingresos o aumentos de valor asegurado superiores a 8.000.000 por cualquiera de las líneas de crédito; no acumulables, deben ser soportados por escrito mediante el diligenciamiento completo de la solicitud individual de seguro. Con sujeción a lo indicado en la cláusula "Manejo Administrativo", se aclara que los asegurados deben ingresar a la póliza en perfecto estado de salud, de acuerdo a lo establecido en la cláusula de Amparo Automático y en la Solicitud Individual de Seguro. La Compañía se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extraprimarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

No se tendrá en cuenta el cumulo de valor asegurado, independiente a las líneas de crédito que tenga el cliente. Por lo anterior los requisitos de asegurabilidad aplicarán para todo cliente cuyo valor asegurado sea superior a $8.000.000.

Para los casos en que el solicitante marque en la declaración de asegurabilidad que sufre de Diabetes y/o Hipertensión, no tendrá que ir a evaluación médica ni tendrá aplicación de ningún tipo de recargo, por tanto podrá seguir su trámite normal de suscripción

11. CONTINUIDAD

Queda convenido que la compañía otorga el beneficio de la continuidad de la cobertura, definida como la extensión de las condiciones que traía el asegurado respecto a edad, valor asegurado el cual no puede superar $200.000.000 y estado de salud, bajo la póliza de vida de seguros colectivos inmediatamente anterior a la vigencia de la presente póliza y que se encontraba contratada con SURAMERICANA, beneficio que se otorga bajo los términos y en las condiciones que a continuación se precisan:

1. De este beneficio solo gozan las personas que venían aseguradas con la anterior compañía, al momento inmediatamente anterior al inicio de la vigencia del presente contrato.

2. La compañía asume los riesgos bajo los términos y condiciones de su contrato de seguros y no extiende su cobertura a las condiciones contractuales que pudiera traer el grupo asegurado con la anterior compañía.

3. Las extraprimas y limitaciones de riesgo que hayan sido impuestas por la anterior Compañía de seguros regirán para el presente contrato y deberán ser informadas en el listado de Asegurados, sin perjuicio de aquellas que puedan ser impuestas por esta aseguradora para los demás casos.

4. La Continuidad sólo aplica para las coberturas que traía el Tomador con la anterior aseguradora. Si se otorga una nueva cobertura en la vigencia que inicia con Allianz Seguros de Vida S.A., no existirá continuidad para dicha cobertura.

5. En ningún caso se da continuidad a las pólizas de vida individual. La presente cláusula otorga continuidad sobre pólizas colectivas de vida contratadas en la vigencia inmediatamente anterior al inicio de este contrato.

En virtud de esta cláusula, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. se subroga en los mismos derechos y obligaciones que podrían haber asistido a dicha aseguradora, para tal efecto se deja consignada la obligación del tomador consistente en suministrar a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. la relación de las personas aseguradas en la Compañía anterior, las personas que superen los límites establecidos en esta cláusula deberán

cumplir con los requisitos de asegurabilidad que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. estime convenientes.

12. FORMA DE COBRO Y REPORTE DEL TOMADOR

El cobro de la Prima se efectuará en forma MENSUAL VENCIDO según reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético. En todo caso se efectuará un solo cobro mensual donde se incluyan todos los conceptos a cobrar en el respectivo periodo.

13. PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador pagará la prima a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de los 45 días contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de cada periodo.

En consecuencia el amparo que se otorga terminara automáticamente si al día 46 de inicio vigencia del periodo no se ha efectuado el pago de la prima respectiva.

14. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Previo al ingreso o incremento de valor asegurado, los solicitantes o Asegurados deberán presentar los requisitos de asegurabilidad que correspondan de acuerdo con su edad y valor asegurado individual total, indicados en la siguiente tabla:

VALORES ASEGURADOS EN PESOS		EDADES		
Desde	**Hasta**	**Hasta 45**	**De 46 a 60**	**Desde 61**
$1,00	$8.000.000	No diligenciamiento de solicitud de seguro		
$8.000.001	$200.000.000	1	1	1

1. Solicitud de seguro

En cualquier caso, la Aseguradora podrá exigir requisitos médicos y/o paraclínicos adicionales cuando lo estime conveniente.

15. REVOCACIÓN

La presente póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento.
Los anexos de la presente póliza podrán ser revocados por la Aseguradora en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al tomador sobre esta determinación con una anticipación no menor a 60 días.

Allianz

16. PLAZO Y DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS.

Allianz Seguros de Vida S.A., efectuará el pago de la indemnización correspondiente dentro de los (7) siete días calendario desde la fecha en que el Tomador haya acreditado la ocurrencia del siniestro y cuantía.

Se otorgará plazo para el aviso de siniestros de 30 días. Una vez se tenga conocimiento del mismo y se encuentre dentro de los plazos máximos otorgados por la ley

A continuación se indican los documentos mínimos que deberán aportarse en caso de siniestro, en original o fotocopia autenticada según sea el caso:

17. EN CASO DE FALLECIMIENTO

Documentos del asegurado:

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, nombre del asegurado y datos del reclamante.
- Copia de la Cédula de Ciudadanía o documento de identidad.
- Copia del Registro Civil de Defunción
- Certificación de la entidad tomadora en donde conste el nombre del asegurado, fecha de desembolso y el valor de la deuda a la fecha de la muerte.
- Copia de la Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado en la cual se evidencie la designación de beneficiarios, en caso de que la regla de suma asegurada sea el valor inicial de crédito.
- Copia de la Historia Clínica Completa (si falleció en una institución médica si no la pueden aportar explicar las razones) (si es el caso)
- Si la causa de fallecimiento fue violenta o accidental adicionalmente deben anexar certificación o documento expedido por la Entidad Competente que enuncie la causa de fallecimiento. (puede ser Acta de levantamiento de cadáver y/o certificación de la fiscalía y/o Informe de necropsia y/o croquis según el caso).

Documentos de beneficiarios:

- Documentos de identidad de los beneficiarios (copia de la cédula de ciudadanía mayores de edad y registro civil de nacimiento para menores de edad)
- Si los beneficiarios son menores deben aportar copia de la cédula de los padres vivos.

- Formato de pago por transferencia diligenciado por los beneficiarios y padres de los menores beneficiarios. (En caso que el beneficiario no cuente con cuenta bancaria para transferencia electrónica, se podrá colocar giro en efectivo, para ser retirado en cualquiera de oficinas de BANCOLOMBIA a nivel nacional) En este caso se debe adjuntar formato diligenciado para giro en efectivo)

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, y datos del reclamante.

- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.

- Certificación de la entidad tomadora en donde conste el nombre del asegurado, fecha de desembolso y el valor de la deuda a la fecha de la estructuración de la Incapacidad Total y Permanente.

- Historia Clínica Completa (en la cual se evidencie la fecha de diagnostico o de ocurrencia del evento o la patología que generó la invalidez, así como la evolución).

- Copia del dictamen de calificación de Invalidez emitida por la Entidad Competente (EPS, ARL, AFP o JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL O NACIONAL) en la cual se evidencie la fecha de estructuración y el porcentaje de la pérdida. Este requisito queda bajo la decisión de Allianz Seguros de Vida S A

- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado en caso de existir remanente. (En caso que el beneficiario no cuente con cuenta de ahorros para transferencia, por solicitud expresa del cliente se podrá generar giro en efectivo, para ser retirado en cualquiera de oficinas de BANCOLOMBIA a nivel nacional) En este caso se debe adjuntar formato diligenciado para giro en efectivo)

- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado.

18. DOCUMENTOS EMITIDOS EN EL EXTERIOR

Cuando se trate de documentos otorgados en el extranjero deberá adelantarse el trámite señalado en el artículo 259 del código de procedimiento civil, modificado por D.E. 2282 de 1.989 art. 1, numeral 18 y por la ley 455 de 1.998.
Para la traducción deberá tenerse en cuenta lo estipulado en el art 260 del C. De P. C. Y en la resolución 2201 de 1.997 emanada del ministerio de relaciones exteriores.

En cualquier caso, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

Allianz

19. COMUNICABILIDAD DE CONDICIONES

Se deja expresa constancia, de la obligación del Tomador, consistente hacer conocer a todos los asegurados las condiciones generales y particulares de la póliza así como sus anexos, de tal manera que éstos no puedan alegar su desconocimiento.

20. MÁXIMA SINIESTRALIDAD ÚLTIMA VIGENCIA

De acuerdo a la información suministrada por la entidad tomadora, la siniestralidad de la última vigencia no fue superior a $453.741.000, en caso de ser superior la compañía se reserva el derecho de aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 del estatuto comercial y demás disposiciones concordantes.

21. CLÁUSULA DE AJUSTE TRIMESTRAL POR SINIESTRALIDAD INCURRIDA

ALLIANZ Seguros de Vida S. A. se reserva el derecho de revisar trimestralmente la siniestralidad aplicando la siguiente fórmula para el correspondiente ajuste de tasa:
Tasa= (siniestros / Valores Asegurados Promedios) * (1/1-G) * 1000

en donde:

Siniestros = siniestros pagados + siniestros pendientes + IBNR
IBNR = 10% de la sumatoria de siniestros pegados + siniestros pendientes
G= Comisión intermediario + Gastos Aseguradora 10%

22. PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

PU= 25%((65% PRIMAS RECAUDADAS) – SINIESTROS INCURRIDOS)

Siniestros incurridos = Siniestros pagados + siniestros pendientes de la vigencia.

Esta participación se liquidará 30 días después de finalizar la vigencia y se otorga siempre y cuando la póliza sea renovada con Allianz Seguros de Vida S.A.

23. ARBITRAMENTO

Por medio de la presente cláusula, las partes acuerdan someter a la decisión de tres árbitros todas las diferencias que se susciten en relación con esta oferta. Los árbitros serán nombrados de común acuerdo con las partes y, si ello no fuere posible, se aplicará lo dispuesto por el Decreto Ley 2279 de 1989, modificado por la Ley 23 de 1991 y demás normas que lo modifiquen o reemplacen. El fallo será en derecho y el término del proceso será de seis (6) meses.

24. TERRITORIALIDAD

La presente póliza otorga cobertura a nivel mundial, no obstante en todo caso se regirá por las leyes de la república de Colombia.

25. GARANTIAS EXIGIDAS AL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- Suministro oportuno de listado actualizado de asegurados en los términos de este documento.
- Realizar oportunamente los reportes de ingresos y retiros en los términos de este documento.
- Notificar cualquier agravación de riesgo conocida
- Previo al ingreso de cualquier asegurado, el tomador tendrá la obligación de hacer que el mismo diligencie completamente el formulario de solicitud de seguro propuesto por la Aseguradora.

26. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

En cumplimiento de las disposiciones emanadas por la Superintendencia Financiera de Colombia acerca de las Instrucciones relativas a la administración del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo, y especialmente por lo consignado en la Circular Externa 022 de 2007, el tomador con la aceptación de estas condiciones manifiesta que cuenta con los procedimientos necesarios que le permiten obtener un conocimiento efectivo, eficiente y oportuno de todos los clientes actuales y potenciales; de igual manera manifiesta que ha verificado los soportes y la información relativa a sus clientes de manera permanente y actualizada, conociendo y verificado la identificación de Los mismos, su actividad económica, características, montos y procedencia de sus ingresos y egresos y respecto de los clientes vigentes, las características y el monto de sus transacciones y operaciones en los términos y aplicando los procedimientos y exigencias indicados por la Circular Externa 022 de 2007 emanada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Acepto todos sus términos y condiciones.

TOMADOR
Firma de aceptación

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones

115

Allianz

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
Firma Autorizada

Allianz Seguros de Vida S.A.
NIT No. 860.027.404-1

www.allianz.co
Cra. 13 A No. 29-24
Torre Empresarial Allianz
Bogotá, D.C.
Conmutador: 5 600600
Operador Automático: 5 600 601

116

Vida Grupo

Allianz

Condiciones Generales Vida Grupo

www.allianz.co

Estas son las condiciones generales de su contrato de seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por EL ASEGURADO, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

LA COMPAÑÍA EN CUMPLIMIENTO DE SU DEBER PRECONTRACTUAL HA PUESTO A CONSIDERACIÓN DEL TOMADOR DEL PRESENTE SEGURO LAS CONDICIONES GENERALES DEL MISMO DE MANERA ANTICIPADA, LAS CUALES SE LE HA INFORMADO SE ENCUENTRAN INCORPORADAS Y A SU DISPOSICIÓN EN LA PÁGINA www.allianz.co Y LE HA EXPLICADO DIRECTAMENTE Y/O A TRAVÉS DEL INTERMEDIARIO RESPECTIVO, EL CONTENIDO DE LA COBERTURA (RIESGOS QUE EL ASEGURADOR CUBRE), DE LAS EXCLUSIONES (CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES EL ASEGURADOR NO BRINDA COBERTURA) Y DE LAS GARANTÍAS (PROMESAS DEL ASEGURADO RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL RIESGO O AFIRMACIÓN O NEGACIÓN DE UNA SITUACIÓN DE HECHO) ALLÍ CONTENIDAS, ASÍ COMO SOBRE SU EXISTENCIA, EFECTOS Y ALCANCE. EN TODO CASO DE PERSISTIR CUALQUIER INQUIETUD EL TOMADOR PODRÁ COMUNICARSE A NUESTRAS LÍNEAS DE ATENCIÓN INDICADAS EN ESTE MISMO CONDICIONADO."

LA COMPAÑÍA NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN SINIESTRO U OTORGAR NINGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE (I) EL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA, (II) EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN O (III) EL OTORGAMIENTO DE TAL BENEFICIO EXPONGAN A LA COMPAÑÍA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONTEMPLADA EN LAS RESOLUCIONES, LEYES, DIRECTIVAS, REGLAMENTOS, DECISIONES O CUALQUIER NORMA DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA, EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER OTRA LEY NACIONAL O REGULACIÓN APLICABLE.

* Grandes contribuyentes, Régimen Común. No sujeto a Retención.

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., que en adelante se denominará **"LA COMPAÑÍA"**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el "Tomador" y a las solicitudes individuales de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de cobertura contenidas en las condiciones generales de la póliza.

CLAUSULA 1ª. AMPAROS

A. AMPARO BÁSICO

- BÁSICO DE VIDA

B. AMPAROS OPCIONALES

El tomador podrá contratar si lo desea todos o alguno(s) de lo(s) siguiente(s) amparo(s) y deberán quedar especificados en la carátula de la póliza.

- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- ENFERMEDADES GRAVES
- TRASPLANTE DE ORGANOS
- INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
- BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL
- RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
- RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA
- RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA
- RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA
- AUXILIO FUNERARIO
- AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE
- AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CLAUSULA 2ª. EXCLUSIONES

1. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS

LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ LA INDEMNIZACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS Y ESTABLECIDAS EN LA CLAUSULA DE AMPAROS, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

PARA TODOS LOS AMPAROS

1. **EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE**

LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN. NO ESTÁN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR TERRORISMO.

2. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO EL INTENTO DE SUICIDIO.

2. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.

3. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.

4. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

5. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

6. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO CUBRE LAS ENFERMEDADES INDICADAS A CONTINUACIÓN, NI LAS QUE SE DERIVEN DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE ÉSTAS:

1. **EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR O PRODUCIDA POR LOS MISMOS TIPOS DE VIRUS CAUSANTES DEL SIDA, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.**

2. **ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS, Y CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.**

3. **ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES TRANSITORIAS ISQUÉMICAS.**

4. **ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN.**

5. **EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE ALCOHOL, TÓXICO O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.**

6. **CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.**

7. **LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA EN SUS ETAPAS INICIALES T1A O T1B DE LA CLASIFICACIÓN TNM (TUMOR NÓDULO METASTÁSIS) CON CLASIFICACIÓN DE GLEASON INFERIOR A CINCO, CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADIO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO EL MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA.**

8. **CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 N0 M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLASICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTE A LOS MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADIOS.**

AMPARO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO CUBRE LOS TRANSPLANTES DE ÓRGANOS QUE SE DERIVEN DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O TIPOS CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR O PRODUCIDA POR LOS MISMOS DE VIRUS CAUSANTES DEL SIDA, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.

2. ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS, Y CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

3. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN.

4. CUALQUIER TRANSPLANTE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADO DENTRO DE LA COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ORGANOS.

5. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

6. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO EL INTENTO DE SUICIDIO.
2. MUERTE CAUSADA POR LA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA PERSONA SOBRE EL ASEGURADO, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, ARMA CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, CON EXPLOSIVOS, O POR ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN, O CUALQUIER OTRA CAUSA DE MUERTE NO NATURAL DIFERENTE A LA MUERTE ACCIDENTAL DEFINIDA EN ESTA PÓLIZA.

3. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O

HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

4. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

5. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

6. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.

7. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

8. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO EL INTENTO DE SUICIDIO.

2. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O

HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

3. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

4. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.

5. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.

6. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

7. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.

8. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

9. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.

7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.

8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.

10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR

TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.

13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.

14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.

16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.

17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.

18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.

19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS

PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.

7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.

8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.

10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.

13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.

14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.

16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.

17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.

18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.

19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.

7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.

8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.

10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.

13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.

14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.

16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.

17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.

18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.

19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.

7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.

8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.
10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.

13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.

14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.

16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO,

PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CÉLULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.

17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.

18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.

19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.

5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.

7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.

8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.

10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.

13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.

14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

15. **TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.**

16. **EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.**

17. **LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.**

18. **CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.**

19. **CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.**

20. **PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.**

21. **PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.**

CLAUSULA 3ª. DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS

DEFINICIÓN DE COBERTURAS

Riesgos Amparados

La presente póliza otorga las siguientes coberturas de acuerdo con las definiciones y condiciones previstas en este contrato.

1. AMPARO BÁSICO DE VIDA

Si el asegurado fallece por cualquier causa no mencionada en las exclusiones de la presente póliza, LA COMPAÑÍA pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra dentro de la vigencia de esta póliza.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

En caso de muerte presunta por desaparecimiento, la suma a indemnizar, será el valor asegurado a la fecha de la muerte establecida en la sentencia, la cual deberá inscribirse en el registro civil de defunción.

2. DEFINICIÓN Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES

- **AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Para todos los efectos de este amparo, se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al ASEGURADO desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que EL ASEGURADO ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo.

La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

Sin perjuicio de cualquier otra causa, se considera como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y un pie.

Para los efectos de este amparo, las pérdidas anteriores se definen así:

- De las manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca.
- De los pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo.

- De los dos ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

Para los efectos de este amparo, por accidente se entiende todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

En los seguros de grupo no deudores, se podrá a elección del tomador, otorgar todos los amparos descritos en estas condiciones generales.

- **AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES**

Cuando al ASEGURADO le sea diagnosticada médicamente por primera vez, durante la vigencia del presente amparo, cualquiera de las siguientes enfermedades: CÁNCER, LEUCEMIA, INFARTO DEL MIOCARDIO, CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES, QUEMADURAS GRAVES, ESTADO DE COMA, ANEMIA APLÁSTICA, TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y ENFERMEDAD DE PARKINSON; LA COMPAÑÍA pagará la suma equivalente al porcentaje señalado en la carátula de la póliza.

El porcentaje señalado afectará directamente el valor asegurado en el amparo básico de vida e invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, que se reducirán en esa proporción, al momento del diagnóstico de la enfermedad. En caso de presentarse una reclamación posterior por una cobertura del amparo básico, la indemnización se hará con base en el remanente.

La manifestación y el diagnóstico de la enfermedad, deberán presentarse con posterioridad a los tres (3) meses de iniciación de la primera vigencia del presente anexo y el diagnóstico deberá ser confirmado por evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

En cualquier caso no habrá lugar a pago alguno, cuando:

a) Exista un historial relacionado con la enfermedad, previo al inicio de la vigencia individual de este amparo.

b) b. Se haya recibido tratamiento por la enfermedad, antes del inicio de la vigencia individual del presente amparo.

DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES GRAVES

Para todos los efectos del presente amparo, las afecciones citadas quedan definidas así:

- **CÁNCER:**

  Significa un tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado y esparcimiento de células malignas y la invasión de tejido. Esta definición incluye también leucemia y

enfermedades malignas del sistema linfático como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin diferente al estadio I.

- **AMPARO DE CÁNCER IN SITU:**

Se define como Cáncer In Situ todo cáncer o tumor maligno sin evidencia de invasión, es decir el cáncer diagnosticado o todo tumor con clasificación TN0M0

Todo valor indemnizado por esta cobertura será deducido del amparo de enfermedades graves en caso de que dicha enfermedad se convierta en metastásica.

La suma asegurada de esta cobertura será la siguiente:

Se pagará el porcentaje de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves establecido en la carátula de la póliza al momento de ser diagnosticado la etapa TN0M0, con un el límite máximo establecido en la póliza.

Se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, al momento de ser diagnosticado la etapa II, III o IV, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

- **INFARTO AL MIOCARDIO:**

Significa la muerte de una porción del músculo del corazón resultado del bloqueo de una o más arterias coronarias.

El diagnóstico está basado en un episodio que consiste en:

a. Dolor de pecho típico,

b. Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones, o inversión de la onda T en dos o más derivaciones, y

c. Elevación de enzimas cardíacas

- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:**

Falla total crónica e irreversible de ambos riñones, como consecuencia de la cual haya de efectuarse trasplante o diálisis renal, en forma regular durante tres (3) meses como mínimo.

- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:**

Diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo especialista que confirme más de un episodio de déficit neurológico bien definido, con síntomas persistentes de deterioro de los nervios ópticos,

del tronco cerebral y de la médula espinal en su conjunto, y con alteración de la coordinación y de las funciones motoras y sensitivas, sin que necesariamente EL ASEGURADO requiera el uso de una silla de ruedas.

El diagnóstico deberá ser confirmado por técnicas modernas de imágenes cumplidos los ciento ochenta (180) días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

- **APOPLEJÍA O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (INFARTO CEREBRAL POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA):**

Todo padecimiento cerebrovascular tratado en un hospital, con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro horas, que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente extracraneal, con pruebas de disyunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo, después de transcurridos tres (3) meses como mínimo, después del accidente.

- **AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA (BY – PASS)**

Cirugía de corazón recomendada por un cardiólogo para corregir el estrechamiento o la obstrucción de una o más arterias coronarias que requieran la colocación de al menos dos injertos o puentes (By - Pass). No está amparada la angioplastia con balón, láser u otros procedimientos.

- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:**

Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo DEL ASEGURADO, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas. La compañía concederá el beneficio indicado en esta cláusula, cuando EL ASEGURADO deba ser sometido a un trasplante de los siguientes órganos:

- Trasplante de Hígado
- Trasplante de Páncreas
- Trasplante de Corazón
- Trasplante de Médula Ósea
- Trasplante de Pulmón
- Trasplante de Intestino Delgado

Nota:

- El trasplante de todos los demás órganos, partes de órganos o el trasplante de cualquier otro tejido están excluidos.
- Para cualquier proceso de indemnización por trasplante de órganos, es condición indispensable que se cumplan en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos.

- La compañía no pagará la indemnización cuando el trasplante de órganos sea consecuencia de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia del certificado individual.
- Este amparo se concederá siempre y cuando el trasplante se haya efectuado de acuerdo con las condiciones anotadas anteriormente.

- **QUEMADURAS GRAVES (GRAN QUEMADO):**

Dícese de las quemaduras de tercer grado, que comprometan más del 20% de la superficie corporal DEL ASEGURADO, el diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente a áreas corporales quemadas.

- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:**

Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

- **ENFERMEDAD DE PARKINSON:**

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiomática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

- **ESTADO DE COMA:**

Estado de inconsciencia sin reacciones o respuestas a estímulos externos o necesidades internas, persistiendo continuamente con el uso de sistemas de soporte de la vida por un periodo de al menos 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses.

- **ANEMIA APLÁSTICA:**

Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

a. Transfusión de productos de sangre.

b. Estimulantes de la médula ósea.

c. Agentes inmunosupresores.

d. Trasplante de médula ósea.

- **TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA:**

Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los tests neuroradiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro).

El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Para todos los efectos de la Cobertura de Enfermedades Graves, se consideran actividades de la Vida Diaria las siguientes:

Actividades de la vida diaria:

Se consideran: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/ beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

- **AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

Se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que ocurra durante la vigencia de la póliza y que produzca en la integridad física del Asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento.

Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado falleciere como consecuencia de las lesiones sufridas en dicho evento, LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados, la suma asegurada por este amparo a la fecha del accidente.

- **AMPARO DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

Si como consecuencia de un accidente sufrido por EL ASEGURADO durante la vigencia de la póliza se ocasiona dentro de los ciento veinte (120) días calendario siguientes contados a partir de la fecha del accidente la pérdida funcional o anatómica de uno de sus miembros u órganos, o amputación traumática o quirúrgica, EL ASEGURADO tendrá derecho a una indemnización de acuerdo con los porcentajes que se establecen en la siguiente tabla de desmembraciones y que se fijará con base en el valor asegurado estipulado para el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental.

Salvo las exclusiones previstas para los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del asegurado, y de sus beneficiarios, que produzca la desmembración o la perturbación funcional verificable mediante examen médico realizado por un médico.

DEFINICIONES:

INHABILITACIÓN Y/O PÉRDIDA: Se entiende por inhabilitación la pérdida funcional total y definitiva de un miembro.

Tabla 1 - Tabla de indemnizaciones

La Compañía pagará la indemnización estipulada para el amparo de beneficios por desmembración al recibo de pruebas idóneas donde se demuestre que EL ASEGURADO sufrió, a causa de un accidente, cualquiera de las siguientes pérdidas, y la suma indemnizable será, respecto al valor asegurado, la correspondiente al porcentaje que se indica para cada pérdida:

Clase de Pérdida	% de la suma a pagar
Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta	100,00%
Parálisis o Invalidez Total y Permanente	100,00%
Ceguera completa en ambos ojos	100,00%
La pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos	100,00%
Sordera total bilateral	100,00%
Pérdida del habla	100,00%
Pérdida del brazo o de la mano derecha	60,00%
Pérdida completa de la visión de un ojo	50,00%
Sordera total unilateral	50,00%
Pérdida del brazo o de la mano izquierda	50,00%
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	50,00%
Pérdida de un pie	40,00%
Pérdida completa del uso de la cadera	30,00%
Fractura no consolidada de una pierna	30,00%
Pérdida del dedo pulgar derecho	25,00%
Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o pulgar y otro dedo que no sea el índice	25,00%
Pérdida completa del uso del hombro derecho	25,00%
Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla	25,00%
Pérdida del dedo pulgar izquierdo	20,00%

Pérdida total de tres dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice	20,00%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho	20,00%
Pérdida completa del uso de alguna rodilla	20,00%
Fractura no consolidada de una rodilla	20,00%
Pérdida del dedo índice derecho	15,00%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo	15,00%
Pérdida completa del uso del tobillo	15,00%
Pérdida del dedo índice izquierdo	12,00%
Pérdida del dedo anular derecho	10,00%
Pérdida del dedo medio derecho	10,00%
Pérdida del dedo anular izquierdo	8,00%
Pérdida del dedo medio izquierdo	8,00%
Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies	8,00%
Pérdida del dedo meñique derecho	7,00%
Pérdida del dedo meñique izquierdo	5,00%
Pérdida de una falange de cualquier dedo	5,00%

Parágrafo 1:

a) Para todos los efectos de la presente condición, se entiende por pérdida de la mano, la amputación que se verifique a la altura de la muñeca o por encima de ella, y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.
b) También se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales

c) Cuando el Asegurado sufra dos o más pérdidas de las especificadas en la tabla, el valor total del pago no podrá exceder el 100% del Valor Asegurado en este amparo.

d) Las indemnizaciones pagadas por la pérdida de dedos, se deducirán de cualquier pago que se hiciese por concepto de la pérdida de la mano o el pie respectivo.

Parágrafo 2: La tabla contenida en este numeral aplica para personas diestras, en caso de asegurado zurdo se aplica en los mismos porcentajes indicados en sentido inverso.

Parágrafo 3: Cuando se reconozca el 100% del valor asegurado por desmembración accidental, finaliza el seguro, por ende, EL ASEGURADO perderá el derecho de reclamar a la Compañía por cualquier otro amparo suscrito en la presente póliza.

Parágrafo 4: La indemnización por la cobertura de desmembración accidental no es acumulable al amparo de invalidez y/o incapacidad total y permanente por accidente, por lo tanto, cualquier pago realizado por este amparo, se deducirá del valor asegurado del que pueda corresponder de la amparo de invalidez y/o incapacidad total y permanente.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder la suma asegurada individual. En caso de algún pago por este anexo que no corresponda al 100% de la suma asegurada individual, este anexo continuará en vigor, para el evento de fallecimiento hasta completar la vigencia anual, por la diferencia entre la suma asegurada individual y las indemnizaciones ya pagadas. Terminada la vigencia anual el amparo individual terminará.

- **AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

Este amparo cubre la hospitalización que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas.

Cuando EL ASEGURADO aporte pruebas fehacientes que determinen la existencia de una hospitalización, LA COMPAÑÍA le pagará, mientras ésta subsista continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia, el valor asegurado por renta diaria que figure en la póliza, siempre que tal hospitalización tenga lugar en un establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos.

El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

- **AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA**

La Compañía reconocerá un valor de renta diaria continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor asegurado contratado, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas.

El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

Para indemnizar este amparo, EL ASEGURADO deberá aportar concepto del médico tratante, de la EPS o de la ARL, en el cual se determine que debe ser hospitalizado en su lugar de residencia, por lo que se deberá demostrar mediante certificado médico la orden de hospitalización en casa, así como adjuntar las órdenes de visitas de control del departamento médico de la institución hospitalaria.

Para que exista lugar a la cobertura, EL ASEGURADO deberá permanecer en su lugar de domicilio con aparatos médicos que la Institución Médica le instale y con registro de visitas diarias certificadas del médico tratante y enfermeras, si es el caso. Las anteriores condiciones se deben dar por situaciones específicas tales como la no existencia de suficientes camas en el hospital para atender la demanda y/o que las condiciones psicológicas o mentales del paciente requieren que su recuperación se lleve a cabo en casa y/o que el paciente haya sido dado de alta de manera temprana para su protección.

- **AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA**

Si inmediatamente después de la salida del hospital o clínica por una hospitalización superior a 24 horas, EL ASEGURADO continúa incapacitado, LA COMPAÑÍA reconocerá un valor de renta diaria continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor de la suma diaria contratada por cada día de incapacidad que le sea concedido por la Entidad Promotora de Salud o validado cuando la incapacidad sea otorgada por Medicina Prepagada, Plan Complementario o Póliza de Hospitalización.

- **AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Este amparo cubre la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La Compañía pagará mientras EL ASEGURADO permanezca en Cuidados Intensivos continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor de la suma diaria contratada por cada día hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), siempre que tal hospitalización tenga lugar en un establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos.

Para todos los efectos del anexo de la cobertura de Renta Diaria, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **Hospitalización:** es la permanencia en una institución Hospitalaria para recibir Tratamiento Médico o Quirúrgico con una duración superior a 24 horas.
- **Hospital o Clínica:** es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.
- **Enfermedad:** es la alteración de la salud, según diagnóstico médico.
- **Accidente:** Se entiende por accidente para efecto de este contrato, el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito, que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.
- **Cirugía ambulatoria:** Es todo tratamiento quirúrgico realizado en el quirófano de un Hospital o Clínica, que no requiera hospitalización.
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud.
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- **POS:** Plan Obligatorio de Salud.
- **PVS:** Planes Voluntarios de Salud, tales como Medicina Prepagada, Pólizas de Salud o Planes Complementarios de Salud.
- **Periodo de Espera:** Para los efectos del anexo de la cobertura de Renta Clínica Diaria, el periodo de espera corresponde al plazo durante el cual el asegurado debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.
- **Evento:** comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los Asegurados, debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí.

- **AMPARO DE AUXILIO POR TRATAMIENDO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA**

Bajo este amparo la Aseguradora otorga AL ASEGURADO, un auxilio por la cirugía ambulatoria o el tratamiento ambulatorio practicado, que se origine como consecuencia de una enfermedad o accidente que este cubierto por la presente póliza, una vez EL ASEGURADO aporte pruebas medicas que determinen la necesidad de dicha cirugía y haya sido practicada en un quirófano de una institución de salud legalmente constituida, LA COMPAÑÍA le reconocerá por una sola vez por vigencia el valor pactado en las condiciones particulares del contrato del seguro.

- **AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO**

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado llegare a fallecer como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios como auxilio funerario el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

- **AMPARO DE AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE**

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado llegare a fallecer como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios como auxilio para canasta familiar, el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

- **AMPARO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado llegare a quedar en Incapacidad Total y Permanentemente como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará AL ASEGURADO como auxilio para canasta familiar, el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

CLAUSULA 4ª. – DEDUCCIONES

El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente no es acumulable al amparo básico de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, el Seguro de Vida Grupo terminará.

Si la póliza tiene además el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental, cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.

En consecuencia, cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental equivalente al 100% del Valor Asegurado, el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente terminará y LA COMPAÑÍA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro.

Igualmente cuando la póliza tenga el amparo de Enfermedades Graves y/o Trasplante de Órganos, cualquier indemnización por estos conceptos no es acumulable al amparo básico de vida y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dichos amparos, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico. En consecuencia, cuando se pague cualquier suma como indemnización por el amparo de Enfermedades Graves y/o Trasplante de Órganos, el valor asegurado del Amparo Básico se deducirá en el mismo monto.

Si la póliza tiene los amparos de Enfermedades Graves, Trasplante de Órganos e Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, y en virtud de los dos primeros amparos, la Compañía ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad total y permanente.

Si la póliza tiene los amparos de enfermedades graves y trasplante de órganos, y en virtud de cualquiera de ellos la Compañía ha efectuado un pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.

SUJETOS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO

CLAUSULA 5ª. – TOMADOR

Es la persona que contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas, haciéndose responsable del pago de la prima. El tomador se indicará en la carátula de la Póliza.

CLAUSULA 6ª. – GRUPO ASEGURABLE

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

CLAUSULA 7ª. BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título gratuito o a título oneroso.

Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a LA COMPAÑÍA.

Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del asegurado

Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, los herederos del beneficiario.

CLAUSULA 8ª. VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando no sea revocado o renovado.

CLAUSULA 9ª. MODIFICACIONES

Cualquier modificación a la presente Póliza deberá ser solicitada por el Tomador y de manera escrita a LA COMPAÑÍA.

En el evento de solicitar aumentos del valor asegurado, el Asegurado deberá presentar los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA COMPAÑÍA. Las disminuciones que se soliciten, se efectuarán con base en el valor asegurado al inicio de la anualidad respectiva.

CLAUSULA 10ª. MODALIDADES DE SEGURO

- **Seguro de Grupo Contributivo**: Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los miembros del grupo asegurado.
- **Seguro de Grupo No Contributivo**: Cuando la integridad de la prima sea sufragada por el Tomador del Seguro.
- **Seguro de Grupo de Deudores:** Es aquel cuyo objeto es el de amparar contra el riesgo de muerte, y contra el de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente si se hubiere contratado, hasta por el saldo insoluto de la deuda, a los deudores de un mismo acreedor (Tomador).

CLAUSULA 11ª. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Indica el límite mínimo y máximo de edad para ingresar al grupo asegurado, así:

COBERTURA	INGRESO		PERMANENCIA
	Mínima	Máxima	
Amparo Básico de muerte	12 años	70 años	Mientras EL ASEGURADO permanezca en el grupo asegurado ó hasta el término de la vigencia (anualidad) en que cumpla 80 años de edad.
Amparos adicionales Opcionales	12 años	65 años	Mientras EL ASEGURADO permanezca en el grupo asegurado ó hasta el término de la vigencia (anualidad) en que cumpla 70 años de edad.

CLAUSULA 12ª. – REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

El asegurado principal que solicite su inclusión o la de sus asegurados secundarios en el Grupo Asegurable, debe presentar los requisitos de asegurabilidad que le señale LA COMPAÑÍA, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por la misma. Las inclusiones de nuevas personas al Grupo Asegurable solo podrán presentarse al momento de inicio de Vigencia individual o al momento de la renovación anual de la póliza. Dichas inclusiones solo podrán ser solicitadas formalmente por parte por parte del Tomador o del asegurado principal.

La Compañía se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extraprimarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

CLAUSULA 13ª. PAGO DE LA PRIMA

LA COMPAÑÍA y el Tomador podrán establecer un convenio en el que se establezca una fecha de pago determinada, estipulada en el certificado de seguro que le sea entregado. Si las cuotas de las primas no fueren pagadas en el plazo establecido con el tomador del seguro, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la terminación de dicho plazo según lo establece el artículo 1152 del Código de Comercio. Estando el seguro vigente y la prima del periodo correspondiente pagada, en caso de siniestro la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva. El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la cobertura.

En caso de terminación automática de la póliza por mora, se devolverá la prima que no haya sido devengada.

CLAUSULA 14ª. DEVOLUCION DE PRIMAS

Si después de la terminación o revocación del contrato LA COMPAÑÍA llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.

CLAUSULA 15ª. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

El valor del seguro de cada persona incluida dentro del Grupo Asegurable se calculará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la Póliza, y respecto de cada Asegurado, se indicará el mismo, en el Certificado Individual de Seguro que se emita.

CLAUSULA 16ª PÓLIZAS COLECTIVAS

Cuando la presente Póliza otorgue cobertura a un grupo plural de Asegurados bajo la modalidad de Póliza Colectiva, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los Asegurados individualmente considerados.

CLAUSULA 17ª VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El Valor Asegurado Individual será el indicado en la Carátula de la Póliza, tanto para el amparo básico como para cada uno de los anexos.

CLAUSULA 18ª MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El máximo Valor Asegurado Individual que podrá otorgarse a cada Asegurado, será el estipulado en la Carátula de la Póliza. Cualquier modificación en esta suma deberá ser consultada previamente con LA COMPAÑÍA, quien se reserva el derecho de aprobarla o rechazarla, según sea el caso.

CLAUSULA 19ª. INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Los amparos respecto de cada persona, sólo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito su aprobación al Tomador. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA COMPAÑÍA no ha producido esta comunicación, se considerará como no aprobada.

Tratándose del Seguro de Grupo de Deudores, para la iniciación del amparo individual se requerirá, además de la aprobación de LA COMPAÑÍA, que se haga el desembolso efectivo del crédito al asegurado.

CLAUSULA 20ª. TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

a. Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.

b. Cuando el Asegurado principal fallezca o deje de pertenecer al grupo asegurado.

c. Cuando al momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a 5 personas.

d. Si se trata del seguro del cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado.

e. Los amparos opcionales terminarán cuando el asegurado supere la edad límite de permanencia aplicable.

f. Para cada uno de los amparos cuando el Asegurado o los Beneficiarios hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.

g. Cuando termine el anexo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.

h. En el Seguro de Vida Grupo Deudores, cuando la obligación del asegurado se extinga íntegramente.

PARÁGRAFO 1: Lo preceptuado en el literal h anterior, se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la Condición de "CONVERTIBILIDAD" de esta póliza.

PARAGRAFO 2: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Tomador.

CLAUSULA 21ª. MODIFICACION DEL ESTADO DEL RIESGO

El asegurado o el Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias no previsibles, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupación.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquél en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, LA COMPAÑÍA podrá revocar el amparo o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del amparo. Pero sólo la mala fe del Asegurado o del Tomador dará derecho a LA COMPAÑÍA para retener la prima no devengada.

PARÁGRAFO:

La terminación del amparo por falta de la notificación de que trata esta condición será aplicable únicamente a los amparos opcionales.

CLAUSULA 22ª. DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador o el asegurado individualmente considerado, ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad, literales B y C, de este contrato.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador o del asegurado individualmente considerado, el contrato no será nulo pero LA COMPAÑÍA solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la Condición de Irreductibilidad.

Las sanciones anteriores no son aplicables si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CLAUSULA 23ª. INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD

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

A. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

B. Si es mayor que la declarada, el Seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y

C. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal B anterior.

PARÁGRAFO

Lo dispuesto en los literales B y C anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

CLAUSULA 24ª. IRREDUCTIBILIDAD DEL SEGURO

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación, según el caso, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error

inculpable en la Declaración de Asegurabilidad ó en la Solicitud de Seguro, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

CLAUSULA 25ª. CONVERTIBILIDAD

Salvo en el Seguro de Vida Grupo de Deudores, los asegurados menores de 70 años que revoquen su seguro o que por causa distinta de siniestro, dejen de pertenecer al grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a LA COMPAÑÍA o a otra Compañía de seguros con la cual se tenga un contrato para garantizar este beneficio, con excepción de los planes temporales y crecientes, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El Seguro Individual que se expida, se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirá la póliza individual con la clasificación y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo arriba indicado para solicitar la Póliza Individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie o no solicitud o pago de prima), se considerará amparado en los términos de la presente póliza.

CLAUSULA 26ª. REVOCACION DEL CONTRATO

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y de la devolución se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tratándose de los amparos opcionales y los anexos, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

CLAUSULA 27ª. RENOVACION DEL CONTRATO

La presente póliza es renovable anualmente, por lo tanto, no aplicará, bajo ninguna circunstancia la renovación automática; quiere ello decir, que se renovará a voluntad entre las partes contratantes.

Las condiciones de prima / tasa, coberturas y valores asegurados para la vigencia siguiente, serán acordadas con el tomador y se plasmarán en la renovación, sin perjuicio de lo estipulado en la condición de "PAGO DE LA PRIMA" de la presente póliza.

CLAUSULA 28ª. SEGUROS COEXISTENTES

El tomador o asegurado deberá informar por escrito al asegurador los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

Esta cláusula opera sólo para los amparos opcionales con carácter indemnizatorio.

CLAUSULA 29ª. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

Según lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el Tomador o el beneficiario, según el caso, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado está obligado a declarar a LA COMPAÑÍA, al dar aviso del siniestro, los seguros coexistentes que tenga contratados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada. Esto opera únicamente para los amparos opcionales.

El Asegurado a petición de LA COMPAÑÍA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, LA COMPAÑÍA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

El asegurado y/o sus beneficiario (s) se comprometen con LA COMPAÑÍA a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación

CLAUSULA 30ª. RECLAMACIÓN

El beneficiario o asegurado, según el caso, deberán remitir a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro.

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

CLAUSULA 31ª. PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, la indemnización a que está obligada por la póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentra pendiente un reclamo bajo los amparos opcionales.

Cuando la indemnización deba pagarse al asegurado y éste tiene la calidad de tomador, el pago se efectuará previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando la indemnización deba pagarse al beneficiario y éste tiene la calidad de tomador, el pago se efectuará previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando las calidades (tomador, asegurado y beneficiario) se encuentran separadas en tres personas, la deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva, sólo se podrá realizar con la autorización previa del asegurado o beneficiario

Para acreditar el derecho a la indemnización el Asegurado o los Beneficiarios presentarán a LA COMPAÑÍA la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

PRESCRIPCIÓN:

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato, se regirá de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

CLAUSULA 32ª. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla, fuesen en alguna forma fraudulentos o si, en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

CLAUSULA 33ª. DERECHO A LA INSPECCION

El Tomador autoriza a LA COMPAÑÍA para inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLAUSULA 34ª AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza o sus amparos adicionales, EL TOMADOR, ASEGURADO o LOS BENEFICIARIOS, según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

En caso de pérdida de la vida, el término del aviso se extenderá a (10) días comunes siguientes a

aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que LA COMPAÑÍA deduzca los perjuicios que se le causen por el no aviso oportuno.

CLAUSULA 35ª CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera, el Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, se obligan con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al momento del pago de una indemnización (aplica para beneficiarios).

CLAUSULA 36ª DOMICILIO:

Sin perjuicio de las disposiciones procesales vigentes para los efectos del lugar de cumplimiento de las obligaciones pactadas, las partes fijan como domicilio la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

CLAUSULA 37ª. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores que signifiquen modificación al contrato, deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo previsto en la condición de "OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO" para el aviso del siniestro; y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes. Para tal efecto en la Póliza se indica la dirección de LA COMPAÑÍA para la notificación.

CLAUSULA 38ª. ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES

El Tomador se obliga a actualizar por cualquier medio escrito y por lo menos una vez al año, la información relacionada con sus datos personales, así como la del asegurado y el beneficiario.

Cuando el asegurado y beneficiario sean personas diferentes al tomador, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de reclamación.

CLAUSULA 39ª. POLIZAS DE VIDA GRUPO DEUDORES

a. El Tomador será el acreedor, quien tendrá el carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.

b. Por saldo insoluto de la deuda, para efectos del presente seguro, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes, calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no canceladas por el deudor.

c. Si la indemnización tuviese como causa el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual LA COMPAÑÍA informe por escrito al Tomador su aceptación respecto de la declaratoria de Incapacidad del asegurado.

d. Cuando existan varios asegurados respecto de una misma deuda, serán aplicables las normas contenidas en los literales a, b y c anteriores de esta cláusula, con ocasión de la realización del riesgo asegurado para cualquiera de los mencionados asegurados.

El seguro terminará automáticamente para los asegurados sobrevivientes o no incapacitados total y permanentemente por enfermedad o accidente, en la fecha de fallecimiento o de declaratoria de Incapacidad Total y Permanente para el primero de los asegurados respecto del cual se realice el riesgo asegurado.

e. El Tomador estará obligado a mantener vigente la presente póliza y a pagar las primas correspondientes, durante la totalidad del período en el cual subsista la deuda, aún en el caso en el cual el deudor se encuentre en mora, incluyendo la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectiva la deuda.

CLAUSULA 40ª CONDICIONES NO PREVISTAS

Las condiciones no previstas en el presente clausulado se regirán por la ley colombiana.

137

FÓRMULA MÉDICA No. [redacted]

CorporaciónIPS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES DEL PACIENTE: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS

EPS: CAFESALUD

FECHA DE ATENCIÓN: 16 03 16

TIPO DE DOCUMENTO: CC TI RC MS CE PA ASI

No. DE DOCUMENTO: 26973111

NIVEL: 1 2 3

TIPO DE PLAN: POS CONTRIBUTIVO

FECHA DE ENTREGA: AA MM DD

RECETARIO

MEDICAMENTOS	CANTIDAD	POSOLOGÍA
PREGABALINA tableta x 150mgs	180	Tomar 1 tableta vía oral cada 12 horas por 90 días.

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3669-10

Gabriel R. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M. 1881/09

NOMBRE DEL MÉDICO: CC 86977 6.

NO. DE REGISTRO MÉDICO:

SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA MEDICAMENTO NO POS

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE. DEBE ANEXAR LA FORMULA MEDICA ORIGINAL, Y RESUMEN DE HISTORIA CLINICA. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DIA___16_____ MES: ____08_____AÑO:_____2016_____

REGIONAL: _____ ___Huila_____

IDENTIFICACION REGIMEN: CONTRIBUTIVO: ____X___ SUBSIDIADO: _____ EPS del Usuario: ____

I. **ENCABEZADO:**

NOMBRE DEL USUARIO__ SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS____ EDAD___44_ AÑOS__X_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No._26593111__ CC_X__ TI___ RC___ CE___

DIRECCION___EL JUNCAL___ MUNICIPIO__PALERMO____ TELEFONO__3144609117____

NOMBRE MEDICO TRATANTE_____ ABEL ALBERTO ARIZA AHUMADA_____ .

REGISTRO MEDICO___3669/10__ ESPECIALIDAD__Medicina general TELEFONO__3134808010__

Pertenece a la red de la EPS: SI X NO _____

La fórmula cumple con lo dispuesto en el Decreto 2200 de 2005: SI: __ X__ NO: _____

.1 DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO QUE MOTIVA ESTA SOLICITUD (NOMBRE Y CODIGO CIE-10) :

polimialgia reumatica M353

DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA: PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA FAMILIAR DR GABRIEL CASTRO EL CUAL DA E SIGUIENTE CONCEPTO:

PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:

PREGABILINA 150 MG VO CADA 12 HORAS (DOSIS MAXIMA)

DULOXETINA 1 TAB DIA

SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)

LORAZEPAM TAB X 1 MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA NOCHE

SE DEBE REALIZAR VALORACION MULTIDISCIPLINARIA CON CLINICA DEL DOLOR REUMATOLOGIA Y PSIQUIATRIA

.2 ALTERNATIVAS POS PREVIAMENTE UTILIZADAS

PRIMERA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS UTILIZADA PARA LA PATOLOGÍA EN MENCION

PRINCIPIO ACTIVO amitriptilina

TIEMPO DE UTILIZACIÓN 3 meses

RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA__X__ REACCIONES ADVERSAS_____INTOLERANCIA_____

NO EXISTE ALTERNATIVA EN EL POS_____

SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS UTILIZADA PARA LA PATOLOGÍA EN MENCION

PRINCIPIO ACTIVO ___No hay_

TIEMPO DE UTILIZACIÓN _____ _____

RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA_____ REACCIONES ADVERSAS_____INTOLERANCIA_____

.3 MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

AMBULATORIO __X__ HOSPITALARIO _____ MIXTO _____ URGENTE_____

PRINCIPIO ACTIVO__Pregabalina____
CONCENTRACIÓN_____150 mg___

NO. REGISTRO INVIMA

FORMA FARMACEUTICA Tabletas

CANTIDAD REQUERIDA DIARIA 02 (cuatro)

NUMERO DE DIAS DE TRATAMIENTO ORDENADO 90 (noventa)

EFECTO TERAPÉUTICO DESEADO __control del dolor

TIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA _ 1 mes_

EFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MEDICAMENTO NO POS:

__Náuseas, vómito, hipersensibilidad____

MEDICAMENTO INCLUIDO EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL MISMO GRUPO TERAPÉUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE AL MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO.

GRUPO TERAPÉUTICO: ____Neuromodulador_____

PRINCIPIO ACTIVO: ____Amitriptilina_____ CONCENTRACIÓN: __25 mg_____

FORMA FARMACEUTICA: ___Tabletas_____ NUMERO DE DIAS/TRATAMIENTO:___90 días_____

DOSIS EQUIVALENTE (AL MEDICAMENTO NO POS): _____50 mg_____

.4 CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD:

1. EXISTE RIESGO **INMINENTE** PARA LA VIDA Y LA SALUD DEL PACIENTE: SI__X__NO____

SI EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE POR FAVOR JUSTIFÍQUELO:
Paciente con diabetes mellitus controlada, complicación con polineuropatía diabética con riesgo de pie diabético, riesgo de traumas, riesgo de úlceras

2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EXISTENTES EN EL POS: SI__X__ NO____

3. ESTA AUTORIZADA POR EL **INVIMA** LA COMERCIALIZACION Y EXPENDIO EN COLOMBIA PARA ESTE DIAGNOSTICO: SI__X__ NO____ NO SABE _____

EL COMITE VERIFICARA SI COINCIDE LA PRESCRIPCION CON LAS INDICACIONES TERAPEUTICAS APROBADAS POR EL INVIMA EN EL REGISTRO SANITARIO, NO APROBARA TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES NI MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA TRATAMIENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL POS. (RESOL. 2933 ART. 6, PARAGRAFO)

Abel Ariza A.
Médico General
R.M 3689-10

FIRMA Y NO. CEDULA DEL MEDICO TRATANTE
CC 8647267

No. REGISTRO MEDICO

SI SE REQUIERE INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN ADICIONAL, EL COMITÉ LA SOLICITARÁ AL MÉDICO TRATANTE QUIEN DEBE SUMINISTRARLA DENTRO DE LOS **DOS (2)** DÍAS SIGUIENTES. RESOL. 2933 ART. 7, LITERAL C.

Gabriel R. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M.1961/09

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/08/2016	Hora Ingreso:	01:34 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	368720441
Fecha Atención:	16/08/2016	Hora Atención:	02:24 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/08/2016	Hora Fin Atención:	03:31 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 1 meses 14 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 2 1-20 Teléfono: 3134808010

Acompañante: SOLA Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL DE RCV

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD INGRESA PARA CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA ULTMO CONTROL EL 16/05/2016 NO TRAE EXAMENES MEDICOS, REFIERE CEFALEA PERISTENTE, NIEGA DOLOR TORACICO NO DISNEA NO EDEMAS, PACIENTE QUE ESTA EN TTO CON ENALAPRIL 20X2 Y ASA 100 MG DIA , ESTA EN MANEJO POR CLINICA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, ESTA EN TTO CON DULOXETINA 1 TAB DIA, PREGABALINA 75 MG VO C/8 HORAS, ACIDO VALPROICO 1-1-1, NIEGA MAS SINTOMAS.
ESTUVO HOSPITALIZADA 9 DIAS DESDE 17/07/16 HASTA EL 26/07/17 POR NEUMONIA BASAL DERECHA.

SE ANEXA LA HISTORIA CLINICA TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE:
1. CUANDO SE SIENTE BIEN DEJA DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS ? NO
2. CUANDO SE SIENTE MAL DEJA DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS ? NO
3. TOMA LOS MEDICAMENTOS EN LA HORA ASIGNADA? SI
4. SE LE OLVIDA ALGUNAS VECES TOMARSE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ? NO
ULTIMA CITA CON MEDICO INTERNISTA O FAMILIAR: HACE UN AÑO
ULTIMA VALORACION POR OFTALMOLOGIA: HACE TRES AÑOS
FECHA ULTIMA CCV: HACE DOS AÑOS
FECHA ULTIMA MAMOGRAFIA: HACE CINCO AÑOS

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR		FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR		FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/08/2016	Hora Ingreso:	01:34 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	368720441
Fecha Atención:	16/08/2016	Hora Atención:	02:24 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/08/2016	Hora Fin Atención:	03:31 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	160
Diástole	70	Peso	97
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	37.89
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	86.6667		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	PA 100 CM NO MASAS NO MEGALIAS

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Hipertension esencial (primaria)
Código CIE10	I10X
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	ESTADIO I
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO NUEVO
Observación	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/08/2016	Hora Ingreso:	01:34 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	368720441
Fecha Atención:	16/08/2016	Hora Atención:	02:24 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/08/2016	Hora Fin Atención:	03:31 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Trastorno afectivo bipolar, no especificado
Código CIE10	F319
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR
BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA. NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM.
TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA. SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES
HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR, MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO
TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO
*SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

Medicamentos

Medicamento	LORAZEPAM TAB. x1mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s) EN LAS NOCHES
Observaciones	
Medicamento	ENALAPRIL MALEATO TAB. x20mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 12 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	
Medicamento	ESOMEPRAZOL MAGNESICO x20mg TAB. CON O SIN RECUBR. O CAPSULA (TAB)/(CAP).
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 12 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	

Plan de Manejo

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA FAMILIAR DR GABRIEL CASTRO EL CUAL DA E SIGUIENTE CONCEPTO:

PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:
PREGABILINA 150 MG VO CADA 12 HORAS (DOSIS MAXIMA)
DULOXETINA 1 TAB DIA
SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)
LORAZEPAM TAB X 1 MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA NOCHE
SE DEBE REALIZAR VALORACION MULTIDISCIPLINARIA CON CLIN

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3669-10

Gabriel A. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M. 1961/09

MINSALUD

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2016-12-19 14:15:55
Nro. Prescripción
20161219160000002924

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento:	Municipio:	Código Habilitación:
HUILA	NEIVA	4100100631 21

Documento de Identificación:	Nombre Prestador de Servicios de Salud:
813012545	IPS LOS ROBLES
Dirección:	**Teléfono:**
CALLE 17 A NO. 5 A - 41	8756445 - 3008960352

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
CC28593111	MARTINEZ	ARIAS	SANTA	LEONOR

Número Historia Clínica:	Diágnostico Principal:	Usuario Régimen Contributivo:
28593111	M353 POLIMIALGIA REUMATICA	-

MEDICAMENTOS

Nombre Medicamento	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro/ Letras/ Forma Farmacéutica
[DULOXETINA] 30,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR EN LA MAÑANA A LAS 7 00 AM	90/NOVENTA/TABLETA
[PREGABALINA] 25,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR CON HORARIO Y VIGILAR SIGNOS DE ALARMA	270/DOSCIENTOS SETENTA/TABLETA
[ACETAMINOFEN[325,000MG/1U : [CODEINA FOSFATO HEMIHIDRATO] 30,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR 1 TABLETA VO CADA 8 HORAS	270/DOSCIENTOS SETENTA/TABLETA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación:	Nombre:
CC8649267	ABEL ALBERTO ARIZA AHUMADA
Registro Profesional:	
3669	
Especialidad:	Firma

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016.Art. 13. Numeral 4.

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3669-10

Juan Manuel Gomez C.
Médico Internista
R.M. y C.C. 7724948

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 5 meses 17 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: sola Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL DE RCV

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE POLIARTRALGIA REUMATICA EN ESTUDIO DE FIBROMIALGIA, ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, PSICOLOGIA, PACIENTE QUE TRABAJA COMO INDEPENDIENTE ES COTIZANTE DEL SGSSS, ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE, PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA LABORAL, ESTA EN TRATAMIENTO CON DULOXETINA 30 MG DIA, PREGABALINA 25 MG 1-1-1, ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 1-1-1, QUETIAPINA25 MG 0-0-1, CLONAZEPAM 0.5 MG 0-0-1, AHORA REFIERE SENTIRSE MEJOR CON MEJOR MODULACION DEL DOLOR, CONCILIA EL SUEÑO, REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS DISPEPTICOS ESTA EN TTO CON OMEPRAZOL 20 MG DIA, TRAE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA SIN BIOPSIA LA CUAL TRAE REPORTE GASTROPATIA EROSIVA ANTRAL

ULTIMA CONSULTA POR CLINICIA DEL DOLOR EN SEPTIEMBRE LE ORDENO BAJAR DOSIS DE PREGABAKLINA A 25 MG 1-1-1 SEGUIR DULOXETINA 30 MG DIA, PACIENTE DICE QUE LA CLONAZEPAM SE LA SUSPENDIERON, REFIERE QUJE SIGUE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL, LE AUTORIZARON EL IMPLANTE DE LEVONORGESTREL (MIRENA).)
PACIENTE CDICE QUE HA ESTADO CON EL DOLOR MUY MODULADO DUERME TODA LA NOCHE NIEGA SIGNOS O SINTOMAS DE DELIRIO

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 379621226	
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010083121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	155
Diástole	80	Peso	92
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	38.29
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	93.3333		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN DEFICIT NEUROLOGICO

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379821226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Recomendaciones

CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR
BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA, NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM.
TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA, SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES
HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR, MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO
TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO
*SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

Medicamentos

Medicamento	ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 8 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/12/19
Fecha Final	2017/01/07
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad Profesional
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	

Plan de Manejo

ACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA INTERNA DR JUAN MANUEL GOMEZ EL CUAL DA EL AVAL DE REFORMULAR LA MEDICACION:

PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:
PREGABILINA 25 MG VO CADA 8 HORAS (DOSIS MAXIMA)
DULOXETINA 1 TAB DIA
SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)

SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 20 DIAS POR ENFERMEDAD LABORAL

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporación IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

Juan Manuel Gomez C.
Médico Internista
R.M. y C.C. 7724948

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000773546 Fecha12/19/2016 2:20:22 PM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS		
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion	Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Nivel Salarial:	1 Tipo Plan: POS Contributivo	Teléfono:	3134808010
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles		
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica N° Inc. Anterior: 0 NUEVA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	19/12/2016 Fecha Final Inc. 07/01/2017	Días Incapacidad:	20

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad Profesional		SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	R522	

Profesional	Abel Alberto Ariza Ahumada
Registro Profesional	8649267
Especialidad Profesional	PROMOCION Y PREVENCION

Impreso por: SALUDCOOP\aarizaa 12/19/2016 2:20:24 PM

PACIENTE

Fórmula médica: **225899537**

Fecha Atención:	2016/12/19 13:39:00	Fecha Entrega:	2016/12/19
Nombre del Paciente:	SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Identificación:	CC 26593111
Dirección del Paciente:	CALLE 11 2 27 JUNCAL	Tipo Plan:	POS Contributivo
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	Nivel Salarial:	1
IPS Atiende:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	Edad:	44

Tipo Recetario

Medicamentos	Posologia	Observaciones
ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB) - Pendiente - 2016/12/19, 90	Tomar 1 TABLETA(s) cada 8 Horas durante 30 dia (s)	

Profesional	Abel Alberto Ariza Ahumada
Registro Profesional	6649267
Especialidad Profesional	PROMOCION Y PREVENCION

- Documento no valido como autorización para red externa

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición

Impreso por: SALUDCOOP\aaariza 12/19/2016 2:20:24 PM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 5 meses 17 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Télefono: 3134808010

Acompañante: sola Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL DE RCV

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE POLIARTRALGIA REUMATICA EN ESTUDIO DE FIBROMIALGIA, ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, PSICOLOGIA, PACIENTE QUE TRABAJA COMO INDEPENDIENTE ES COTIZANTE DEL SGSSS, ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE, PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA LABORAL, ESTA EN TRATAMIENTO CON DULOXETINA 30 MG DIA, PREGABALINA 25 MG 1-1-1, ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 1-1-1, QUETIAPINA25 MG 0-0-1, CLONAZEPAM 0.5 MG 0-0-1, AHORA REFIERE SENTIRSE MEJOR CON MEJOR MODULACION DEL DOLOR, CONCILIA EL SUEÑO, REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS DISPEPTICOS ESTA EN TTO CON OMEPRAZOL 20 MG DIA, TRAE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA SIN BIOPSIA LA CUAL TRAE REPORTE GASTROPATIA EROSIVA ANTRAL

ULTIMA CONSULTA POR CLINICIA DEL DOLOR EN SEPTIEMBRE LE ORDENO BAJAR DOSIS DE PREGABAKLINA A 25 MG 1-1-1 SEGUIR DULOXETINA 30 MG DIA, PACIENTE DICE QUE LA CLONAZEPAM SE LA SUSPENDIERON, REFIERE QUJE SIGUE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL, LE AUTORIZARON EL IMPLANTE DE LEVONORGESTREL (MIRENA).)
PACIENTE CDICE QUE HA ESTADO CON EL DOLOR MUY MODULADO DUERME TODA LA NOCHE NIEGA SIGNOS O SINTOMAS DE DELIRIO

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	155
Diástole	80	Peso	92
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	38.29
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	93.3333		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN DEFICIT NEUROLOGICO

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010083121

Recomendaciones

CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR
BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA. NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM.
TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA. SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES
HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR, MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO
TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO
*SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

Medicamentos

Medicamento	ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 8 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/12/19
Fecha Final	2017/01/07
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad Profesional
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	

Plan de Manejo

ACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA INTERNA DR JUAN MANUEL GOMEZ EL CUAL DA EL AVAL DE REFORMULAR LA MEDICACION:

PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:
PREGABILINA 25 MG VO CADA 8 HORAS (DOSIS MAXIMA)
DULOXETINA 1 TAB DIA
SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)

SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 20 DIAS POR ENFERMEDAD LABORAL

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

Juan Manuel Gomez C.
Médico Internista
R.M. y C.C. 7724948

FORMATO DE JUSTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS

Paciente: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Identificación: CC 26593111 Edad: 44
Estado Paciente: NO POSTRADO

Solicitud N°: 14392813 Fecha Solicitud: 2016/09/13 Tipo Alto Costo: NO ALTO COSTO
Finalidad TERAPEUTICO Diagnóstico: N939
IPS Atiende CF CEMES CEIBAS Convenio: Convenio CF CEMES CEIBAS - Pos Contributivo
IPS Primaria: CF Corporacion IPS Huila - Los Robles EPS: CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS S.A.

Punto Epsifarma: Regional Huila - Neiva - CARRERA 7 No.16-56

Medicamento No POS Solicitado	Dosis/Dia	Dias Periodo	Unidades Periodo	Tiempo Tratamiento	Entregas
LEVONORGESTREL SISTEMA LIB. INTRAUTERINO x52mg (UND) Homologo: LEVONORGESTREL 0.15mg + ETINILESTRADIOL 0.03mg GRAGEA x0.18mg (TAB) [TABLETA]	1	1	1	1	1

Justificación del riesgo

PACIENET CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA MULTITRATADA, QUE PRESENTA HEMORRAGIA UTERIA ANORMAL, QUE NO RESPONDE A MANEJO MEDICO (DEPOPROVERA, TRANEXAMICO, AINES) Y LEGRADOS GINECOLOGICOS. SE CONSIDERA ES CANDIDATA A MANEJO MEDICO CON LEVONOGESTREL ENDOCEPTIVO PARA CEE DE MENSTRUACION Y EVITAR RIESGOS ASOCIADOA A EVENTO QUIRUGICO MAYOR (HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL) EFECTO TERAPEUTICO DESEADO: AMENORREA TIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA: 15 DIAS EFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MED. NO POS: SPOTING

Alternativa POS

DEPPROVERA - ACO - A TRANEXAMICO DOSIS: 1FRECUENCIA: 24DURACION: 180CANTIDAD: 180VIA: ORAL E INTRAMUSCULAPRINCIPIO ACTIVO: ETINILESTRADIOL - MEDROXIPROGESTERONA - A TRANEXAMICO TIEMPO DE UTILIZACIÓN: 6 MESES RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA: SIREACCIONES ADVERSAS: NoINTOLERANCIA: No

Justificación del médico

MANEJO DE HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL QUE NO RESPONDE A MANEJO MEDICO Y MULTIPLES LEGRADOS GINECOLOGICOS

Profesional Leidy Orjuela
Registro Profesional 28556214
Especialidad Profesional GINECO OBSTETRICIA

Impreso por: SALUDCOOPlbjtovarb 9/13/2016 4:31:40 PM

JUSTIFICACIÓN DE USO DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

ACUERDO 228 DE 2002, RESOLUCION 3099 AGOSTO 2008

Fecha	2016/09/13								
Paciente	SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Documento Identidad	26593111	Tipo de documento	CC [X] RC [ ] TI [ ] CE [ ]			HC	07010100046 22554
Entidad	Convenio CF CEMES CEIBAS - Pos Contributivo								
Edad	44	Régimen	POS Contributivo						
Diagnostico	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada			Codigo CIE - 10	N939				
Justificación Medico	MANEJO DE HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL QUE NO RESPONDE A MANEJO MEDICO Y MULTIPLES LEGRADOS GINECOLOGICOS								
Causa Externa	ENFERMEDAD GENERAL	Estado Paciente	NO POSTRADO						
Finalidad	TERAPEUTICO	Tipo Alto Costo	NO ALTO COSTO						

MEDICAMENTO - POS INDICADO PARA LA PATOLOGIA CLINICA

DEPPROVERA - ACO - A TRANEXAMICO DOSIS: 1 FRECUENCIA: 24 DURACION: 180 CANTIDAD: 180 VIA: ORAL E INTRAMUSCULA

Respuesta Clinica y Paraclinica Observada con los medicamentos POS (en caso de no usarlos explicar por qué)

NO MEJORIA: X REACCIONES ADVERSAS: INTOLERANCIA:

Medicamentos NO POS solicitado

Ambulatorio : [X] Hospitalario : [ ]

Principio F.F/Concentración y Presentacion	Grupo fármaco terapéutico	Dosis	Via	Frec	Cantidad	Duración
LEVONORGESTREL SISTEMA LIB. INTRAUTERINO x52mg (UND) LEVONORGESTREL SISTEMA LIB. INTRAUTERINO x52mg (UND) [UNIDAD]	NO DEFINIDO	1		1	1	1

Indicaciones del tratamiento con el medicamento no POS : Efecto deseado al tratamiento	Tiempo respuesta:
AMENORREA	15 DIAS

Efectos secundarios y posibles riesgos al tratamiento

SPOTING

Criterios que justifican la presente solicitud

1. Existe riesgo inminente para la vida y la salud del paciente: SI [X] NO [ ] Especifique en forma clara el por qué y para qué el uso del medicamento NO POS:

PACIENET CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA MULTITRATADA, QUE PRESENTA HEMORRAGIA UTERIA ANORMAL, QUE NO RESPONDE A MANEJO MEDICO (DEPOPROVERA, TRANEXAMICO, AINES) Y LEGRADOS GINECOLOGICOS. SE CONSIDERA ES CANDIDATA A MANEJO MEDICO CON LEVONOGESTREL ENDOCEPTIVO PARA CEE DE MENSTRUACION Y EVITAR RIESGOS ASOCIADOA A EVENTO QUIRUGICO MAYOR (HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL).

2.Está autorizada por el INVIMA la comercialización y expendio en Colombia para este diagnóstico : SI [ ] NO [X]

3. Número de registro INVIMA: 0

Impreso por: SALUDCOOPbjtovarb 9/13/2016 4:31:39 PM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	13/09/2016	Hora Ingreso:	03:39 PM	Número Ingreso:	2025482	N° Historia:	371705155
Fecha Atención:	13/09/2016	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	13/09/2016	Hora Fin Atención:	04:27 PM	Tipo Consulta:	Evolución Historia Consulta Externa		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CARRERA 7 No 10-84	
Nit IPS Primaria:	800215908	Teléfono IPS:	8723814	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010033105

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 2 meses 11 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: NINGUNA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: . Teléfono: .

Responsable: . Teléfono: . Parentesco: .

Finalidad: NO APLICA Ceusa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

ACUDE A CONTROLPR C CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CONSISTENTE EN HUA DE DIFICIL MANEJO. FUM 01/08/16 CON MENOMETRORRAGIAS. NO MEJORA CON DEPOPROVERA ACO TRANEXAMICO PERO AUN ASI NO LA PUEDE CONTROLAR REFIERE ULTIMO LEGRADO HACE 1 AÑO. ANTECEDENTE DE FRIBROMIALGIAS EN MANEJO CON PREGABALINA + CLONAZEPAM

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertos Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertos Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	13/09/2016	Hora Ingreso:	03:39 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	371705155
Fecha Atención:	13/09/2016	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	13/09/2016	Hora Fin Atención:	04:27 PM	Tipo Consulta:	Evolución Historia Consulta Externa		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CARRERA 7 No 10-84	
Nit IPS Primaria:	800215908	Teléfono IPS:	8723814	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010033105

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	80	Temperatura	37
Sistole	140	Talla	165
Diástole	80	Peso	93
Frecuencia Respiratoria	16	Indice de Masa Corporal	34.16
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	100		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	
g. Torax	Nombre Variable	Normal
AUSCULTACION CARDIOPULMONAR NORMAL	Observación	AUSCULTACION CARDIOPULMONAR NORMAL
i. Abdomen	Nombre Variable	Normal
BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALAPCION	Observación	BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALAPCION
j. Sistema Genital Femenino	Nombre Variable	Normal
NO TV	Observación	NO TV
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	
r. Aspecto General	Nombre Variable	Buen aspecto general
	Observación	

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada
Código CIE10	N939
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO NUEVO
Observación	

Recomendaciones	PACIENTE DE 44 AÑOS CON HUA DE DIDIFIL MANEJO NO RESPONDE A TODOS LOS TTOS INCIIADOS. SE CONSIDERA COMO OPCION MANEJO CON ENDOCERPTIVO DE LEVONOGESTREL TEWNIENDO EN CUENTA QUE POR ENFERMEDAD DE BASE Y OBESIDAD LA RECUPERACION POSTQUIRURGICA PUEDE SER LIMITADA. CONTROL EN 1 MES CON GINECOLOGIA

Interconsulta

Procedimiento	GINECOLOGIA CONTROL
Observación	

Medicamentos

Medicamento	LEVONORGESTREL SISTEMA LIB. INTRAUTERINO x52mg (UND)
Posologia	Tomar 1 unidad(s) cada 24 Horas durante 1 dia(s)
Observaciones	

Información IPS

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	13/09/2016	Hora Ingreso:	03:39 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	371705155
Fecha Atención:	13/09/2016	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	13/09/2016	Hora Fin Atención:	04:27 PM	Tipo Consulta:	Evolución Historia Consulta Externa		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CARRERA 7 No 10-84	
Nit IPS Primaria:	800215908	Teléfono IPS:	8723814	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010033105

Nombre IPS: Convenio CF CEMES CEIBAS

Profesional:	Leidy Johana Orjuela Tellez	Especialidad Profesional:	GINECO OBSTETRICIA
Registro Médico:	28556214	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

FORMULA PARA USO CONTROLADO

PARA USO EXCLUSIVO DEL INVIMA

Fórmula médica: **223299330**

Fecha Atención:	2016/10/20 13:28:00	Fecha Entrega:	2016/10/20
Nombre del Paciente:	SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Identificación:	CC 26593111
Dirección del Paciente:	CALLE 11 2 27 JUNCAL	Tipo Plan:	POS Contributivo
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	Nivel Salarial:	1
IPS Atiende:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	Edad:	44

Tipo Recetario

Medicamentos	Posologia	Observaciones
CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB) - Pendiente - 2016/10/20, TREINTA (30)	Tomar 1 tableta(s) cada 24 Horas durante 30 día(s)	

Profesional	Diego Jose Valderrama Gonzalez
Registro Profesional	1075224405
Especialidad Profesional	MEDICINA GENERAL

- Documento no valido como autorización para red externa

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición

Impreso por: SALUDCOOPdjvalderramag 10/20/2016 1:52:53 PM

FORMULA PARA USO CONTROLADO
PARA USO EXCLUSIVO DE FARMACIA

Fórmula médica: 223299330

Fecha Atención:	2016/10/20 13:28:00	Fecha Entrega:	2016/10/20
Nombre del Paciente:	SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Identificación:	CC 26593111
Dirección del Paciente:	CALLE 11 2 27 JUNCAL	Tipo Plan:	POS Contributivo
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	Nivel Salarial:	1
IPS Atiende:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	Edad:	44

Tipo Recetario

Medicamentos	Posología	Observaciones
CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB) - Pendiente - 2016/10/20, TREINTA (30)	Tomar 1 tableta(s) cada 24 Horas durante 30 día(s)	

Profesional	Diego Jose Valderrama Gonzalez
Registro Profesional	1075224405
Especialidad Profesional	MEDICINA GENERAL

- Documento no valido como autorización para red externa

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición

Impreso por: SALUDCOOP\djvalderramag 10/20/2016 1:52:53 PM

FORMULA PARA USO CONTROLADO
PARA USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

Fórmula médica: **223299330**

Fecha Atención:	2016/10/20 13:28:00	Fecha Entrega:	2016/10/20
Nombre del Paciente:	SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Identificación:	CC 26593111
Dirección del Paciente:	CALLE 11 2 27 JUNCAL	Tipo Plan:	POS Contributivo
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	Nivel Salarial:	1
IPS Atiende:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	Edad:	44

Tipo Recetario

Medicamentos	Posologia	Observaciones
CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB) - Pendiente - 2016/10/20, TREINTA (30)	Tomar 1 tableta(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s)	

Profesional	Diego Jose Valderrama Gonzalez
Registro Profesional	1075224405
Especialidad Profesional	MEDICINA GENERAL

- Documento no valido como autorización para red externa

Para la entrega de Medicamentos este documento tiene una validez de 72 horas a partir de la fecha de expedición

Impreso por: SALUDCOOP\djvalderramag 10/20/2016 1:52:53 PM

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000691814 Fecha8/29/2016 2:32:13 PM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS		
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion	Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Nivel Salarial:	1 Tipo Plan: POS Contributivo	Teléfono:	3134808010
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles		
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica N° Inc. Anterior: 0 NUEVA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	29/08/2016 Fecha Final Inc. 12/09/2016	Días Incapacidad:	15

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General		SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	K294	

Profesional	Diego Jose Valderrama Gonzalez
Registro Profesional	1075224405
Especialidad Profesional	PROMOCION Y PREVENCION

Impreso por: SALUDCOOP\djvalderramag 8/29/2016 2:32:20 PM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	29/08/2016	Hora Ingreso:	01:37 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	370056143
Fecha Atención:	29/08/2016	Hora Atención:	01:58 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	29/08/2016	Hora Fin Atención:	02:32 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012548	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 1 meses 27 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL . Téléfono: 3134808010

Acompañante: Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

" CONTROL GASTRITIS"

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINO DE 44 AÑOS CON GASTRITIS CRONICA DE LARGA DATA DE EVOLUCION (1 AÑO) Y REFLUJO GASTROESOFAGICO , CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON ESMEPRAZOL 20MG CADA 12 HORAS DURANTE MAS DE 2 MESES, Y MILANTA, SIN MEJORIA. ULTMIA EVDA HACE +- 8 MESES CON REPORTE DE INFECCION POR H . PILORY Y RECIBIÓ TERAPIA TRIPLE ESTANDAR , PERO PERSISTE CON SINTOM,ATOLOGIA. EN EL MOEMTNO HIPERTENSA CONTROLADA + TRASTORNO BIPOLAR +FIBROMIALGIA , ACUDE PARA FORMULACION DE CLONAZEPAM (NO SE LO ENTREGARON , SE EL VENCIO LA FORMULA) .

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Personales

Descripción		
Quirúrgicos	Nombre Antecedente	Apéndice
	Fecha	2014/04/02
	Nombre del Medico:	Clarena Leonor Garcia Polo
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Cirugia Pélvica - Uterina
	Fecha	2014/04/02
	Nombre del Medico:	Clarena Leonor Garcia Polo
	Observaciones	pomeroy---- correccion celes.
	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha	2014/04/02
	Nombre del Medico:	Clarena Leonor Garcia Polo
	Observaciones	tumor del colon dx MAYO/ 2013
	Nombre Antecedente	Cirugia Pélvica - Uterina
	Fecha	2006/02/08
	Nombre del Medico:	Claudia Maritza Guzman Peralta
	Observaciones	CORRECCION DE CELES / POMEROY
	Nombre Antecedente	Apéndice
	Fecha	2013/03/20
	Nombre del Medico:	Daniel Fernando Alamario Botello
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Cirugia Pélvica - Uterina
	Fecha	2013/03/20
	Nombre del Medico:	Daniel Fernando Alamario Botello
	Observaciones	CORRECCION DE CELES / POMEROY
	Nombre Antecedente	Cirugia Pélvica - Uterina Frecuencia: (NU) Nunca
	Fecha	2014/08/27

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	29/08/2016	Hora Ingreso:	01:37 PM	Número Ingreso:	2025482	N° Historia:	370056143
Fecha Atención:	29/08/2016	Hora Atención:	01:58 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	29/08/2016	Hora Fin Atención:	02:32 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	sin edema, pulsos presentes.
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	no déficit
r. Aspecto General	Nombre Variable	Normal
	Observación	
	Nombre Variable	Hidratado
	Observación	
	Nombre Variable	Buen aspecto general
	Observación	

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Gastritis cronica atrofica
Código CIE10	K294
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remision
Código CIE10	F317
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones	SE HACE ÉNFASIS EN EL CONSUMO DE DIETA BALANCEADA BAJA EN SAL Y AZÚCAR EVITAR EL CONSUMO DE GRASAS ALCOHOL Y CIGARRILLO; FOMENTO DE ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN TOLERANCIA CAMINAR MÍNIMO TRES VECES POR SEMANA DURANTE 30 MIN. IMPORTANCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ASISTENCIA A LOS CONTROLES PARA SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO INSTAURADO PREVENCION DE PIE DIABETICO: USAR SIEMPRE CALZADO CERRADO EVITAR LA HUMEDAD EN LOS PIES EVITAR AL MAXIMO TRAUMATISMOS Y LESIONES EN ELLOS CONSULTAR AL MÉDICO SI PRESENTA LESIONES EN LOS PIES QUE NO SANAN NI CICATRIZAN. EDUCACION SINTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA DE CONSULTA POR URGENCIAS COMO: CEFALEA INTENSA DOLOR EN EL PECHO CON DIFICULTAD PARA RESPIRAR PALPITOS CARDIACOS FUERTES MAREOS SENSACION DE DECAIMIENTO.

Ayudas Diagnósticas

Procedimiento	ENDOSCOPIA VIAS DIGESTIVAS EN CONSULTORIO O HABITACION	Lateralidad	No Aplica
Observación			

Medicamentos

Medicamento	CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB)
Posología	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s) EN LA NOCHE
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/08/29
Fecha Final	2016/09/12
Duración (Dias)	15
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	K294
Nombre Diagnóstico	Gastritis cronica atrofica
Observación	.

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	29/08/2016	Hora Ingreso:	01:37 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 370056143	
Fecha Atención:	29/08/2016	Hora Atención:	01:58 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	29/08/2016	Hora Fin Atención:	02:32 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Plan de Manejo

Gabriel R. Castro Quintero (02:13:32 p.m.) solicitar una endoscopia de vías digestivas altas y generar una incapacidad médica por 15 días por Trastorno depresivo/ansioso y fibromialgia. control con reportes.

EVITE EL CONSUMO DE ALMIENTOS ACIDOS, GASEOSAS, EVITE EL CONSUMO CRONICO DE ALCOHOL O CIGARRILLO. NO COMER A DESHORAS. ACUDIR NUEVAMENTE A URGENCIAS . SI PERSISTEN SINTOMAS, QUE NO MEJORAN CON MEDICACION, FIEBRE, VOMITOS O ICTERICIA.

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Diego Jose Valderrama Gonzalez	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	1075224405	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

151

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000749913 Fecha 11/12/2016 11:11:44 AM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion	Teléfono:	3134808010
Nivel Salarial:	1 Tipo Plan: POS Contributivo		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles		
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica N° Inc. Anterior: 4609435 NUEVA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	12/11/2016 Fecha Final Inc. 26/11/2016	Días Incapacidad:	15

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General		SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	R522	

Profesional	Diego Jose Valderrama Gonzalez
Registro Profesional	1075224405
Especialidad Profesional	MEDICINA GENERAL

Impreso por: SALUDCOOP\djvalderramag 11/12/2016 11:11:48 AM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	12/11/2016	Hora Ingreso:	11:00 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	377024513
Fecha Atención:	12/11/2016	Hora Atención:	11:01 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	12/11/2016	Hora Fin Atención:	11:11 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 4 meses 10 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: INDEPENDINTISTA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Télefono: 3134808010

Acompañante: Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

" POR LA INCAPACIDAD"

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE POLIARTRALGIA REUMATICA EN ESTUDIO DE FIBROMIALGIA, ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, PSICOLOGIA, PACIENTE QUE TRABAJA COMO INDEPENDIENTE ES COTIZANTE DEL SGSSS, ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE, PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA LABORAL, ESTA EN TRATAMIENTO CON DULOXETINA 30 MG DIA, PREGABALINA 75 MG 3-3-3, ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 1-1-1, QUETIAPINA25 MG 0-0-1, CLONAZEPAM 0.5 MG 0-0-1, AHORA REFIERE SENTIRSE MEJOR CON MEJOR MODULACION DEL DOLOR, CONCILIA EL SUEÑO, REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS DISPEPTICOS ESTA EN TTO CON OMEPRAZOL 20 MG DIA, CON INCAPACIDAD PERMANENTE MOTIVO POR EL CUAL ACUDE PARA PRORROGA .

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Personales

Descripción		
Quirúrgicos	Nombre Antecedente	Apéndice
	Fecha	2014/04/02
	Nombre del Medico:	Clarena Leonor Garcia Polo
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Cirugia Pélvica - Uterina
	Fecha	2014/04/02
	Nombre del Medico:	Clarena Leonor Garcia Polo
	Observaciones	pomeroy--- correccion celes.
	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha	2014/04/02
	Nombre del Medico:	Clarena Leonor Garcia Polo
	Observaciones	tumor del colon dx MAYO/ 2013
	Nombre Antecedente	Cirugia Pélvica - Uterina
	Fecha	2006/02/08
	Nombre del Medico:	Claudia Maritza Guzman Peralta
	Observaciones	CORRECCION DE CELES / POMEROY
	Nombre Antecedente	Apéndice
	Fecha	2013/03/20
	Nombre del Medico:	Daniel Fernando Alamario Botello
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Cirugia Pélvica - Uterina
	Fecha	2013/03/20
	Nombre del Medico:	Daniel Fernando Alamario Botello
	Observaciones	CORRECCION DE CELES / POMEROY

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	12/11/2016	Hora Ingreso:	11:00 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	377024513
Fecha Atención:	12/11/2016	Hora Atención:	11:01 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	12/11/2016	Hora Fin Atención:	11:11 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010083121

Método	Hormonal
Método	Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	80	Temperatura	36
Sistole	112	Talla	160
Diástole	68	Peso	91
Frecuencia Respiratoria	20	Indice de Masa Corporal	35.55
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	82.6667		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
d. Boca	Nombre Variable	Mucosa oral húmeda
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Pulso carotideo normal
	Observación	
g. Torax	Nombre Variable	Ventilación adecuada
	Observación	
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Ruidos cardiacos rítmicos
	Observación	sin soplos, pulmones sinagreagdos.
i. Abdomen	Nombre Variable	Blando
	Observación	no masas ni megalias.
	Nombre Variable	Blumberg negativo
	Observación	
	Nombre Variable	Rs ts normales
	Observación	
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	no deficit motor ni sensitivo.
o. Osteomuscular	Nombre Variable	Anormal
	Observación	mialgias generalizadas.
r. Aspecto General	Nombre Variable	Hidratado
	Observación	
	Nombre Variable	Buen aspecto general
	Observación	
	Nombre Variable	Normal
	Observación	

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	12/11/2016	Hora Ingreso:	11:00 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 377024513	
Fecha Atención:	12/11/2016	Hora Atención:	11:01 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	12/11/2016	Hora Fin Atención:	11:11 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010083121

Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/11/12
Fecha Final	2016/11/26
Duración (Días)	15
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	.

Plan de Manejo

PACIENTE CON DX ANOTADOS EN MANEJO MEDICO MULTIDISCIPLINARIO, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES , HABITOS SALUDABLES. DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FISICO REGULAR A CORDE A LA EDAD. SE ORDENA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 15 DIAS POR COMPROMISO FUNCIONAL Y SECUNDARIO DE IMPORTANCIA.

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Diego Jose Valderrama Gonzalez	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	1075224405	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000760482 Fecha11/28/2016 2:17:25 PM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS				
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion			Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Nivel Salarial:	1	Tipo Plan:	POS Contributivo	Teléfono:	3134808010
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica	N° Inc. Anterior:	4679835 NUEVA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	28/11/2016	Fecha Final Inc.	17/12/2016	Días Incapacidad:	20

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General		SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	R522	

Profesional	Christian Camilo Rivera Lurduy
Registro Profesional	1075237912
Especialidad Profesional	MEDICINA GENERAI

Impreso por: SALUDCOOPlocriveral 11/28/2016 2:17:35 PM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/11/2016	Hora Ingreso:	01:17 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	378203669
Fecha Atención:	28/11/2016	Hora Atención:	02:07 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/11/2016	Hora Fin Atención:	02:17 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Tipo Identificación: Cedula Ciudadania		N° Identificación: 26593111
Tipo Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil: SOLTERO	Fecha Nacimiento: 01/07/1972	Edad: 44 años 4 meses 26 dias
Sexo: FEMENINO	Ocupación: EMPLEADO A	Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL	Télefono: 3134808010
Acompañante:		Teléfono:	
Responsable:		Teléfono:	Parentesco:
Finalidad: NO APLICA		Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:	

Anamnesis

Motivo de Consulta

RENOVACION DE INCAPACIDAD

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE POLIARTRALGIA REUMATICA EN ESTUDIO DE FIBROMIALGIA, ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, PSICOLOGIA, PACIENTE QUE TRABAJA COMO INDEPENDIENTE ES COTIZANTE DEL SGSSS, ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE, PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA LABORAL, ESTA EN TRATAMIENTO CON DULOXETINA 30 MG DIA, PREGABALINA 75 MG 3-3-3, ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 1-1-1, QUETIAPINA25 MG 0-0-1, CLONAZEPAM 0.5 MG 0-0-1, AHORA REFIERE SENTIRSE MEJOR CON MEJOR MODULACION DEL DOLOR, CONCILIA EL SUEÑO, REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS DISPEPTICOS ESTA EN TTO CON OMEPRAZOL 20 MG DIA, TRAE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA SIN BIOPSIA LA CUAL TRAE REPORTE GASTROPATIA EROSIVA ANTRAL

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Personales

Descripción		
Patológicos Crónicos	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2015/07/08
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	ENALAPRIL---
	Nombre Antecedente	Artritis Reumatoidea
	Fecha	2015/07/08
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha	2015/07/08
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	SX MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO
	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2015/07/13
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	ENALAPRIL---
	Nombre Antecedente	Artritis Reumatoidea
	Fecha	2015/07/13
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha	2015/07/13
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	SX MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/11/2016	Hora Ingreso:	01:17 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	378203669
Fecha Atención:	28/11/2016	Hora Atención:	02:07 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/11/2016	Hora Fin Atención:	02:17 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	78	Temperatura	36
Sistole	110	Talla	160
Diástole	80	Peso	91
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	35.55
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	90		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Normal
	Observación	PA 100 CM NO MASAS NO MEGALIAS
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/11/2016	Hora Ingreso:	01:17 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	378203669
Fecha Atención:	28/11/2016	Hora Atención:	02:07 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/11/2016	Hora Fin Atención:	02:17 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN FOCALIZACIONES
r. Aspecto General	Nombre Variable	Hidratado
	Observación	
	Nombre Variable	Buen aspecto general
	Observación	
	Nombre Variable	Normal
	Observación	

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR
BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA. NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM.
TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA. SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES
HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO
TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO
*SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/11/28
Fecha Final	2016/12/17
Duración (Días)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	

Plan de Manejo

PACIENTE CON DX ANOTADOS EN MANEJO MEDICO MULTIDISCIPLINARIO. SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 20 DIAS POR DX DE POLIMIALGIA REUMATICA

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Christian Camilo Rivera Lurduy	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	1075237912	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

155

cafesalud

Nombre del Paciente	Tipo Afiliado	Tipo de Identificacion	Identificacion
Santa Leonor Martinez Arias	COTIZANTE	Cedula Ciudadania	26593111
Nivel Cotizante	**Entidad que Solicita**		**Fecha**
1	Corporación I P S Huila - I P S Quirinal		23 8 2016

La(s) Solicitud(es) de Servicio(s), Procedimiento(s) y/o Dispositivo(s) Medico(s) presentada(s) para estudio por parte del Comite Técnico Cientifico ha(n) sido radicada(s) con el(los) siguiente(s) número(s)

14284070

Firma del Afiliado

5 dias habiles

FORMULA MÉDICA No.

CorporaciónIPS
Nit:

FORMATO F-MD-007 V-001 08/08/2011 PAG. 1 DE

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES DEL PACIENTE: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS

EPS: Seleccione

FECHA DE ATENCIÓN: 16 02 22

TIPO DE DOCUMENTO: [X] CC [ ] TI [ ] RC [ ] MSI [ ] CE [ ] PA [ ] ASI

No. DE DOCUMENTO: 26595122

NIVEL: [X] 1 [ ] 2 [ ] 3

TIPO DE PLAN: POS CONTRIBUTIVO

FECHA DE ENTREGA: DIA MES AÑO

RECETARIO

MEDICAMENTOS	CANTIDAD	POSOLOGÍA
Nombre de medicamento en denominación común internacional: DULOXETINA CAPSULA DURA LIBERACION RETARDADA Concentración: 60 mg. (TAB) Forma farmacéutica:	30	Dosis: tomar 1 tableta vía oral Frecuencia de administración: cada 24 horas por Vía de administración: Duración: 30 días
Nombre de medicamento en denominación común internacional: Forma farmacéutica: Concentración:		Dosis: Frecuencia de administración: Vía de administración: Duración:
Nombre de medicamento en denominación común internacional: Forma farmacéutica: Concentración:		Dosis: Frecuencia de administración: Vía de administración: Duración:
Nombre de medicamento en denominación común internacional: Forma farmacéutica: Concentración:		Dosis: Frecuencia de administración: Vía de administración: Duración:

NOMBRE DEL MÉDICO: ABEL ARIZA AHUMADA.

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3669-10

Gabriel R. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M. 1961/09

NO. DE REGISTRO MÉDICO

SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA MEDICAMENTO NO POS

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE. DEBE ANEXAR LA FORMULA MEDICA ORIGINAL, Y RESUMEN DE HISTORIA CLINICA. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DIA___22_____ MES: ____08_____AÑO:_____2016_____

REGIONAL: _____ ___Huila_____

IDENTIFICACION REGIMEN: CONTRIBUTIVO: ____X___ SUBSIDIADO: _____ EPS del Usuario: ____

I. **ENCABEZADO:**

NOMBRE DEL USUARIO__ SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS____ EDAD___44_ AÑOS__X_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No._26593111__ CC_X__ TI___ RC___ CE___

DIRECCION___EL JUNCAL___ MUNICIPIO__PALERMO____ TELEFONO__3144609117____

NOMBRE MEDICO TRATANTE_____ ABEL ALBERTO ARIZA AHUMADA_____

REGISTRO MEDICO___3669/10__ ESPECIALIDAD__Medicina general TELEFONO__3134808010__

Pertenece a la red de la EPS: SI X NO _____

La fórmula cumple con lo dispuesto en el Decreto 2200 de 2005: SI: __X__ NO: _____

.1 DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO QUE MOTIVA ESTA SOLICITUD (NOMBRE Y CODIGO CIE-10) :

polimialgia reumatica M353

DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA: PACIENTE CON DOLOR CRONICO MULTIFACTORIAL CON ARTROSIS Y SINDROME MIOFASCIAL, DISCOPATIA DEGENERATIVA, QUE NO CEDE CON MEDICAMENTOS DEL POS COMO TRAMADOL EL CUAL ESTA CONTRAINDICADO POR LOS EFECTOS CARDIOVASCULARES DEBIDO A LA INHIBICION DE LA RECAPTACION DE NEUROAMINAS, ADEMAS AINES COMO DICLOFENAC, NAPROXEN, IBUPROFEN, CONTRAINDICADOS POR LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES, GASTROINTESTINALES Y RENALES POR SU USO A LARGO PLAZO, ADEMAS INEFECTIVIDAD AL ACETAMINOFEN, Y OTROS ANALGESICOS.EFECTO TERAPEUTICO DESEADO: ANALGESIA NEUROMODULACIONTIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA: 8 SEMANASEFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MED. NO POS: INTOLERANCIA AL PRINCIPIO ACTIVO.

.2 ALTERNATIVAS POS PREVIAMENTE UTILIZADAS

PRIMERA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS UTILIZADA PARA LA PATOLOGÍA EN MENCION

PRINCIPIO ACTIVO amitriptilina

TIEMPO DE UTILIZACIÓN 3 meses

RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA___X___ REACCIONES ADVERSAS_____INTOLERANCIA_____

NO EXISTE ALTERNATIVA EN EL POS_____

SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS UTILIZADA PARA LA PATOLOGÍA EN MENCION

PRINCIPIO ACTIVO ___No hay_

TIEMPO DE UTILIZACIÓN _____ _____

RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA_____ REACCIONES ADVERSAS_____INTOLERANCIA_____

.3 MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

AMBULATORIO __X__ HOSPITALARIO _____ MIXTO _____ URGENTE_____

PRINCIPIO ACTIVO__DULOXETINA____
CONCENTRACIÓN_____60 mg___

NO. REGISTRO INVIMA

FORMA FARMACEUTICA Tabletas

CANTIDAD REQUERIDA DIARIA 01 (cuatro)

NUMERO DE DIAS DE TRATAMIENTO ORDENADO 30 (TRIENTA)

EFECTO TERAPÉUTICO DESEADO __control del dolor

TIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA _ 1 mes_

EFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MEDICAMENTO NO POS:

__Náuseas, vómito, hipersensibilidad____

MEDICAMENTO INCLUIDO EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL MISMO GRUPO TERAPÉUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE AL MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO.

GRUPO TERAPÉUTICO: ___Neuromodulador_____

PRINCIPIO ACTIVO: ____Amitriptilina_____ CONCENTRACIÓN: __25 mg_____

FORMA FARMACEUTICA: ___Tabletas_____ NUMERO DE DIAS/TRATAMIENTO:___90 días_____

DOSIS EQUIVALENTE (AL MEDICAMENTO NO POS): ____50 mg_____

.4 CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD:

1. EXISTE RIESGO **INMINENTE** PARA LA VIDA Y LA SALUD DEL PACIENTE: SI__X__NO____
SI EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE POR FAVOR JUSTIFIQUELO:
PACIENTE CON DOLOR CRONICO MULTIFACTORIAL CON ARTROSIS Y SINDROME MIOFASCIAL, DISCOPATIA DEGENERATIVA, QUE NO CEDE CON MEDICAMENTOS DEL POS COMO TRAMADOL EL CUAL ESTA CONTRAINDICADO POR LOS EFECTOSCARDIOVASCULARES DEBIDO A LA INHIBICION DE LA RECAPTACION DE NEUROAMINAS, ADEMAS AINES COMO DICLOFENAC,NAPROXEN, IBUPROFEN, CONTRAINDICADOS POR LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES, GASTROINTE STINALES Y RENALES POR SU USO A LARGO PLAZO, ADEMAS INEFECTIVIDAD AL ACETAMINOFEN, Y OTROS ANALGESICOS

2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EXISTENTES EN EL POS: SI__X__ NO____
3. ESTA AUTORIZADA POR EL **INVIMA** LA COMERCIALIZACION Y EXPENDIO EN COLOMBIA PARA ESTE DIAGNOSTICO: SI__X__ NO____ NO SABE _____
EL COMITE VERIFICARA SI COINCIDE LA PRESCRIPCION CON LAS INDICACIONES TERAPEUTICAS APROBADAS POR EL INVIMA EN EL REGISTRO SANITARIO, NO APROBARA TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES NI MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA TRATAMIENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL POS. (RESOL. 2933 ART. 6, PARAGRAFO)

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3669-10

FIRMA Y NO. CEDULA DEL MEDICO TRATANTE
cc 8649267

No. REGISTRO MEDICO

SI SE REQUIERE INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN ADICIONAL, EL COMITÉ LA SOLICITARÁ AL MÉDICO TRATANTE QUIEN DEBE SUMINISTRARLA DENTRO DE LOS **DOS (2)** DÍAS SIGUIENTES. RESOL. 2933 ART. 7, LITERAL C.

Gabriel R. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M.1961/09

157

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	22/08/2016	Hora Ingreso:	01:20 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	369244849
Fecha Atención:	22/08/2016	Hora Atención:	01:23 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	22/08/2016	Hora Fin Atención:	02:02 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 1 meses 20 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: Dirección: CALLE 2 1-20 Téléfono: 3134808010

Acompañante: sola Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

SIGO CON EL DOLOR Y SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HTA CRONICA + FIBROMIALGIA + TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO CON PSIQUIATRIA MEDICINA DEL DOLOR Y MEDICINA FAMILIAR, AHORA INGRESA A CONTROL SE VIO EN CONTROL HACE 1 SEMANA SE LE FORMULO LORAZEPAM 1 MG DIA DICE QUE EN LA EPS NO SE LO DISPENSARON POR QUE NO HAY EXISTENCIAS, DICE QUE SIGUE CON INSOMNIO, DICE QUE HA MEJORADO EL AFECTO, REFIERE QUE HA PRESENTADO EDEMA DE LAS MANOS Y LOS PIES, PACIENTE DICE QUE EL DOLOR CERVICAL HA AUMENTADO SE ESTA AUTOMEDICANDO DICLOFENACO 75 MG IM DIA X 3 DOSIS REFIERE QUE LO USA MUY AMENUDO, ESTA TOMANDO AMITRIPTILINA, ADEMAS TOMANDO PREGABALINA 150 MG CADA 12 HORAS, DIUCE QUE YA ESTA TRAMITANDO LOS CTC EN ESPERA DE AUTORIZACION

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR		FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR		FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	22/08/2016	Hora Ingreso:	01:20 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	369244849
Fecha Atención:	22/08/2016	Hora Atención:	01:23 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	22/08/2016	Hora Fin Atención:	02:02 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010053121

Método	Hormonal
Método	Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	160
Diástole	70	Peso	97
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	37.89
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	86.6667		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RS CS RS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	PA 105 CM NO MASAS NO MEGALIAS
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN DEFICIT NEUROLOGICO

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones	CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA. NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM. TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA. SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR, MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO *SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	22/08/2016	Hora Ingreso:	01:20 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	359244849
Fecha Atención:	22/08/2016	Hora Atención:	01:23 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	22/08/2016	Hora Fin Atención:	02:02 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Ayudas Diagnósticas

Procedimiento	CREATININA EN SANGRE PyP	Lateralidad	No Aplica
Observación	CONTROL EN 8 DIAS		

Medicamentos

Medicamento	CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s) EN LA NOCHE
Observaciones	

Plan de Manejo

PACIENTE CON DOLOR CRONICO MULTIFACTORIAL CON ARTROSIS Y SINDROME MIOFASCIAL, DISCOPATIA DEGENERATIVA, QUE NO CEDE CON MEDICAMENTOS DEL POS COMO TRAMADOL EL CUAL ESTA CONTRAINDICADO POR LOS EFECTOS CARDIOVASCULARES DEBIDO A LA INHIBICION DE LA RECAPTACION DE NEUROAMINAS, ADEMAS AINES COMO DICLOFENAC, NAPROXEN, IBUPROFEN, CONTRAINDICADOS POR LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES, GASTROINTESTINALES Y RENALES POR SU USO A LARGO PLAZO, ADEMAS INEFECTIVIDAD AL ACETAMINOFEN, Y OTROS ANALGESICOS.EFECTO TERAPEUTICO DESEADO: ANALGESIATIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA: 8 SEMANASEFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MED. NO POS: RETENCION HIDRICA SOMNOLENCIA

SE COMENTA A DR GABRIEL CASTRO MEDICO ESPECIALISTA A MEDICINA FAMILIAR EL CUAL DA EL AVALA PARA REFORMULAR LA DULOXETINA 60 MG1 TAB CADA NOCHE DEBIDO A QUE NO TIENE MEDICACION Y LA CITA POR MEDICINA DEL DOLOR LA TIENE DENTRO DE UN MESSE LE FORMULA ADICIONAL CLONAZEPAM 0.1 MG NOCHE

SS CREATININA PARA PROXIMO CONTROL EN 8 D

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3869-10

Gabriel R. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M.1981/09

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/10/2016	Hora Ingreso:	12:44 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	375811304
Fecha Atención:	28/10/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/10/2016	Hora Fin Atención:	01:56 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 3 meses 26 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: INDEPENDINTISTA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: SOLA Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE POLIARTRALGIA REUMATICA EN ESTUDIO DE FIBROMIALGIA ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE MEDICINA FAMILIAR MEDICINA DEL DOLOR PSIQUIATRIA REUMATOLOGIA PSICOLOGIA PACIENTE QUE TRABAJA COMO INDEPENDIENTE ES COTIZANTE DEL SGSSS ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA LABORAL
ESTA EN TRATAMIENTO CON DULOXETINA 30 MG DIA PREGABALINA 75 MG 3-3-3 ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 1-1-1 QUETIAPINA 100 MG 0-0-1 CLONAZEPAM 0.5 SUSPENDIO EL PSQUIATRA DR HARLINTONG 16/10/2016 AHORA REFIERE SENTIRSE PEOR CON DOLOR POLIARTICULAR INSOMNIO SEVERO CON EMPEORAMIENTO DE LOS SINTOMAS DISPEPTICOS ESTA EN TTO CON OMEPRAZOL 20 MG DIA TRAE BIOPSIA 17/09/16 LA CUAL MKUESTRA GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL INACTIVA HELICOBACTER PILORY NEGATIVO

COMENTA QUE TIENE DILIGENCIADOS LOS NO POS DE DULOXETINA, ACETAMINOFEN + CODEINA Y PREGABALINA FORMULADOS POR MEDICINA DEL DOLOR ULTIMA ENTREGA DE ACETAMINOFEN /CODEINA ULTIMA ENTREGA PARA EL DIA 21/10/2016 LA CUAL AUN ESTA PENDIENTE.

PACIENTE CON AFECTO LABIL LLANTO FACIL DICE QUE LA EPS NO LE ESTA ENTREGANDO LA MEDICACION NO POS, DICE QUE NO TIENE MEDICACION.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000719469 Fecha9/28/2016 2:39:57 PM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS				
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion			Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Nivel Salarial:	1	Tipo Plan:	POS Contributivo	Teléfono:	3134808010
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica	N° Inc. Anterior:	4392152 NUEVA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	28/09/2016	Fecha Final Inc.	12/10/2016	Días Incapacidad:	15

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General		SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	M353	

Profesional	Abel Alberto Ariza Ahumada
Registro Profesional	8649267
Especialidad Profesional	PROMOCION Y PREVENCION

Impreso por: SALUDCOOPlasarizaa 9/28/2016 2:40:01 PM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/09/2016	Hora Ingreso:	02:01 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	373224791
Fecha Atención:	28/09/2016	Hora Atención:	02:02 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/09/2016	Hora Fin Atención:	02:39 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre:	SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Tipo Identificación:	Cedula Ciudadania	N° Identificación:	26593111
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	SOLTERO	Fecha Nacimiento:	01/07/1972
Edad:	44 años 2 meses 26 dias				
Sexo:	FEMENINO	Ocupación:	INDEPENDINTISTA	Dirección:	CALLE 11 2 27 JUNCAL
Teléfono:	3134808010				
Acompañante:	SOLA	Teléfono:			
Responsable:		Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA	Causa Externa:	OTRA		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:			

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE POLIARTRALGIA REUMATICA EN ESTUDIO DE FIBROMIALGIA, ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, PSICOLOGIA, PACIENTE QUE TRABAJA COMO INDEPENDIENTE ES COTIZANTE DEL SGSSS, ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE, PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA LABORAL, ESTA EN TRATAMIENTO CON DULOXETINA 30 MG DIA, PREGABALINA 75 MG 3-3-3, ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 1-1-1, QUETIAPINA25 MG 0-0-1, CLONAZEPAM 0.5 MG 0-0-1, AHORA REFIERE SENTIRSE MEJOR CON MEJOR MODULACION DEL DOLOR, CONCILIA EL SUEÑO, REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS DISPEPTICOS ESTA EN TTO CON OMEPRAZOL 20 MG DIA, TRAE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA SIN BIOPSIA LA CUAL TRAE REPORTE GASTROPATIA EROSIVA ANTRAL.
COMENTA QUE TIENE DILIGENCIADOS LOS NO POS DE DULOXETINA Y PREGABALINA FORMULADOS POR MEDICINA DEL DOLOR
ULTIMA ENTREGA DE ACETAMINOFEN /CODEINA ULTIMA ENTREGA PARA EL DIA 21/10/2016

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/09/2016	Hora Ingreso:	02:01 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	373224791
Fecha Atención:	28/09/2016	Hora Atención:	02:02 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/09/2016	Hora Fin Atención:	02:39 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Método	Hormonal
Método	Hormonal

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	110	Talla	160
Diástole	80	Peso	82
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	32.03
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	90		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	PA 100 CM NO MASAS NO MEGALIAS
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN FOCALIZACIONES

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Gastritis cronica atrofica
Código CIE10	K294
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Absceso cutaneo, furunculo y antrax de la cuello
Código CIE10	L021
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO NUEVO
Observación	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/09/2016	Hora Ingreso:	02:01 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 373224791	
Fecha Atención:	28/09/2016	Hora Atención:	02:02 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/09/2016	Hora Fin Atención:	02:39 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Recomendaciones	CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA. NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM. TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA. SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR, MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO *SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

Medicamentos

Medicamento	CEFALEXINA MONOHIDRATO CAP. x500mg (TAB)
Posología	Tomar 1 TABLETA(s) cada 6 Horas durante 7 dia(s)
Observaciones	
Medicamento	CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB)
Posología	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s) EN LA NOCHE
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/09/28
Fecha Final	2016/10/12
Duración (Dias)	15
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	M353
Nombre Diagnóstico	Polimialgia reumatica
Observación	

Plan de Manejo

PACIENTE CON DX ANOTADOS EN MANEJO MEDICO MULTIDISCIPLINARIO SE LE ORDENA MEDICACION PARA TRES MESES SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 15 DIAS POR DX DE GASTRITIS CRONICA + POLIMIALGIA REUMATICA

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Arize Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000707643 Fecha9/13/2016 2:26:45 PM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS		
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion	Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Nivel Salarial:	1 Tipo Plan: POS Contributivo	Teléfono:	3134808010
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles		
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica N° Inc. Anterior: 4310933 NUEVA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	13/09/2016 Fecha Final Inc. 27/09/2016	Días Incapacidad:	15

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General		SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	K294	

Profesional	Abel Alberto Ariza Ahumada
Registro Profesional	8649267
Especialidad Profesional	MEDICINA GENERAL

Impreso por: SALUDCOOP\saarizaa 9/13/2016 2:26:47 PM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	13/09/2016	Hora Ingreso:	02:00 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	371683356
Fecha Atención:	13/09/2016	Hora Atención:	02:03 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	13/09/2016	Hora Fin Atención:	02:26 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 2 meses 11 días

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: SOLA Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL DE FIBROMIALGIA

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HTA CRONICA + FIBROMIALGIA + TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO CON PSIQUIATRIA MEDICINA DEL DOLOR Y MEDICINA FAMILIAR, AHORA INGRESA A CONTROL SE VIO EN CONTROL HACE 1 SEMANA SE LE FORMULO CLONAZEPAM 1 TAB DIA DICE QUE EN LA EPS NO SE LO DISPENSARON POR QUE NO HAY EXISTENCIAS, DICE QUE ELLA LAS COMPRO REFIERE QUE DUERME TODA LA NOCHE CONCILIA EL SUEÑO DICE QUE HA EMPERORADO SE SIENTE LABIL EMOCIONALMENTE LLANTO FACIL , ADEMAS TOMANDO PREGABALINA 150 MG CADA 8 HORAS, DULOXETINA X 60 MG 1 TAB DIA, ACETAMINOFEN + CODEINA 325+50 1 TAB CADA 12 HORAS EN ESPERA DE AUTORIZACION

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquía				Ciclos				Duración			
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR		FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

Menarquía				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

162

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	13/09/2016	Hora Ingreso:	02:00 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	371683356
Fecha Atención:	13/09/2016	Hora Atención:	02:03 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	13/09/2016	Hora Fin Atención:	02:26 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010083121

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	78	Temperatura	37
Sistole	110	Talla	NO REGISTRO
Diástole	70	Peso	NO REGISTRO
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	83.3333		

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Gastritis cronica atrofica
Código CIE10	K294
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/09/13
Fecha Final	2016/09/27
Duración (Dias)	15
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	K294
Nombre Diagnóstico	Gastritis cronica atrofica
Observación	

Plan de Manejo

PACIENTE CON BUEN CONTROL ESTA EN MODULACION DEL DOLOR YA PASO A PSICOLOGIA DICE QUE NO LE GUSTO DICE QUE NO VA A VOLVER AHORA ESTA PENDIENTE LA ENDOSCOPIA CON SEDACION, SE LE ORDENA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 15 DIAS, SE CITA EN CONTROL, EN 15 DIAS

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/10/2016	Hora Ingreso:	12:44 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	375811304
Fecha Atención:	28/10/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/10/2016	Hora Fin Atención:	01:56 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

q. Examen mental	Nombre Variable	Presentación
	Observación	ACORDE A S EXO Y EDAD

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Gastritis cronica, no especificada
Código CIE10	K295
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/10/28
Fecha Final	2016/11/11
Duración (Dias)	15
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	K295
Nombre Diagnóstico	Gastritis cronica, no especificada
Observación	

Plan de Manejo

PACIENTE CON DX ANOTADOS EN MANEJO MEDICO MULTIDISCIPLINARIO SE LE ORDENA MEDICACION PARA TRES MESES SE DA PRORROGA DE
INCAPACIDAD POR 15 DIAS POR DX DE GASTRITIS CRONICA + POLIMIALGIA REUMATICA

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/10/2016	Hora Ingreso:	12:44 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	375811304
Fecha Atención:	28/10/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/10/2016	Hora Fin Atención:	01:56 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperature	37
Sistole	120	Talla	160
Diástole	90	Peso	91
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	35.55
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	100		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
c. Oído	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	PA 110 CM NO MASAS NO MEGALIAS
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN FOCALIZACIONES
q. Examen mental	Nombre Variable	Orientación
	Observación	ALOPSIQUICAMENTE
	Nombre Variable	Lenguaje
	Observación	EULALICA
	Nombre Variable	Ideas depresivas
	Observación	

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Especialidad Procedimiento: GINECOLOGIA

Fecha: 2016/08/31 09:05 **Estado :** PENDIENTE **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :** BÁSICA

Nombre Procedimiento : GINECOLOGIA CONSULTA **Periodicidad :**

Observación :

Especialista : Claudia Jimena Garcia Gutierrez **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL

Resultados :

165

MINSALUD

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2016-12-19 14:15:55
Nro. Prescripción
2016121916000002924

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: HUILA	Municipio: NEIVA	Código Habilitación: 410010063121
Documento de Identificación: 813012546	Nombre Prestador de Servicios de Salud: IPS LOS ROBLES	
Dirección: CALLE 17 A NO. 5 A - 41	Teléfono: 8756445 - 3008960352	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC26593111	Primer Apellido: MARTINEZ	Segundo Apellido: ARIAS	Primer Nombre: SANTA	Segundo Nombre: LEONOR
Número Historia Clínica: 26593111	Diágnostico Principal: M353 POLIMIALGIA REUMATICA		Usuario Régimen Contributivo: -	

MEDICAMENTOS

Nombre Medicamento	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro/ Letras/ Forma Farmacéutica
[DULOXETINA] 30,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR EN LA MAÑANA A LAS 7 00 AM	90/NOVENTA/TABLETA
[PREGABALINA] 25,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR CON HORARIO Y VIGILAR SIGNOS DE ALARMA	270/DOSCIENTOS SETENTA/TABLETA
[ACETAMINOFEN] 325,000MG/1U : [CODEINA FOSFATO HEMIHIDRATO] 30,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR 1 TABLETA VO CADA 8 HORAS	270/DOSCIENTOS SETENTA/TABLETA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC8649287	Nombre: ABEL ALBERTO ARIZA AHUMADA
Registro Profesional: 3669	Firma
Especialidad: Médico Internista	

Juan Manuel Gomez C.
R.M. C.G. 7716848

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3669-10

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016 Art. 13. Numeral 4.

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre:	SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Tipo Identificación:	Cedula Ciudadania			N° Identificación:	26593111
Tipo Afiliado:	COTIZANTE	Estado Civil:	SOLTERO	Fecha Nacimiento:	01/07/1972	Edad:	44 años 5 meses 17 dias
Sexo:	FEMENINO	Ocupación:	EMPLEADO A	Dirección:	CALLE 11 2 27 JUNCAL	Téléfono:	3134808010
Acompañante:	sola			Teléfono:			
Responsable:				Teléfono:		Parentesco:	
Finalidad:	NO APLICA			Causa Externa:	OTRA		
Grupo Poblacional:		Pertenencia Étnica:					

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL DE RCV

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE POLIARTRALGIA REUMATICA EN ESTUDIO DE FIBROMIALGIA, ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, PSICOLOGIA, PACIENTE QUE TRABAJA COMO INDEPENDIENTE ES COTIZANTE DEL SGSSS, ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE, PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA LABORAL, ESTA EN TRATAMIENTO CON DULOXETINA 30 MG DIA, PREGABALINA 25 MG 1-1-1, ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 1-1-1, QUETIAPINA25 MG 0-0-1, CLONAZEPAM 0.5 MG 0-0-1, AHORA REFIERE SENTIRSE MEJOR CON MEJOR MODULACION DEL DOLOR, CONCILIA EL SUEÑO, REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS DISPEPTICOS ESTA EN TTO CON OMEPRAZOL 20 MG DIA, TRAE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA SIN BIOPSIA LA CUAL TRAE REPORTE GASTROPATIA EROSIVA ANTRAL

ULTIMA CONSULTA POR CLINICIA DEL DOLOR EN SEPTIEMBRE LE ORDENO BAJAR DOSIS DE PREGABAKLINA A 25 MG 1-1-1 SEGUIR DULOXETINA 30 MG DIA, PACIENTE DICE QUE LA CLONAZEPAM SE LA SUSPENDIERON, REFIERE QUJE SIGUE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL, LE AUTORIZARON EL IMPLANTE DE LEVONORGESTREL (MIRENA).)
PACIENTE CDICE QUE HA ESTADO CON EL DOLOR MUY MODULADO DUERME TODA LA NOCHE NIEGA SIGNOS O SINTOMAS DE DELIRIO

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025452	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0, MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	155
Diástole	80	Peso	92
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	38.29
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	93.3333		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN DEFICIT NEUROLOGICO

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Recomendaciones

CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR
BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA, NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM.
TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA, SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES
HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR, MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO
TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO
*SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

Medicamentos

Medicamento	ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)
Posología	Tomar 1 TABLETA(s) cada 8 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/12/19
Fecha Final	2017/01/07
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad Profesional
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	

Plan de Manejo

ACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA INTERNA DR JUAN MANUEL GOMEZ EL CUAL DA EL AVAL DE REFORMULAR LA MEDICACION:

PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:
PREGABILINA 25 MG VO CADA 8 HORAS (DOSIS MAXIMA)
DULOXETINA 1 TAB DIA
SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)

SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 20 DIAS POR ENFERMEDAD LABORAL

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3089-10

Juan Manuel Gomez C.
Médico Internista
R.M. y C.C. 7724946

167

MINSALUD

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD)
2016-12-19 14:15:55
Nro. Prescripción
201612191500000002924

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: HUILA	Municipio: NEIVA	Código Habilitación: 410010063121
Documento de Identificación: 813012546	Nombre Prestador de Servicios de Salud: IPS LOS ROBLES	
Dirección: CALLE 17 A NO. 5 A - 41	Teléfono: 8756445 - 3008960352	

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC26593111	Primer Apellido: MARTINEZ	Segundo Apellido: ARIAS	Primer Nombre: SANTA	Segundo Nombre: LEONOR
Número Historia Clínica: 26593111	Diágnostico Principal: M353 POLIMIALGIA REUMATICA		Usuario Régimen Contributivo:	

MEDICAMENTOS

Nombre Medicamento	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro/ Letras/ Forma Farmacéutica
[DULOXETINA] 30,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR EN LA MAÑANA A LAS 7 00 AM	90/NOVENTA/TABLETA
[PREGABALINA] 25,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR CON HORARIO Y VIGILAR SIGNOS DE ALARMA	270/DOSCIENTOS SETENTA/TABLETA
[ACETAMINOFEN] 325,000MG/1U ; [CODEINA FOSFATO HEM(HIDRATO)] 30,000MG/1U	1 0247-UNIDADES	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	TOMAR 1 TABLETA VO CADA 8 HORAS	270/DOSCIENTOS SETENTA/TABLETA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC8649267	Nombre: ABEL ALBERTO ARIZA AHUMADA
Registro Profesional: 3669	
Especialidad:	Firma

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016.Art. 13, Numeral 4.

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3669-10

Juan Manuel Gomez C.
Médico Internista
R.M. y C.C. 7724948

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 5 meses 17 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: sola Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL DE RCV

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE POLIARTRALGIA REUMATICA EN ESTUDIO DE FIBROMIALGIA, ESTA EN MANEJO INTERDISCIPLINARIO ENTRE MEDICINA FAMILIAR, MEDICINA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, PSICOLOGIA, PACIENTE QUE TRABAJA COMO INDEPENDIENTE ES COTIZANTE DEL SGSSS, ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE, PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA LABORAL, ESTA EN TRATAMIENTO CON DULOXETINA 30 MG DIA, PREGABALINA 25 MG 1-1-1; ACETAMINOFEN + CODEINA 325+30 1-1-1, QUETIAPINA25 MG 0-0-1, CLONAZEPAM 0.5 MG 0-0-1, AHORA REFIERE SENTIRSE MEJOR CON MEJOR MODULACION DEL DOLOR, CONCILIA EL SUEÑO, REFIERE MEJORIA DE LOS SINTOMAS DISPEPTICOS ESTA EN TTO CON OMEPRAZOL 20 MG DIA, TRAE ENDOSCOPIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTA SIN BIOPSIA LA CUAL TRAE REPORTE GASTROPATIA EROSIVA ANTRAL

ULTIMA CONSULTA POR CLINICIA DEL DOLOR EN SEPTIEMBRE LE ORDENO BAJAR DOSIS DE PREGABAKLINA A 25 MG 1-1-1 SEGUIR DULOXETINA 30 MG DIA, PACIENTE DICE QUE LA CLONAZEPAM SE LA SUSPENDIERON, REFIERE QUJE SIGUE CON HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL, LE AUTORIZARON EL IMPLANTE DE LEVONORGESTREL (MIRENA).}
PACIENTE CDICE QUE HA ESTADO CON EL DOLOR MUY MODULADO DUERME TODA LA NOCHE NIEGA SIGNOS O SINTOMAS DE DELIRIO

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

168

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 379821226	
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Riesgo NO APLICA
VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0
ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO
Riesgo NO APLICA
VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0
ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO
Método Hormonal
Método Hormonal

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	155
Diástole	80	Peso	92
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	38.29
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	93.3333		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN DEFICIT NEUROLOGICO

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	19/12/2016	Hora Ingreso:	01:07 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	379621226
Fecha Atención:	19/12/2016	Hora Atención:	01:30 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	19/12/2016	Hora Fin Atención:	02:20 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Recomendaciones

CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR
BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA. NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM.
TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA. SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES
HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR, MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO
TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO
*SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

Medicamentos

Medicamento	ACETAMINOFEN TAB. x500mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 8 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2016/12/19
Fecha Final	2017/01/07
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad Profesional
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	

Plan de Manejo

ACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA INTERNA DR JUAN MANUEL GOMEZ EL CUAL DA EL AVAL DE REFORMULAR LA MEDICACION:

PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:
PREGABILINA 25 MG VO CADA 8 HORAS (DOSIS MAXIMA)
DULOXETINA 1 TAB DIA
SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)

SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 20 DIAS POR ENFERMEDAD LABORAL

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

Juan Manuel Gomez C.
Médico Internista
R.M. y C.C. 7724948

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

SOLICITUD INTERCONSULTAS EXTRAMURAL

Ingreso: 1689843 **Fecha Historia:** 11/10/2016 5:05:15 p. m. **Página 1/1**

Número de Folio: 5 **Ubicación:** CLINICA MEDILASER SA PRINCIPAL - CONSULTA EXTERNA NEIVA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MARTINEZ ARIAS
Nombres: SANTA LEONOR
Dirección: CALLE 11 N0 3 -27 DIVINO NIÑO EL JUNCAL - CENTRO - NEIVA
Teléfono: 3134808010 - 3134808010
Entidad: CAFESALUD EPS

Tipo Documento: CC **Numero:** 26593111
Edad: 44 Años 04 Meses 10 Dias (01/06/1972)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: COTIZANTE

PLAN DE MANEJO

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Especialidad	Cantidad
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA **Observaciones:** EN 6 MESES	REUMATOLOGIA	1

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE		☑
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO		☐

Profesional: JUAN SEBASTIAN SEGURA CHARRY

Profesional: JUAN SEBASTIAN SEGURA CHARRY
Especialidad: REUMATOLOGIA
Tarjeta Prof. # 411040-2008

Impreso el 11/10/2016 a las 17:05:19 Por el Usuario CJ9 - JUAN SEBASTIAN SEGURA CHARRY - NVA
Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to CLINICA MEDILASER S.A. Nit: 813001952-0

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 1689643 **Fecha Historia:** 11/10/2016 5:05:15 p. m. **# Autorización:** 167243435

Fecha Ingreso: 11/10/2016 4:31:56 p. m. **Causa del Ingreso:** Enfermedad general adulto

Identificación: 26593111 **Nombres:** SANTA LEONOR **Apellidos:** MARTINEZ ARIAS

Número de Folio: 5 **Ubicación:** CLINICA MEDILASER SA PRINCIPAL - CONSULTA EXTERNA NEIVA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MARTINEZ ARIAS
Nombres: SANTA LEONOR
Dirección: CALLE 11 N0 3 -27 DIVINO NIÑO EL JUNCAL - CENTRO - NEIVA
Teléfono: 3134808010 - 3134808010
Entidad Responsable: CAFESALUD EPS
Seguridad Social: CAFESALUD EPS
Estado Civil: SEPARADA
Profesión: INDEPENDIENTE

Tipo Documento: CC **Numero:** 26593111
Edad: 44 Años 04 Meses 10 Dias (01/06/1972)
Sexo: FEMENINO
Grupo: O **RH:** +
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: COTIZANTE
Grupo Étnico: NINGUNO

IMPRESION DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE		☑
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO		☐

OBJETIVO - ANALISIS

CONTROL REUMATOLOGIA

Paciente de 44 años de edad con diagnosticos:

1. Espondiloartritis axial de poca probabilidad: Dolor inflamatorio, sacroiliitis leve por RM, HLA-B27 negativo
2. Sindrome de sensibilizacion central primario
3. Obesidad grado II (ultimo peso 90 kgs)

Manejo actual: Pregabalina 75 mg cada 8 horas, Acetaminofen/Codeina 325/30 mg cada 12 horas, Duloxetina 30 mg diarios, Clonazepam noches

S/ Ultima cita en Julio/15, refiere sentirse mal, ha persistido con dolor osteomuscular generalizado, patron del sueño malo no reparador, asi como cefalea tensional, hay necesidad de hospitalizaciones frecuentes por dolor, ya viene en manejo con Clinica del Dolor, MD familiar, no tolero Hidroterapia, ya tiene pendiente acupuntura, no otros adicionales.

No trae paraclinicos

O/ Paciente en aceptables condiciones generales, activa, tranquila, hidratada, afebril

TA: 120/74, FC: 70, FR: 16, Peso: 91 kgs

Conjuntivas normocromicas, mucosas humedas
Cuello no masas no megalias, miofascial cervical doloroso
RsCs ritmicos sin soplos, bien transmitidos, RsRs limpios sin agregados, no SDR en el momento
Abdomen blando, no distendido, no defendido, no doloroso, Rsis +
Extremidades eutroficas, simetricas, no edemas perifericos, no sacroiliitis, imbalance muscular lumbar, puntos dolorosos 18/18
Neurologico sin deficit focal agudo motor en el momento

A/ Paciente con componente doloroso generalizado, sin patologia reumatologica presente, hay contiuidad de sintomas dolorosos a pesar de todo el manejo convencional instaurado, considero requiere manejo con medidas homeopaticas como Ganoderma lucidum y extractos de marihuana. Considerar en caso tal manejo intervencionista con Clinica del Dolor. Control por Reumatologia en 6 meses.

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Profesional: JUAN SEBASTIAN SEGURA CHARRY
Especialidad: REUMATOLOGIA
Tarjeta Prof. # 411040-2008

Identificación: 26593111
Nombre: SANTA LEONOR
Apellido: MARTINEZ ARIAS

Ingreso: 1689643 **Fecha Historia:** 11/10/2016 5:05:15 p. m. **# Autorización:** 167243435 **Página 2/2**
Fecha Ingreso: 11/10/2016 4:31:56 p. m. **Causa del Ingreso:** Enfermedad general adulto
Identificación: 26593111 **Nombres:** SANTA LEONOR **Apellidos:** MARTINEZ ARIAS
Número de Folio: 5 **Ubicación:** CLINICA MEDILASER SA PRINCIPAL - CONSULTA EXTERNA NEIVA

Código Servicio	Servicio	Cantidad
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA **Observaciones:** EN 6 MESES	1

DESTINO

SALIDA

Profesional: JUAN SEBASTIAN SEGURA CHARRY
Especialidad: REUMATOLOGIA
Tarjeta Profesional # 411040-2008

AYUDAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Especialidad Procedimiento: URGENCIAS

Fecha: 2016/08/30 14:04 **Estado :** EJECUTADO **Finalidad** DIAGNOSTICO **A. Quirurgico :**
Nombre Procedimiento : CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL **Periodicidad :** 1 VEZ
Observación :
Especialista : Lithey Cristina Poveda Conde **Especialidad:** Médico MEDICINA GENERAL
Resultados :

INSUMOS

Fecha Orden: 2016/08/30 14:05 **Profesional:** Lithey Cristina Poveda Conde **Especialidad:** Médico
Observaciones de la Orden:
Insumo: JERINGA 10ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2
Observaciones del Insumo:
Estado PENDIENTE

Fecha Orden: 2016/08/30 14:05 **Profesional:** Lithey Cristina Poveda Conde **Especialidad:** Médico
Observaciones de la Orden:
Insumo: JERINGA 5ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UND) [UNIDAD] Cantidad: 2
Observaciones del Insumo:
Estado PENDIENTE

171

Solicitud No. 14454801
Fecha de Formulación: 2016/09/26
IPS Atiende: CF CEMES CEIBAS

Paciente: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS **Nivel Salarial:** 1
Identificación: CC 26593111 **Tipo Plan:** POS Contributivo
Ips Primaria: CF Corporacion IPS Huila - Los Robles
Convenio: Convenio CF CEMES CEIBAS - Pos Contributivo **Edad:** 44

Medicamento	Dosis/Dia	Unidades Mes	Posologia
PREGABALINA CAP. X 25MG (TAB) Homologo: LAMOTRIGINA TAB. x25mg (TAB) CONDICIONADO [TABLETA]	3	90	Tomar 1 tableta(s) cada 8 Horas durante 30 dia(s)

Dr. Leonardo Rodríguez González
Especialista en Medicina del Dolor
Cuidado Paliativo / Algesiólogo Intervencionista
Universidad de Puerto Rico
CC 7.696.094 / Res. 6767-15 MinEducación

Profesional: Leonardo Rodriguez **Registro Profesional:** 24074

Autorizaciones

No. 372979732

Inicio Atención: 2016/09/26 16:09:00 **Fin Atención:** 2016/09/26 16:37:45

IPS Atención: CF CEMES CEIBAS **Ciudad:** Neiva
Paciente: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS **Identificación:** CC 26593111 **EstadoCivil:** SOLTERO
Sexo: FEMENINO **Edad:** 44 Años 2 Meses 25 Días **Fecha Nac:** 1972/07/01 **Grupo Atención:** Otros
IPS Primaria: CF Corporacion IPS Huila - Los Robles **Regional:**
Fecha Ingreso: 2016/09/26 **Hora Ingreso:** 15:31:38 **Nro Cuenta:** 2025462 **Ocupación:** NINGUNA

AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Nombre	Observaciones
DOLOR CRONICO, ONCOLOGICO Y CUIDADO PALIATIVO CONSULTA	MEDICINA ALTERANATIVA Y COMPLEMENTARIA
SOLICITUD DE INTERCONSULTA ESPECIALIZADA	
GASTROENTEROLOGIA POR COMPLEJIDAD Y PERTINENCIA	

MEDICAMENTOS

Nombre	Posología	Observaciones
pregabalina cap. x 25mg (tab)	tomar 1 tableta(s) cada 8 horas durante 30 día(s)	
duloxetina capsula dura (microgranulos lib. retard) 30mg (tab)	tomar 1 tableta(s) cada 24 horas durante 90día(s) repetir por 3 meses	

Profesional: Leonardo Rodriguez Gonzales **Especialidad:** ANESTESIA
Identificación: 7696094 **Registro Profesional:** 24074

Dr. Leonardo Rodríguez González
Especialista en Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo / Algesiólogo Intervencionista.
Universidad de Puerto Rico
CC 7.696.094 / Res. 6767-15 MinEducación

172

No. 372979732

Inicio Atención: 2016/09/26 16:09:00 Fin Atención: 2016/09/26 16:37:45

IPS Atención: CF CEMES CEIBAS **Ciudad:** Neiva
Paciente: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS **Identificación:** CC 26593111 **EstadoCivil:** SOLTERO
Sexo: FEMENINO **Edad:** 44 Años 2 Meses 26 Días **Fecha Nac:** 1972/07/01 **Grupo Atención:** Otros
IPS Primaria: CF Corporacion IPS Huila - Los Robles **Regional:**
Fecha Ingreso: 2016/09/26 **Hora Ingreso:** 15:31:38 **Nro Cuenta:** 2025462 **Ocupación:** NINGUNA

Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL **Teléfono:** 3134808010
Convenio: Convenio CF CEMES CEIBAS - Tipo Afiliado: COTIZANTE **Ambito Realización:** AMBULATORIO
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad: NO APLICA
Acompañante: FAMILIAR **Tel:**
Responsable del Usuario: **Tel:**
Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: CONTROL

Enfermedad Actual: PACIENTE CON SINDROME SENSIBILIACION CENTRAL CON DOLOR GENERALIZADO Y POLIARTICULAR. EN TRATAMIENTO CON MEDICINA FAMILIAR MANEJO ACTUAL ACETAMINOFEN CODEINA DULOXETINA Y PREGAABLINA 150 MG TID. TIENE RX COLUMNA SACROCOXIGEA NORMAL

RECOMENDACIONES: PACIENTE CON DX ANOTADOS EN SISTEMA CON DOLOR CRONICO GENERALIZADO CON ENFERMEDAD PSIQUIATRICA CONCOMITANTE.
POR PARTE DE MEDICINA DEL DOLOR NO SE PUEDE OFRECER NINGUNA OTRA ALTERNATIVA FARMCOLOGICA A LAS YA INSTAURDAS POR ESTA ESPECIALIDAD Y MEDICINA FAMILIAR Y PSIQUIATRIA OTRA ALTERNATIVA ES LA TERAPIA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA LA PACIENTE RFIERE NO TOLERA LA HIDROTERAPIA.

SIGNOS VITALES: FC: 80 Sistole: Diastole: T.A.M:00 FR: 13 T°: 37 Saturación: 0 Glucometria: 0
Talla: Peso: I.M.C:

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS
Menarquia: Ciclos: Duración:
Gestaciones: 4 Partos: 4 Gemelares 0 Ectópicos: 0 Molas: 0 Abortos: 0
Muertes Fetales: 0 Nacidos Vivos: 4 Nacidos Muertos: 0 Nacidos Prematuros: 0
Cesareas: 0 FUR: 2016/08/21 FUP: 1900/01/01 FUC: 2016/09/13 Menopausia:
Observaciones: POMEROY
Riesgo: NO APLICA Método: Hormonal
VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0
ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema	Variable	Observaciones
Neurológico y Psíquico		
Órganos de los sentidos		
Piel y Faneres		
Sistema Cardiovascular		
Sistema Colágeno		
Sistema Endocrino		
Sistema Gastrointestinal		
Sistema Genital		
Sistema Linfático		
Sistema Muscular		
Sistema Sanguíneo		
Sistema Urinario		
Sistema Osteoarticular		
Sistema Respiratorio		

EXAMEN FISICO

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
a. Cabeza y Cráneo	Normal	
o. Osteomuscular	Anormal	

DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Otro dolor cronico	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	R522	CONFIRMADO REPETIDO	

PROCEDIMIENTOS EJECUTADOS

Nombre	Finalidad	Observaciones
EMISIÓN DE CONCEPTO DE REINCORPORACIÓN LABORAL	TERAPEUTICO	SE SOLICITA CONCEPTO POR MEDICINA LABORAL POR ENFERMEDAD COMUN

AYUDAS DIAGNOSTICAS

Nombre	Observaciones
RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR	

cafesalud

FORMATO DE JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS NO POS

Solicitud No. 14454801 **Fecha Solicitud:** 2016/09/26 **Tipo Alto Costo:** NO ALTO COSTO
Finalidad: TERAPEUTICO **Diagnóstico:** R522
IPS Atiende: CF CEMES CEIBAS
Convenio: Convenio CF CEMES CEIBAS - Pos Contributivo
IPS Primaria : CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Paciente: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS **Estado Paciente:** NO POSTRADO
Identificación: CC 26593111 **Edad:** 44 **EPS:** CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS S.A.
Dosis/Dia: 3 **Dias Periodo:** 30 **Cantidad del Medicamento para el Periodo:** 90
Tiempo en Dias del Tratamiento: 90 **Entregas:** 3
Punto Epsifarma: Regional Huila - Neiva - CARRERA 7 No.16-58

Medicamento No Pos Solicitado:
PREGABALINA CAP. X 25MG (TAB) Homologo: LAMOTRIGINA TAB. x25mg (TAB) CONDICIONADO [TABLETA]

Justificación Riesgo:
CUADRO DE DOLOR CRONICO CON CARACTERISTICAS MIXTAS QUE NO CEDE A MEDICAMENTOS DEL POS COMO TRAMADOL, CODEINA, AINES, ACETAMINOFEN, ADEMAS MEDICAMENTOS COMO LA AMITRIPTILINA, IMIPRAMINA, CARBAMACEPINA, NO TOLERA LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS INHIBIDORES DE RECAPTACION DE NEUROAMINAS NI LOS EFECTOS DE LOS ANTICONVULSIVANTES TRADICIONALES POR LO QUE SE RECETA MEDICAMENTOS DEL POS. ADEMAS POR LOS EFECTOS CARDIOVASCULAES DEL TRAMADOL.
EFECTO TERAPEUTICO DESEADO: ANALGESIA
TIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA: 3 MESES
EFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MED. NO POS: RETENCION HIDRICA SOMNOLENCIA

Alternativa POS:
TRAMADOL ,CARBAMACEPINA IMIPRAMINA AMITRIPTILINA
DOSIS: 50
FRECUENCIA: BID
DURACION: 1A
CANTIDAD: 50
VIA: ORAL
PRINCIPIO ACTIVO: IDEM
TIEMPO DE UTILIZACIÓN: 1A
RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA: SI
REACCIONES ADVERSAS: SI
INTOLERANCIA: SI

Justificación Medico:
CUADRO DE DOLOR CRONICO CON CARACTERISTICAS MIXTAS QUE NO CEDE A MEDICAMENTOS DEL POS COMO TRAMADOL, CODEINA, AINES, ACETAMINOFEN, ADEMAS MEDICAMENTOS COMO LA AMITRIPTILINA, IMIPRAMINA, CARBAMACEPINA, NO TOLERA LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS INHIBIDORES DE RECAPTACION DE NEUROAMINAS NI LOS EFECTOS DE LOS ANTICONVULSIVANTES TRADICIONALES POR LO QUE SE RECETA MEDICAMENTOS DEL POS. ADEMAS POR LOS EFECTOS CARDIOVASCULAES DEL TRAMADOL.

Dr. Leonardo Rodríguez González
Especialista en Medicina del Dolor
Cuidado Paliativo / Algesiólogo Intervencionista
Universidad de Puerto Rico
CC 7.696.094 / Res. 6767-15 MinEducacion

Profesional Tratante: Leonardo Rodriguez **Registro Medico:** 24074
Especialidad Profesional: ANESTESIA

173

cafesalud

FORMATO DE JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS NO POS

Solicitud No. 14454800 **Fecha Solicitud:** 2016/09/26 **Tipo Alto Costo:** NO ALTO COSTO
Finalidad: TERAPEUTICO **Diagnóstico:** R522
IPS Atiende: CF CEMES CEIBAS
Convenio: Convenio CF CEMES CEIBAS - Pos Contributivo
IPS Primaria : CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Paciente: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS **Estado Paciente:** NO POSTRADO
Identificación: CC 26593111 **Edad:** 44 **EPS:** CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS S.A.
Dosis/Dia: 1 **Dias Periodo:** 30 **Cantidad del Medicamento para el Periodo:** 30
Tiempo en Dias del Tratamiento: 90 **Entregas:** 3
Punto Epsifarma: Regional Huila - Neiva - CARRERA 7 No.16-56

Medicamento No Pos Solicitado:
DULOXETINA CAPSULA DURA (MICROGRANULOS LIB. RETARD) 30mg (TAB) Homologo: AMITRIPTILINA CLORHIDRATO TAB. x25mg (TAB) [TABLETA]

Justificación Riesgo:
CUADRO DE DOLOR CRONICO CON CARACTERISTICAS MIXTAS QUE NO CEDE A MEDICAMENTOS DEL POS COMO TRAMADOL, CODEINA, AINES, ACETAMINOFEN, ADEMAS MEDICAMENTOS COMO LA AMITRIPTILINA, IMIPRAMINA, CARBAMACEPINA, NO TOLERA LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS INHIBIDORES DE RECAPTACION DE NEUROAMINAS NI LOS EFECTOS DE LOS ANTICONVULSIVANTES TRADICIONALES POR LO QUE SE RECETA MEDICAMENTOS DEL POS. ADEMAS POR LOS EFECTOS CARDIOVASCULAES DEL TRAMADOL.
EFECTO TERAPEUTICO DESEADO: ANALGESIA
TIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA: 3 MESES
EFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MED. NO POS: INTOLERANCIA AL PRINCIPIO ACTIVO

Alternativa POS:
CARBAMACEPINA IMIPRAMINA AMITRIPTILINA
DOSIS: 50
FRECUENCIA: BID
DURACION: 1A
CANTIDAD: 60
VIA: ORAL
PRINCIPIO ACTIVO: IDEM
TIEMPO DE UTILIZACIÓN: 1A
RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA: SI
REACCIONES ADVERSAS: SI
INTOLERANCIA: SI

Justificación Medico:
CUADRO DE DOLOR CRONICO CON CARACTERISTICAS MIXTAS QUE NO CEDE A MEDICAMENTOS DEL POS COMO TRAMADOL, CODEINA, AINES, ACETAMINOFEN, ADEMAS MEDICAMENTOS COMO LA AMITRIPTILINA, IMIPRAMINA, CARBAMACEPINA, NO TOLERA LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS INHIBIDORES DE RECAPTACION DE NEUROAMINAS NI LOS EFECTOS DE LOS ANTICONVULSIVANTES TRADICIONALES POR LO QUE SE RECETA MEDICAMENTOS DEL POS. ADEMAS POR LOS EFECTOS CARDIOVASCULAES DEL TRAMADOL.

Dr. Leonardo Rodríguez Gonzále
Especialista en Medicina del Dolor
Cuidado Paliativo / Algesiólogo Intervencionista
Universidad de Puerto Rico
CC 7.696.094 / Res. 6767-15 MinEducación

Profesional Tratante: Leonardo Rodriguez **Registro Medico:** 24074
Especialidad Profesional: ANESTESIA

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

REPORTE NOTAS DE EVOLUCIÓN

Ingreso: 1909761 **Fecha Historia:** 29/03/2017 3:52.38 p. m **# Autorización:** 176312787
Fecha Ingreso: 29/03/2017 2 23:29 p. m. **Causa del Ingreso:** Enfermedad general adulto
Identificación: 26593111 **Nombres:** SANTA LEONOR **Apellidos:** MARTINEZ ARIAS
Número de Folio: 8 **Ubicación:** CLINICA MEDILASER SA PRINCIPAL - CONSULTA EXTERNA NEIVA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MARTINEZ ARIAS
Nombres: SANTA LEONOR
Dirección: CALLE 11 N0 3 -27 DIVINO NIÑO EL JUNCAL - CENTRO PALERMO - PALERMO
Teléfono: 3134808010 - 3134808010
Entidad Responsable: CAFESALUD EPS
Seguridad Social: CAFESALUD EPS
Estado Civil: SEPARADA
Profesión: INDEPENDIENTE

Tipo Documento: CC **Numero:** 26593111
Edad: 44 Años 09 Meses 28 Dias (01/06/1972)
Sexo: FEMENINO
Grupo: O **RH:** +
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: COTIZANTE
Grupo Étnico: NINGUNO

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
R522	OTRO DOLOR CRONICO		✓

OBJETIVO - ANALISIS

MEDICINA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
PRIMERA VEZ
44 AÑOS
DIESTRA
OCUPACION INDEPENDIENTE
MC REMITIDA POR REUMATOLOGIA
EA: ANTECEDENTE DE DOLOR CRONICO GENERALIZADO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION, ACTUALMENTE EN MANEJO BAJO EL DX DE FIBROMIALGIA.
EVA:7/10, DOLOR EN TODO EL CUERPO, PRINCIPALMENTE EN GRUPOS MUSCULARES
PSIQUIATRIA TIENE ORDENADO TTO POR TAB; QUETIAPINA, AC VALPROICO
HA RECIBIDO TERAPIA FISICA SIN MEJORIA
ANTECEDENTE
HTA ENALAPRIL
CX CORRECCION DE CEELES, APENDICECTOMIA
NIEGA ALERGIAS
AL EXAMEN FISICO
ALERTA, ORIENTADO
DOLOR A LA PALPACION DE GRUPOS MUSCULARES GENERALIZADOS
NEUROLOGICO SIN DEFICIT APARENTE

ANALISIS
DOLOR DE CRACTERISTICAS MIXTAS, ASOCIADA A FIBROMIALGIA, EN TTO CON DULOXETINA Y PREGABALINA
SE SUGIERE DEBE SER VALORADO POR MEDICINA DEL DEPORTE PARA GENERACION DE PRACTICAS AEROBICAS-RELAJANTES QUE OPTIMICEN EL MANEJO ACTUAL
CONTROL EN 3 MESES

PLAN
VALORACION POR MEDICINA DEL DEPORTE
CONTROL EN 3 MESES

ORDENES MEDICAS INTRAHOSPITALARIAS

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

SERVICIOS DE CONTROL:

Profesional: MIGUEL ANTONIO PEREZ GONZALEZ
Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
Tarjeta Prof. # 743/2010

Identificación: 26593111
Nombre: SANTA LEONOR
Apellido: MARTINEZ ARIAS

Código Servicio	Servicio
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1
	Observaciones: FIBROMIALGIA	

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de3 Mes(es) con la Especialidad de DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

DESTINO

SALIDA

Profesional: MIGUEL ANTONIO PEREZ GONZALEZ
Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
Tarjeta Profesional # 743/2010

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

SOLICITUD INTERCONSULTAS EXTRAMURAL

Ingreso: 1909761 **Fecha Historia:** 29/03/2017 3:52:38 p. m.

Número de Folio: 6 **Ubicación:** CLINICA MEDILASER SA PRINCIPAL - CONSULTA EXTERNA NEIVA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MARTINEZ ARIAS
Nombres: SANTA LEONOR
Dirección: CALLE 11 N0 3 -27 DIVINO NIÑO EL JUNCAL - CENTRO PALERMO - PALERMO
Teléfono: 3134808010 - 3134808010
Entidad: CAFESALUD EPS

Tipo Documento: CC **Numero:** 26593111
Edad: 44 Años 09 Meses 28 Dias (01/06/1972)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: COTIZANTE

PLAN DE MANEJO

INTERCONSULTAS EXTRAMURAL:

Código	Servicio	Especialidad	Cantidad
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA **Observaciones:** FIBROMIALGIA	MEDICINA FISICA Y DEL DEPORTE	1

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
R522	OTRO DOLOR CRONICO		✓

Profesional: MIGUEL ANTONIO PEREZ GONZALEZ

Profesional: MIGUEL ANTONIO PEREZ GONZALEZ
Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
Tarjeta Prof. # 743/2010

CLINICA MEDILASER S.A.

NIT: 813001952-0

CONTROL CONSULTA EXTERNA

Ingreso: 1909761 **Fecha Historia:** 29/03/2017 3:52:38 p. m.

Número de Folio: 6 **Ubicación:** CLINICA MEDILASER SA PRINCIPAL - CONSULTA EXTERNA NEIVA

IDENTIFICACIÓN

Apellidos: MARTINEZ ARIAS
Nombres: SANTA LEONOR
Dirección: CALLE 11 N0 3 -27 DIVINO NIÑO EL JUNCAL - CENTRO PALERMO - PALERMO
Teléfono: 3134808010 - 3134808010
Entidad: CAFESALUD EPS

Tipo Documento: CC **Numero:** 26593111
Edad: 44 Años 09 Meses 28 Dias (01/06/1972)
Sexo: FEMENINO
Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO
Tipo Afiliado: COTIZANTE

PLAN DE MANEJO

CONTROL

El Próximo Control es Dentro de 3 Mes(es) con la Especialidad de DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

SERVICIOS DE CONTROL

Código	Servicio
890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
R522	OTRO DOLOR CRONICO		[✓]

Profesional: MIGUEL ANTONIO PEREZ GONZALEZ

Profesional: MIGUEL ANTONIO PEREZ GONZALEZ
Especialidad: DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS
Tarjeta Prof. # 743/2010

Dr. Herlington Silva Garzon
Medico Psiquiatra
U. Maimonides Buenos Aires Argentina
Cra. 7 -a No 10-33 Tel. 871 8140 Cel. 321 309 6123 Neiva (H)

NOMBRE Y APELLIDO SANTA LEONOR MARTINEZ	N° IDENTIFICACION 26593111
EPS DEL USUARIO	N° DE AFILIACION

16-10-28

MOTIVO DE CONSULTA: Control por t bipolar

ENFERMEDAD ACTUAL. Refiere insomnio severo, refiere continuar dificultad para caminar. Refiere auto agredirse cortándose en los antebrazos, refiere que los dolores son insoportables fc:87 fr;17 ta; 120/80 t; 36.8

ANTECEDENTES; obesidad

EXAMEN MENTAL
Paciente despierta, orientada autopsiquicamente y desorientada alopsiquicamente, con buena presentación personal, pensamiento eupsiquico con ideas fijas de ruina por su gran dolor, juicio adecuado, afectividad con modulación adecuado del humor, introspección y prospección alterada, función ejecutiva adecuada, memoria global adecuada, lenguaje eulalico de tono normal, actitud motora adecuado.

DX t afectivo bipolar f319

Plan
Queteapina 100mg una tableta cada noche
Acido valproico 250mg una tableta cada 12 horas
Control en 3 meses

Herlington Silva Garzón
MD PSIQUIATRA
RM 995/03 2554
C. C. 7.711.314

DR HERLINGTON SILVA GARZON
PSIQUIATRA RM 995/2554

ui

Dr. Herlington Silva Garzon
Medico Psiquiatra
U. Maimonides Buenos Aires Argentina
Cra. 7 -a No 10-33 Tel. 871 8140 Cel. 321 309 6123 Neiva (H)

NOMBRE Y APELLIDO SANTA LEONOR MARTINEZ	N° IDENTIFICACION 26593111
EPS DEL USUARIO	N° DE AFILIACION

10-05-16

MOTIVO DE CONSULTA: control inicial por fibromialgia

ENFERMEDAD ACTUAL: refiere que en el 2005 empezó a tener dificultad para caminar el cual empeoro posterior a una infiltración realizada en esta extremidad, refiere insomnio severo, fc; 77 ta; 120/70 fr; 17 T; 37

ANTECEDENTES; fibromialgia 2005

EXAMEN MENTAL
Paciente despierta, con buena presentación personal, orientado auto y alopsiquicamente, conducta colaboradora, no alteración de la sensopercepcion, pensamiento eupsiquico con ideas concretas: juicio con alteración de fase crítica, afectividad con leve ansiedad, introspección y prospección alterada. Lenguaje eulalico de tono normal, actitud motora adecuada, memoria global conservada.

DX
T afectivo bipolar f319

Plan
Queteapina 25 mg una tableta noche
Acido valproico 250 mg una tableta mañana
Control en 1 mes

DR HERLINGTON SILVA GARZON
PSIQUIATRA RM 995/2554

Herlington Silva Garzón
MD PSIQUIATRA
RM 995/03 2554
C. C. 7.711.314

177

FECHA: 2017-01-19 10:01:12 *FOLIO: 3*

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS
ENTIDAD: PARTICULARES + Coldesalud EPS
DIRECCION: CALLE T1 // 3-27 BARRIO DIVINO NIÑO
PROFESION/OCUPACION: OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES (INDEPENDIENTE)

IDENTIFICACION: 26593111 CC
PROCEDENCIA: NEIVA (HUILA)
TEL. 3134808010
EMAIL:
EPS364
ESTRATO

RH O-
SEXO F
EDAD: 44 A (1972 07 01)

PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

PACIENTE CON CLINICA SUGESTIVA DE FIBROMIALGIA, CON POLIFARMACIA, SINTOMAS DEPRESIVOS, DOLOR CRONICO DE DIFICIL MANEJO I CUALSE INDICA MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR CON: HOMEOPATIA, FITOTERAPIA Y TERAPIA NEURAL.

1. RECOMENDACIONES DE CUIDADO GENERAL
2. RECOMENDACIONES DE ALIMENTACION POR ESCRITO.
3. RECOMENDACIONES DE EJERCICIO REGULAR Y MANEJO DE EMOSIONES.

10000 TRANALGEX CAPSULAS: TOMAR UNA CAPSULA AL DIA 3 PM
29400 NUX MP + PASSED + DISCOLVER: GOTAS TOMAR 10 GOTAS DE CADA UNO Y MEZCLAR EN UN POCO DE AGUA 3 VECES AL DIA. SE RECOMIENDA
35 000 INICIAR TERAPIA NEURALSEDATIVA Y DE REGULACION UNA VEZ A LA SEMANA // 10 POR 3 MESES.

10 10 10

DRA. ROSA LILIANA CALDERON PACHECO
Registro Medico:

MEDICINA GENERAL Y ALTERNATIVA

Dr. Jair Malagón
Médico y cirujano
Manejo del dolor
Especialista AtlasPROfilax®
Switzerland Academy

RECOMENDACIONES PARA DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

1. Evitar actividad física excesiva (ejercicio, actividad laboral muy prolongada) durante la primera semana y especialmente los tres primeros días.
2. Comer todos los días y en ayunas un licuado o extracto de apio, zanahoria, espinaca y manzana verde, para favorecer la desintoxicación natural del cuerpo.
3. Alimentación sana. Evitar el consumo de tóxicos. (Gaseosas, chatarra, paquetes, frituras, cerdo, carnes frías, cigarrillo, alcohol, Etc....)
4. Consumir más agua durante el día, utilizar botella de agua para tomar sorbos frecuentes durante el día
5. Colocar hielo en la región de la nuca por 15 a 20 min, luego calor húmedo por 4 noches.
6. De ser posible realizarse un masaje relajante semanal en la región dorso-lumbar y áreas dolorosas.
7. Tener en cuenta que principalmente durante los primeros dos meses, se pueden presentar cambios en el patrón del dolor, ante cualquier inquietud comunicarse vía telefónica.
8. Asistir a su sesión de control. Recuerde que ésta, no tiene costo adicional.
9. Finalmente le deseamos que esta intervención le permita mejorar su calidad de vida.

Bogotá, Colombia
Calle 135C #11-24
Cel: 321 425 2015
www.atlasprofilax.la
galenomalagon@hotmail.com

178

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000831685 Fecha3/28/2017 10:47:54 AM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS				
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion			Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Nivel Salarial:	1	Tipo Plan:	POS Contributivo	Teléfono:	3134808010
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica	N° Inc. Anterior:	0 NUEVA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	28/03/2017	Fecha Final Inc.	16/04/2017	Días Incapacidad:	20

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General	POR COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL SECUNDARIO DE IMPORTANCIA POR PRESENCIA DE FIBROMIALGIA (POLIMIALGIA REUMATICA)	SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	R522	

Profesional	William Fernando Florez Salazar
Registro Profesional	1151
Especialidad Profesional	MEDICINA GENERAL

Impreso por: SALUDCOOP\wflorezs 3/28/2017 10:47:59 AM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	386467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 8 meses 26 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: INDEPENDINTISTA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: Teléfono:

Responsable: JESUS ANTONIO MORALES Teléfono: 3134808010 Parentesco: ESPOSO

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

LLEGA SOLA. PARA LA INCAPACIDAD MEDICA.

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 44 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA MEDICA POR ANTECEDENTE DE POLIMIALGIA REUMATICA DE EVOLUCION CRONICA, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO MEDICO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, EN INCAPACIDAD MEDICA A LA FECHA ULTIMA VENCIDA EL DIA DE AYER 27/03/2017, EN MANEJO ACTUAL CON DULOXETINA 30 mg CADA 8 HORAS, PREGABALINA 25 mg CADA 8 HORAS, ACETAMINOFEN + CODEINA 325/30 mg CADA 8 HORAS, ADEMAS CON CLONAZEPAM 0.5 mg CADA NOCHE, ACTUALMENTE CON DOLOR INTENSO LIMITANTE E INCAPACITANTE, CON ENTREGA DE MEDICACION NO POS DE MANERA IRREGULAR, ASISTE A CONSULTA MEDICA PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD Y FORMULACION DE MEDICAMENTOS NO POS. NO CONTROL RECIENTE POR CLINICA DEL DOLOR NO CONVENIO A LA FECHA NI CONSULTA RECIENTE POR REUMATOLOGIA.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración	0		
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2017/03/02	FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	386467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Método	Hormonal
Método	Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	80	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	160
Diástole	80	Peso	93.5
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	36.52
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	93.3333		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALA
b. Ojos	Nombre Variable	Agudeza visual anormal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICO NO MASAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, NO SOBREAGREGADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Blando
	Observación	CON PANICULO ADIPOSO
j. Sistema Genital Femenino	Nombre Variable	Normal
	Observación	SE OMITE
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO EDEMAS NI CAMBIOS DE COLORACION
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO DEFICIT
o. Osteomuscular	Nombre Variable	Anormal
	Observación	DOLOR OSTEOMUSCULAR GENERALIZADO
r. Aspecto General	Nombre Variable	Hidratado
	Observación	
	Nombre Variable	Anormal
	Observación	MARCHA ANTALGICA

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	386467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Observación

Recomendaciones	SE EXPLICA CURSO, EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, DIETARIAS Y NUTRICIONALES, HIGIENE POSTURAL, EVITAR ESFUERZOS FISICOS DE IMPORTANCIA, MANEJO LOCAL DEL DOLOR CON MEDIOS FISICOS (CALOR), CONSULTAR NUEVAMENTE ANTE EXACERBACION DE LOS SINTOMAS O COMPROMISO FUNCIONAL DE IMPORTANCIA. TOMAR MEDICACION DE ACUERDO A FORMULACION.

Medicamentos

Medicamento	CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB)
Posología	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s) EN LA NOCHE
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/03/28
Fecha Final	2017/04/16
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	POR COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL SECUNDARIO DE IMPORTANCIA POR PRESENCIA DE FIBROMIALGIA (POLIMIALGIA REUMATICA)

Plan de Manejo

SE COMENTA CASO CLINICO CON MEDICO FAMILIAR Dr. GABRIEL CASTRO SOBRE PATOLOGIA REUMATOLOGICA, DE EVOLUCION CRONICA, CON DOLOR LIMITANTE E INCAPACITANTE, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO ESPECIALIZADO, CON FORMULACION DE MEDICACION NO POS, ANTE LO CUAL SE DECIDE CON APOYO DE ESPECIALISTA, Se sugiere subir dosis de duloxetina a 60 mg cada dia, pregabalina 75 mg cada 12 horas. Resto de medicación igual. Dar signos de alarma y recomendaciones generales. Control en 3 meses.
SE DA ORDEN MANUAL PARA SOLICITAR CONTROL CON REUMATOLOGIA.

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	William Fernando Florez Salazar	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	1151	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/02/2017	Hora Ingreso:	01:20 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	383748824
Fecha Atención:	16/02/2017	Hora Atención:	01:22 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/02/2017	Hora Fin Atención:	01:48 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 7 meses 14 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Télefono: 3134808010

Acompañante: sola Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

PARA LA INCAPACIDAD Y ME DUELE MUCHO LA CABEZA Y ME SALE AGUA SANGRE DE LA NARIZ

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HTA CONSULTA DICE QUE MEJORO DE LA CEFALEA Y LA HUA YA ESTA CONTROLADA.

RXS: CEFALEA FRONTAL INTENSA SECRECION NASAL SANGUINOLENTA

ANTECEDENTES DE TRNASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, POLIMIALGIA REUMATICA HTA OBESIDAD DISLIPIDEMIA
FARMACOLOGICOS LOSARTAN 50X2
TRATAMIENTO DULOXETINA 30 MG DIA PREGABALINA 25-25-25 ACETAMINOFEN CODEINA 1-1-1 LORAZEPAM 1 TAB NOCHE DICE QUE TIENE PENDIENTES ENTREGAS DE MEDICACION NO POS Y ACUSA DOLOR INTENSO
QXCO: POMEROY APENDICECTOMIA CORECCION DE CELES
G4 P4V3 A0M0 POLIMENORREAS METRORRAGIAS
ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE POR POLIMIALGIA REUMATICA

TRAE ELECTROCARDIOGRAMA EL CUAL MUESTYRA RITMO SINUSAL NO ONDAS DE ISQUEMIA O NECROSIS
GLICEMIA PRE 98 mg/dL
GLICEMIA POST (2 HORAS)118 mg/dL
PORCENTAJE A1 C 5.5 %

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/02/2017	Hora Ingreso:	01:20 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	383748824
Fecha Atención:	16/02/2017	Hora Atención:	01:22 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/02/2017	Hora Fin Atención:	01:48 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	110	Talla	160
Diástole	70	Peso	91
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	35.55
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	83.3333		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Anormal
	Observación	DOLOR A LA PALPACION EN SENO FRONTAL Y MAXILAR SUPERIOR
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	PA 90 CM NO MASAS NO MEGALIAS
j. Sistema Genital Femenino	Nombre Variable	Normal
	Observación	
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIN FOCALIZACIONES

181

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/02/2017	Hora Ingreso:	01:20 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 383748824	
Fecha Atención:	16/02/2017	Hora Atención:	01:22 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/02/2017	Hora Fin Atención:	01:48 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Sinusitis etmoidal aguda
Código CIE10	J012
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO NUEVO
Observación	

Recomendaciones

SIGNOS DE ALARMA
DOLOR ABDOMINAL CONTINUO E INTENSO
VÓMITOS PERSISTENTES
DIARREAS
DESCENSO BRUSCO DE LA TEMPERATURA
INQUIETUD, SOMNOLENCIA, POSTRACIÓN EXCESIVA
PALIDEZ EXAGERADA
DERRAMES SEROSOS
SANGRADO ESPONTANEO POR NARIZ Y/O ENCIAS
SI PERSISTE FIBRE POR MAS DE 48 HORAS
AUMENTO EN DEPOSICIONES O PRESENTE MOCO O SANGRE

APLICAR EN LAS FOSAS NASALES GOTAS DE SOLUCIÓN SALINA (1/4 DE CUCHARADITA DE SAL EN MEDIA TAZA DE AGUA TIBIA), AUMENTAR EL CONSUMO DE LÍQUIDOS (PARA EVITAR DESHIDRATACIÓN), EVITAR LOS LUGARES DONDE HAY CONGLOMERADO DE PÚBLICO Y USE TAPABOCAS SOBRE TODO SI CONVIVE CON NIÑOS O SE ENCUENTRA EN LACTANCIA MATERNA (DE ESTA FORMA EVITA QUE SU HIJO O EL NIÑO SE ENFERME).
CONSULTAR NUEVAMENTE SI: PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, SI NO HAY MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS EN UNOS 5 DÍAS, PRESENTA SENSACIÓN DE MAL OLOR DE LAS SECRECIONES NASALES. Y SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA EN LA FRENTE INTENSO, TAMBIÉN SI LA FIEBRE NO MEJORA CON ACETAMINOFEN.

Ayudas Diagnósticas

Procedimiento	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	Lateralidad	No Aplica
Observación			
Procedimiento	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	Lateralidad	No Aplica
Observación			

Medicamentos

Medicamento	NAPROXENO TABLETA x250mg(TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 8 Horas durante 5 dia(s)
Observaciones	
Medicamento	AMOXICILINA TAB. x500mg (TAB) (AP)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 6 Horas durante 7 dia(s)
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/02/16
Fecha Final	2017/03/07
Duración (Días)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	REPOSO

Plan de Manejo

SE LE ORDENA TRATAMIENTO MEDICO CONTRA LA SINUSITIS AGUDA SS TAC DE CRANEO SIMPLE . SE LE ORDENA INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD PROFESIONAKL PRORROGA SE LE SOLICTA RX DE TORAX PENDIENTE DE ANTERIOR CONSULTA DEBIDO A DOLOR TORACICO Y DISNEA

Información IPS

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/02/2017	Hora Ingreso:	01:20 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	383748824
Fecha Atención:	16/02/2017	Hora Atención:	01:22 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/02/2017	Hora Fin Atención:	01:48 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/02/2017	Hora Ingreso:	10:47 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	384545565
Fecha Atención:	28/02/2017	Hora Atención:	10:48 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/02/2017	Hora Fin Atención:	11:17 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 7 meses 26 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: NINGUNA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

"TENGO TOS"

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINO DE 44 AÑOS ASISTE A CONSULTA MEDICA, CON CUADRO CLINICO DE +- 1 SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TOS NO PRODUCTIVA, DOLOR TORACICO EN HEMITORAX IZQUIERDO Y REGION DORSAL CON LA INSPIRACION, EDEMA EN CARA Y CUELLO , ASOCIADO A FEBRICULAS , CEFALEA LEVE A MODERADA, CONGESTION NASAL Y RINOREA VERDOSA. MANEJADA EN CONSULTA ANTERIOR POR SINUSITIS , AGUDA. RECIBIO AMOXICILINA ORAL POR 10 DIAS. REFIERE PERSISTENCIA DE SU SINTOMATOLOGIA. NO DISNEA. TIENE PENDIENTE DE REALIZAR RX TORAX Y TAC CEREBRAL ORDENADOS. HA VENIDO EN MULTIPLES CONSULTAS SIN MEJORIA.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Personales

Descripción		
Patológicos Crónicos	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2015/07/08
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	ENALAPRIL---
	Nombre Antecedente	Artritis Reumatoidea
	Fecha	2015/07/08
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha	2015/07/08
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	SX MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO
	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2015/07/13
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	ENALAPRIL---
	Nombre Antecedente	Artritis Reumatoidea
	Fecha	2015/07/13
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Otra
	Fecha	2015/07/13
	Nombre del Medico:	Abel Alberto Ariza Ahumada
	Observaciones	SX MANGUITO ROTADOR IZQUIERDO
	Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
	Fecha	2016/10/13

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/02/2017	Hora Ingreso:	10:47 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	384545565
Fecha Atención:	28/02/2017	Hora Atención:	10:48 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/02/2017	Hora Fin Atención:	11:17 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	no edemas. pulsos+
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	Conciente, alerta, orentada. no deficit.
r. Aspecto General	Nombre Variable	Normal
	Observación	
	Nombre Variable	Hidratado
	Observación	
	Nombre Variable	Buen aspecto general
	Observación	

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Fiebre, no especificada
Código CIE10	R509
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Sinusitis aguda, no especificada
Código CIE10	J019
Tipo de Diagnóstico	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Dolor en el pecho, no especificado
Código CIE10	R074
Tipo de Diagnóstico	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Observación	

Recomendaciones

Procedimientos Ejecutados

Nombre	Finalidad	Observaciones
REMISION AL SERVICIO DE URGENCIAS	DIAGNOSTICO	PACIENTE MULTICONSULTANTE CON SD FEBRIL, ASOCIADO A EDEMA FACIAL, EN CUELLO Y DOLOR TORACICO PERSISTENTE POR LO QUE SE HACE NECESARIA VALORACION POR URGENCIAS . SE REMITE AL SERVICIO CON PARACLINICOS Y RX TORAX.

Ayudas Diagnósticas

Procedimiento	CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS	Lateralidad	No Aplica
Observación	tomar prirotiario por urgencias.		
Procedimiento	PROCEDIMIENTO EJECUTADO: HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA] METODO AUTOMATICO	Lateralidad	No Aplica
Observación	tomar prirotiario por urgencias.		
Procedimiento	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	Lateralidad	No Aplica
Observación	tomar prirotiario por urgencias.		
Procedimiento	PROTEINA C REACTIVA, PRUEBA SEMICUANTITATIVA	Lateralidad	No Aplica
Observación	tomar prirotiario por urgencias.		
Procedimiento	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA O AP Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL CON BARIO)	Lateralidad	No Aplica
Observación	tomar prirotiario por urgencias.		
Procedimiento	PROCEDIMIENTO EJECUTADO: REMISION AL SERVICIO DE URGENCIAS	Lateralidad	No Aplica
Observación	PACIENTE MULTICONSULTANTE CON SD FEBRIL, ASOCIADO A EDEMA FACIAL, EN CUELLO Y DOLOR TORACICO PERSISTENTE POR LO QUE SE HACE NECESARIA VALORACION POR URGENCIAS . SE REMITE AL SERVICIO CON PARACLINICOS Y RX TORAX.		

Plan de Manejo

PACIENTE MULTICONSULTANTE CON SD FEBRIL, ASOCIADO A EDEMA FACIAL, EN CUELLO Y DOLOR TORACICO PERSISTENTE POR LO QUE SE HACE NECESARIA VALORACION POR URGENCIAS . SE REMITE AL SERVICIO CON PARACLINICOS Y RX TORAX. SE EXPLICA CON PALABRAS CLARAS Y SENCILLAS. PACIENTE DICE ENTENDER CONDUCTA Y ACEPTA.

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/02/2017	Hora Ingreso:	10:47 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	384545565
Fecha Atención:	28/02/2017	Hora Atención:	10:48 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/02/2017	Hora Fin Atención:	11:17 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional: Diego Jose Valderrama Gonzalez

Especialidad Profesional: MEDICINA GENERAL

Registro Médico: 1075224405

Identificación Profesional:

Telefono de contacto:

AUTORIZACION DE SERVICIOS N° 179027541

cafesalud EPS

Original

NOMBRE DEL PACIENTE	TIPO AFILIADO	TIPO DE IDENTIFICACION	IDENTIFICACION	EDAD	
santa leonor martinez arias	COTIZANTE	cedula ciudadania	26593111	45	ANOS

NIVEL	PLAN	IPS PRIMARIA	ENTIDAD RECOBRO
1	pos contributivo	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles	

IPS QUE SOLICITA	USUARIO QUE TRANSCRIBE
corporación i p s huila - i p s los robles	nancy lorena sanchez urquijo

PROCEDIMIENTO O INTERVENCION A REALIZAR

CAUSA EXTERNA	enfermedad general	DX. PRINCIPAL	n63x	DX. SECUNDARIO	

Código	Procedimiento (s)	Cant.	Finalidad	Lateralidad	Observaciones
876801	xeromamografia o mamografia uni o bilateral	1	diagnostico	bilateral	fecha aprobación: 2017/03/09 urgente

TIPO PAGO A REALIZAR

PAGO COMPARTIDO		COPAGO	CUOTA MODERADORA	DESCUENTO CAPITACION NOMBRE IPS
EPS (%)	USUARIO (%)	PORCENTAJE		
0.00	0.00	0.00	0.00	0

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN.

nancy lorena sanchez urquijo 86417

Profesional Registro Profesional

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE	
rayos x del huila s.a.s - neiva	
Dirección	cll. 6 # 13 - 36
Teléfono	8631011

IMPORTANTE: AUTORIZACIÓN VÁLIDA SOLAMENTE EN LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A SU EXPEDICIÓN

184

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	09/03/2017	Hora Ingreso:	04:49 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	385229988
Fecha Atención:	09/03/2017	Hora Atención:	04:50 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	09/03/2017	Hora Fin Atención:	05:05 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 8 meses 7 días

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Télefono: 3134808010

Acompañante: SOLA Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

QUE ME RENUEVEN LA ORDEN

Enfermedad Actual

PACIENTE QUE TRAE REPORTE DE ECOGRAFIA MAMARIA QUE REPORTA IMAGENES QUISTICAS SIMPLES DE 19 mmEN CUADRANTE SUPEROEXTERNO Y DE 17.1 mm EN CUADRANTE INFEROEXTERNO EN LA MAMA DERECHA EN ESTA MAMA Y HACIA COORDENADAS DE 8.1 mm IMAGEN HIPOECOICA OVOIDEA ALARGADA DE 20.9 X 9.9 mm COMPATIBLE CON LIPOMA VS FIBROADENOMA. EN LA MAMA IZQUIERDA INMEDIATAMENTE POR DEBAJO DE LA PROYECCION A LA 3 HORAS QUISTICA SIMPLE E 7.2mm OPINION: QUISTES SIMPLES DE LA MAMA LIPOMA VS FIBROMA.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración	0		
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2017/03/02	FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	09/03/2017	Hora Ingreso:	04:49 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	385229988
Fecha Atención:	09/03/2017	Hora Atención:	04:50 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	09/03/2017	Hora Fin Atención:	05:05 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Método	Hormonal
Método	Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	36
Sistole	110	Talla	156
Diástole	70	Peso	95
Frecuencia Respiratoria	16	Indice de Masa Corporal	39.04
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	83.3333		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	MAMAS SIMETRICAS, NO SE PALPAN MASAS, NO SE EVIDENCIAN RETRACCIONES NO LESIONES EN PIEL, NO HUNDIMIENTOS NO TELORREA NO ADENOPATIAS AXILARES NI CLAVICULARES, PEZONES EVERTIDOS.

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Masa no especificada en la mama
Código CIE10	N63X
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO NUEVO
Observación	

Recomendaciones

Ayudas Diagnósticas

Procedimiento	XERÓMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA UNI O BILATERAL	Lateralidad	Bilateral
Observación	URGENTE		

Plan de Manejo

PACIENTE CON MASA EN SENO QUE REQUIERE ESTUDIO COMPLEMENTARIO, COMO NO HAY CONVENIO CON ENTIDADES EXTERNAS SE DA ORDEN PARA TOMA URGENTE EN LA CLINICA ESIMED, SE ESPERA CON RESULTADOS PARA DEFINIR CONDUCTAS ESPECIFICAS. SE ENSEÑA A USUARIA LOS PASOS PARA REALIZAR UN DEBIDO EXAMEN DE SENO SE INDICA QUE DEBE REALIZARLO MENSUALMENTE DE 8 DIAS DESPUES DEL CICLO MENSTRUAL Y SI NO MENSTRUA DEBE ESCOGER UN DIA AL MES QUE SEA FACIL DE RECORDAR
EN CASO DE ENCONTRAR ALTERACIONES COMO :
CAMBIO EN LA FORMA Y TAMAÑO DE LOS SENOS
CAMBIO EN LA POSICIONES DEL PEZON (METIDO HACIA DENTRO)
CAMBIOS EN LA PIEL O FORMACION DE HOYUELOS
SECRESION EN UNO A AMBOS PEZONES PUEDE SER TRANSPARENTE AMARILLA O CON SANGRE)
PALPACION DE NODULOS EN LOS SENOS O GLANDULAS -MASAS A NIVEL DE LAS AXILAS
DOLOR EN LOS SENOS
DEBE ACUDIR SIN DEMORA AL MEDICO

Información IPS

Nancy Lorena Sanchez Urquijo

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Nancy Lorena Sanchez Urquijo	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	1075227964	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

185

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS [redacted]

cafesalud ORIGINAL

NOMBRES DEL PACIENTE	TIPO AFILIADO	TIPO DE IDENT.	IDENTIFICACIÓN	EDAD
SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	COTIZANTE	Cédula Ciudadanía	26593111	44 Años

NIVEL	PLAN	IPS PRIMARIA:
1	POS	Corporación Mi Ips Huila- I P S Los Robles

IPS QUE SOLICITA	USUARIO QUE TRANSCRIBE
Estudios E Inversiones Medicas S.A. - Esimed S.A. - Cafi Neiva	Salomon David Rojas Lozano

ENTIDAD RECOBRO

[redacted]

CAUSA EXTERNA	ENFERMEDAD GENERAL	DX. PRINCIPAL:	M353	DX. SECUNDARIOS	

CODIGO	PROCEDIMIENTO (S)	Cant	FINALIDAD	Lateralidad	OBSERVACIONES
890288	REUMATOLOGIA CONSULTA	1	diagnostico	No Aplica	FECHA APROBACIÓN: 2017/03/28

[redacted]

PAGO COMPARTIDO IPS (%)	PAGO COMPARTIDO USUARIO (%)	COPAGO PORCENTAJE	CUOTA MODERADORA	DESCUENTO CAPITACION	NOMBRE IPS
	0	0	2.900,00		

PRESTADO EL SERVICIO LE AGRADECEMOS ENVIARNOS LA RESPECTIVA CUENTA DE COBRO ADJUNTANDO LA PRESENTE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REMITE	
Estudio E Inversiones Medicas S A Esimed S A - Cemex Ceibas	
DIRECCIÓN	Cra. 7 # 10 - 84
TELEFONO	8723815

MEDICO QUE AUTORIZA REGISTRO MEDICO

IMPORTANTE: AUTORIZACION VALIDA SOLAMENTE EN LOS [redacted] DIAS SIGUIENTES A SU EXPEDICION

FORMATO
F-IN-000
V-001
15/08/2018
PAG. 1 DE 1

SOLICITUD DE SERVICIOS No.

CorporaciónIPS
Nit:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES DEL PACIENTE: Santa Leonor Martinez Amos

EPS: Cafesalud

FECHA DE ATENCIÓN: 170320

TIPO DE DOCUMENTO: CC / TI / RC / MSI / CE / PA / ASI

No. DE DOCUMENTO: 26593111

NIVEL: 1 / 2 / 3

TIPO DE PLAN: POS CONTRIBUTIVO

FECHA DE ENTREGA:

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M353

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS: R522

SERVICIOS SOLICITADOS

PROCEDIMIENTO	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1 SS/ control con Reumatologia		Autorizar cl 6-SA-06

NOMBRE DEL MÉDICO: William Fernando Flórez
Médico General
C.C. 7697.766 R.M. 15112006
Universidad Surcolombiana

No. DE REGISTRO DEL MÉDICO: 115/06

IPS:

Dirección:

Teléfono:

186

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	386467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 8 meses 26 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: INDEPENDINTISTA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: Teléfono:

Responsable: JESUS ANTONIO MORALES Teléfono: 3134808010 Parentesco: ESPOSO

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

LLEGA SOLA, PARA LA INCAPACIDAD MEDICA.

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 44 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA MEDICA POR ANTECEDENTE DE POLIMIALGIA REUMATICA DE EVOLUCION CRONICA, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO MEDICO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, EN INCAPACIDAD MEDICA A LA FECHA ULTIMA VENCIDA EL DIA DE AYER 27/03/2017, EN MANEJO ACTUAL CON DULOXETINA 30 mg CADA 8 HORAS, PREGABALINA 25 mg CADA 8 HORAS, ACETAMINOFEN + CODEINA 325/30 mg CADA 8 HORAS, ADEMAS CON CLONAZEPAM 0.5 mg CADA NOCHE, ACTUALMENTE CON DOLOR INTENSO LIMITANTE E INCAPACITANTE, CON ENTREGA DE MEDICACION NO POS DE MANERA IRREGULAR, ASISTE A CONSULTA MEDICA PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD Y FORMULACION DE MEDICAMENTOS NO POS. NO CONTROL RECIENTE POR CLINICA DEL DOLOR NO CONVENIO A LA FECHA NI CONSULTA RECIENTE POR REUMATOLOGIA.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración	0		
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2017/03/02	FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	386467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Método	Hormonal
Método	Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	80	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	160
Diástole	80	Peso	93.5
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	36.52
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	93.3333		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALA
b. Ojos	Nombre Variable	Agudeza visual anormal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICO NO MASAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, NO SOBREAGREGADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Blando
	Observación	CON PANICULO ADIPOSO
j. Sistema Genital Femenino	Nombre Variable	Normal
	Observación	SE OMITE
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO EDEMAS NI CAMBIOS DE COLORACION
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO DEFICIT
o. Osteomuscular	Nombre Variable	Anormal
	Observación	DOLOR OSTEOMUSCULAR GENERALIZADO
r. Aspecto General	Nombre Variable	Hidratado
	Observación	
	Nombre Variable	Anormal
	Observación	MARCHA ANTALGICA

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000842554 Fecha4/17/2017 7:57:30 AM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS		
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion	Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Nivel Salarial:	1 Tipo Plan: POS Contributivo	Teléfono:	3134808010
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles		
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica N° Inc. Anterior: 5211235 NUEVA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	17/04/2017 Fecha Final Inc.: 06/05/2017	Días Incapacidad:	20

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General	POR COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL SECUNDARIO DE IMPORTANCIA POR PRESENCIA DE FIBROMIALGIA (POLIMIALGIA REUMATICA)	SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	R522	

Profesional	William Fernando Florez Salazar
Registro Profesional	1151
Especialidad Profesional	MEDICINA GENERAL

Impreso por: SALUDCOOP\wflorezs 4/17/2017 7:57:32 AM

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	17/04/2017	Hora Ingreso:	07:35 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	387616214
Fecha Atención:	17/04/2017	Hora Atención:	07:37 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	17/04/2017	Hora Fin Atención:	07:57 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS	Tipo Identificación: Cedula Ciudadania		N° Identificación: 26593111
Tipo Afiliado: COTIZANTE	Estado Civil: SOLTERO	Fecha Nacimiento: 01/07/1972	Edad: 44 años 9 meses 15 dias
Sexo: FEMENINO	Ocupación: INDEPENDINTISTA	Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL	Teléfono: 3134808010
Acompañante:		Teléfono:	
Responsable: JESUS ANTONIO MORALES		Teléfono: 3134808010	Parentesco: esposo
Finalidad: NO APLICA		Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL
Grupo Poblacional:	Pertenencia Étnica:		

Anamnesis

Motivo de Consulta

LLEGA SOLA. PARA LA INCAPACIDAD MEDICA.

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 44 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA MEDICA POR ANTECEDENTE DE POLIMIALGIA REUMATICA DE EVOLUCION CRONICA, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO MEDICO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, EN INCAPACIDAD MEDICA A LA FECHA ULTIMA VENCIDA EL DIA DE AYER 16/04/2017, EN MANEJO ACTUAL CON DULOXETINA 60 mg CADA 24 HORAS, PREGABALINA 75 mg CADA 12 HORAS, ACETAMINOFEN + CODEINA 325/30 mg CADA 8 HORAS, ADEMAS CON CLONAZEPAM 0.5 mg CADA NOCHE, ACTUALMENTE CON DOLOR INTENSO LIMITANTE E INCAPACITANTE, EDEMA ARTICULAR DE PREDOMINIO EN MANOS.
CON ENTREGA DE MEDICACION NO POS DE MANERA IRREGULAR, ASISTE A CONSULTA MEDICA PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD Y FORMULACION DE MEDICAMENTOS NO POS. NO CONSULTA RECIENTE POR REUMATOLOGIA, EN CONTROLES POR CLINICA DEL DOLOR A LA FECHA.

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA EN TTO CON ENALAPRIL 20 mg CADA 12 HORAS.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración	0		
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2017/03/02	FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

REPORTE DE CITAS

IPS: Los Robles

Profesional	Especialidad	E.P.S.	Fecha	Hora	Tipo Doc	Doc Usuario	Usuario	Valor	Procedimiento	Nivel	Teléfono

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	17/04/2017	Hora Ingreso:	07:35 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 387616214	
Fecha Atención:	17/04/2017	Hora Atención:	07:37 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	17/04/2017	Hora Fin Atención:	07:57 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010053121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	82	Temperatura	37
Sistole	140	Talla	160
Diástole	100	Peso	91.5
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	35.74
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	113.333		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALA
b. Ojos	Nombre Variable	Agudeza visual anormal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICO NO MASAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, NO SOBREAGREGADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Blando
	Observación	CON PANICULO ADIPOSO
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Anormal
	Observación	DOLOR Y EDEMA EN FALANGES DE MANOS
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO EDEMAS NI CAMBIOS DE COLORACION
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO DEFICIT
o. Osteomuscular	Nombre Variable	Anormal
	Observación	DOLOR OSTEOMUSCULAR GENERALIZADO
r. Aspecto General	Nombre Variable	Hidratado
	Observación	
	Nombre Variable	Anormal
	Observación	MARCHA ANTALGICA

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	17/04/2017	Hora Ingreso:	07:35 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	387616214
Fecha Atención:	17/04/2017	Hora Atención:	07:37 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	17/04/2017	Hora Fin Atención:	07:57 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones	SE EXPLICA CURSO, EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, DIETARIAS Y NUTRICIONALES, HIGIENE POSTURAL, EVITAR ESFUERZOS FISICOS DE IMPORTANCIA, MANEJO LOCAL DEL DOLOR CON MEDIOS FISICOS (CALOR), CONSULTAR NUEVAMENTE ANTE EXACERBACION DE LOS SINTOMAS O COMPROMISO FUNCIONAL DE IMPORTANCIA, TOMAR MEDICACION DE ACUERDO A FORMULACION.

Medicamentos

Medicamento	OMEPRAZOL CAP. x20mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 12 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/04/17
Fecha Final	2017/05/06
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	POR COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL SECUNDARIO DE IMPORTANCIA POR PRESENCIA DE FIBROMIALGIA (POLIMIALGIA REUMATICA)

Plan de Manejo

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLIMIALGIA REUMATICA DE EVOLUCION CRONICA, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO MEDICO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, EN INCAPACIDAD MEDICA A LA FECHA ULTIMA VENCIDA EL DIA DE AYER 16/04/2017, SE DA CONTINUIDAD EN TRATAMIENTO, TIENE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS NO POS EN LA ACTUALIDAD, EN MANEJO POR CLINICA DEL DOLOR, PENDIENTE CONTROL POR REUMATOLOGIA, SE DE PRORROGA DE INCAPACIDAD MEDICA POR 20 DIAS A PARTIR DE LA FECHA.

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	William Fernando Florez Salazar	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	1151	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

HISTORIA CLINICA ATLAS PROFILAXIS

Control m. Mayo

FECHA: 19 Enero/2017

NOMBRE: Santa Leonor Martinez EDAD: 45 años

D.I: 26 593 111 TELÉFONOS: 3134808010

CORREO: — o — PROFESION: Independiente

FECHA NACIMIENTO: 01-06-1972 NATURAL Y PROCEDENTE: Tenjo

REFERIDA DE: Dr. Posada EPS Caresalud

Peso 93 kg TA 120/80 mmHg FC 70 x' SPO 98%

1. **SINTOMAS:** EVA: 10/10

= - Cervicalgia

= - Dolor coxigeo

= - Dolor en piernas - varices - Adormecido

- Dorsolumbalgia

- Sensación de peso en hombros y pecho

- Dolor cadral

- Disnea leve a medianos esfuerzos

- Limitación actividades v. de diario

- Posiciones en mano

- Insomnio sueño no reparador

- Apetito inferior

- Cefalgia habitual

- FATIGA CRÓNICA: - Cansancio habitual

- TAQUICARDIA PALPITACIONES =

2. **ANTECEDENTES:** Dx. Fibromialgia HTA controlada

TEST PCF_____ IZQ: _____ DER: _____

BCF:_____ IZQ_____ DER_____

EVA. /10 DOLOR ELEVACION DE PIERNA IZQ /10:_____ DER /10: _____

CUELLO: _____ TENSION: _____ DER: _____ IZQ: _____

DOLOR MOV: _____ IZQ /10: _____ DER /10: _____ FLEX/10:_____ EXT/10: _____

ATM: _____

POSTURA: _____

CONTROLES: 03-02-2017

- refiere que sigue igual de la terapia todo igual intensidad
- se indica tx segmento columna cervical → puntos analgesia general

+

- Marzo-16-2017
  paciente con antecedente de Fibromialgia
  Refiere poca mejoría del dolor -
  plan: Epinosio

nuevo control Mayo

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	386467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Observación

Recomendaciones	SE EXPLICA CURSO, EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, DIETARIAS Y NUTRICIONALES, HIGIENE POSTURAL, EVITAR ESFUERZOS FISICOS DE IMPORTANCIA, MANEJO LOCAL DEL DOLOR CON MEDIOS FISICOS (CALOR), CONSULTAR NUEVAMENTE ANTE EXACERBACION DE LOS SINTOMAS O COMPROMISO FUNCIONAL DE IMPORTANCIA, TOMAR MEDICACION DE ACUERDO A FORMULACION.

Medicamentos

Medicamento	CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s) EN LA NOCHE
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/03/28
Fecha Final	2017/04/16
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	POR COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL SECUNDARIO DE IMPORTANCIA POR PRESENCIA DE FIBROMIALGIA (POLIMIALGIA REUMATICA)

Plan de Manejo

SE COMENTA CASO CLINICO CON MEDICO FAMILIAR Dr. GABRIEL CASTRO SOBRE PATOLOGIA REUMATOLOGICA, DE EVOLUCION CRONICA, CON DOLOR LIMITANTE E INCAPACITANTE, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO ESPECIALIZADO, CON FORMULACION DE MEDICACION NO POS, ANTE LO CUAL SE DECIDE CON APOYO DE ESPECIALISTA, Se sugiere subir dosis de duloxetina a 60 mg cada dia, pregabalina 75 mg cada 12 horas. Resto de medicación igual. Dar signos de alarma y recomendaciones generales. Control en 3 meses.
SE DA ORDEN MANUAL PARA SOLICITAR CONTROL CON REUMATOLOGIA.

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	William Fernando Florez Salazar	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	1151	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

FECHA: 2017-01-19 09:58:20 FOLIO: 1

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS
ENTIDAD: PARTICULARES - Cafesalud EPS
DIRECCION: CALLE 11 # 3-27 BARRIO DIVINO NIÑO
PROFESION/OCUPACION: OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES (INDEPENDIENTE)

IDENTIFICACION: 26593111 CC
PROCEDENCIA: NEIVA (HUILA)
TEL. 3134808010
EMAIL:
EPS: PARTICULARES
ESTRATO:

SEXO: F
RH:O-
EDAD: 44 A (1972 07 01)

HISTORIA GENERAL

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

MC: FIBROMIALGIA

PACIENTE REMITIDA POR CLINICA DEL DOLOR DR LEONARDO RODRIGUEZ Y REUMATOLOGIA, A VALORACION POR MEDICINA ALTERNATIVA Y DOLOR.

DESDE EL 2005 (HACE 12 AÑOS) INICIA DOLOR EN TALÓN DERECHO. NO ASOCIADO A TRAUMA, SE TOMO RX DE PIE NO ENCONTRANDO NADA, SE REALIZO UN INFILTRACION SE SINTIO PEOR EXTENDIÉNDOSE EL DOLOR POR TODO EL CUERPO, DOLOR DIARIO, INTENSO DE 8/10
ACTUALMENTE REFIERE QUE EL DOLOR ES EN TODO EL CUERPO, MAS EN LAS PIERNAS, CADERAS, COXIS, LA NUCA, NO PUEDE DORMIR. POR LO TANTO HAN REALIZADO MUCHO EXÁMENES DONDE DIAGNOSTICARON CON FIBROMIALGIA. ACTUALMENTE TOMA, ACETAMINOFEN + CODEINA DULOXETINA,.PREGABALINA,, QUETIAPINA, AC VALPROICO.

ESTUVO MUCHO TIEMPO MANEJADA POR REUMATOLOGIA CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS, ACTUALMENTE CON NUEVO REUMATOLOGO QUE INDICO FIBROMIALGIA.
ASOCIADO A ESTO TIENE DEPRESION MODERADA CON POLIFARMACIA
HOY REFIERE DOLOR AL ORINA Y POLIURIA.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES

PATOLÓGICOS: FIBROMIALGIA, DEPRESION.
QUIRURGICOS: POMEROY, CORRECCION DE CELES, LAPAROSCOPIA.
ALÉRGICOS: Ninguno
TRAUMATICOS: Ninguno
TOXICOALERGICOS: Ninguno
TOXICOS: Ninguno
CITOLOGÍAS: HACE 4 MESES 2016 NORMAL
GINECOBSTETRICOS: G4V3M1C0 FUP: HACE 22 AÑOS,
FUMA: No
ALCOHOL: No
TRATAMIENTO ACTUAL: PREGABALINA, QUETIAPINA, ACIDO VALPROICO.

ANTECEDENTES FAMILIARES

ABUELA CANCER UTERO, TIAS DE SENO.

REVISION POR SISTEMAS: - MAL SUEÑO, DEPRESION, ANSIEDAD, DOLOR GENERALIZADO
- DEPOSICION DIARIA
- AUMENTA DE PESO.

EXAMEN FISICO

FECHA: 2017-01-19 10:01:12 FOLIO: 3

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS
ENTIDAD: PARTICULARES + Caksalud EPS
DIRECCION: CALLE 11 # 3-27 BARRIO DIVINO NIÑO
PROFESION/OCUPACION: OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES (INDEPENDIENTE)

IDENTIFICACION: 26593111 CC
PROCEDENCIA: NEIVA (HUILA)
TEL. 3134808010
EMAIL:
EPS364
ESTRATO

RH O-
SEXO F
EDAD: 44 A (1972-07-01)

PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

PACIENTE CON CLINICA SUGESTIVA DE FIBROMIALGIA, CON POLIFARMACIA, SINTOMAS DEPRESIVOS, DOLOR CRONICO DE DIFICIL MANEJO (L CUALSE INDICA MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR CON: HOMEOPATIA, FITOTERAPIA Y TERAPIA NEURAL.

1. RECOMENDACIONES DE CUIDADO GENERAL
2. RECOMENDACIONES DE ALIMENTACION POR ESCRITO.
3. RECOMENDACIONES DE EJERCICIO REGULAR Y MANEJO DE EMOSIONES.

15000 - TRANALGEX CAPSULAS: TOMAR UNA CAPSULA AL DIA 7 PM
19400 - NUX MP. + PASSED + DISCOLVER: GOTAS TOMAR 10 GOTAS DE CADA UNO Y MEZCLAR EN UN POCO DE AGUA 3 VECES AL DIA. - SE RECOMIENDA
5000 INICIAR TERAPIA NEURALSEDATIVA Y DE REGULACION UNA VEZ A LA SEMANA # 10 POR 3 MESES.

10 10 10

DRA. ROSA LILIANA CALDERON PACHECO
Registro Medico:

MEDICINA GENERAL Y ALTERNATIVA

Buen estado general. PACIENTE CON OBESIDAD GRADO 2, CON DOLOR GENERALIZADO CAMINAR LENTO POR DOLOR EN TALONES, TODA LA COLUMNA TIENE MAS DE 11 PUNTOS GATILLO EN TODO EL CUERPO, QUE HACE RELACION A FIBROMIALGIA.)

T.A. SIS: 130 T.A. DIAS: 80 FRECUENCIA CARDIACA: 65 PESO: 92Kgs TALLA: 165Cms IMC: 33.79 TEMP: 37 C

ESCALA DE GLASGOW

OJOS: 4 RESPUESTA MOTORA: 6 RESPUESTA VERBAL: 5 TOTAL GLASGOW: 15.00

CABEZA: Normal

ORL: Normal

CARDIOPULMONAR:

Simétrico, no signos de dificultad respiratoria. RsCsRs, no soplos. Pulmones limpios, bien ventilados, no sobre agregados.

CUELLO: Normal

EXTREMIDADES:

Eutróficas, sin evidencia de deformidad física. Pulsos periféricos presentes adecuados y simétricos.

ABDOMEN:

Blando, depresible, no masas o megalias. Peristaltismos positivos. No signos de irritación peritoneal.

NEUROLOGICO:

Alerta, orientado en tres esferas. No signos meningeos. Pares craneanos normales. ROT: ++/++++. Fuerza y tono muscular conservado.

GENITOURINARIOS: Sin alteración.

EXAMEN DE PIEL Y FANERAS: Normal

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: M353-POLIMIALGIA REUMATICA

DIAGNOSTICO RELACIONADO 1: F454-TRASTORNO DE DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO

DIAGNOSTICO RELACIONADO 2: R521-DOLOR CRONICO INTRATABLE

DIAGNOSTICO RELACIONADO 3: F412-TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

TIPO DIAGNOSTICO: 2-CONFIRMADO NUEVO MEDICAMENTOS: NO EXAMENES: NO

IMPRESION DIAGNOSTICA: PACIENTE CON CLINICA SUGESTIVA DE FIBROMIALGIA, CON POLIFARMACIA, SINTOMAS DEPRESIVOS, DOLOR CRONICO DE DIFICIL MANEJO EL CUAL SE INDICA MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR CON: HOMEOPATIA, FITOTERAPIA Y TERAPIA NEURAL.

- TRANALGEX CAPSULAS: TOMAR UNA CAPSULA AL DIA
- NUX MP.+ PASSED + DISCOLVER: GOTAS TOMAR 10 GOTAS DE CADA UNO Y MEZCLAR EN UN POCO DE AGUA 3 VECES AL DIA.
- SE RECOMIENDA INICIAR TERAPIA NEURAL SEDATIVA Y DE REGULACION UNA VEZ A LA SEMANA # 10 POR 3 MESES.

DRA. ROSA LILIANA CALDERON PACHECO
Registro Medico: 0378/04.

MINSALUD

FÓRMULA MÉDICA

Fecha y Hora de Expedición (AAAA-MM-DD): 2017-03-28 10:45:40
Nro. Prescripción: 2017032811100037788

DATOS DEL PRESTADOR

Departamento: HUILA
Municipio: NEIVA
Código Habilitación: 410010063121
Documento de Identificación: 813012546
Nombre Prestador de Servicios de Salud: IPS LOS ROBLES
Dirección: CALLE 17 A NO. 5 A - 41
Teléfono: 8756445 - 3008960352

DATOS DEL PACIENTE

Documento de Identificación: CC26593111
Primer Apellido: MARTINEZ
Segundo Apellido: ARIAS
Primer Nombre: SANTA
Segundo Nombre: LEONOR
Número Historia Clínica: 26593111
Diágnostico Principal: M353 POLIMIALGIA REUMATICA
Usuario Régimen Contributivo:

MEDICAMENTOS

Nombre Medicamento / Forma Farmacéutica	Dosis	Vía Administración	Frecuencia Administración	Indicaciones Especiales	Duración Tratamiento	Recomendaciones	Cantidades Farmacéuticas Nro / Letras / Unidad Farmacéutica
[ACETAMINOFEN] 325MG/1U ; [CODEINA FOSFATO HEMIHIDRATO] 30MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION NO MODIFICADA	355 MILIGRAMO(S)	ORAL	8 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	SE REQUIERE MANEJO ANALGESICO PERMANENTE POR DOLOR CRONICO SECUNDARIO A POLIMIALGIA REUMATICA	270 / DOSCIENTOS SETENTA / TABLETA
[PREGABALINA] 75MG/1U / TABLETAS DE LIBERACION MODIFICADA	75 MILIGRAMO(S)	ORAL	12 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FIBROMIALGIA QUIEN SE ENCUENTRA EN MANEJO CON MEDICACION NO POS PARA CONTROL DE SU PATOLOGIA REQUIERE CONTINUIDAD EN TRATAMIENTO	180 / CIENTO OCHENTA / TABLETA
[DULOXETINA] 60MG/1U / CÁPSULAS DE LIBERACION MODIFICADA	60 MILIGRAMO(S)	ORAL	24 HORA(S)	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	90 DÍA(S)	PACIENTE CON PRESENCIA DE FIBROMIALGIA DE EVOLUCION CRONICA CON DOLOR SECUNDARIO INTENSO LIMITANTE E INCAPACITANTE POR LO CUAL REQUIERE CONTINUIDA DE NO POS	90 / NOVENTA / CÁPSULA

PROFESIONAL TRATANTE

Documento de Identificación: CC7697799
Nombre: WILLIAM FERNANDO FLOREZ SALAZAR
Registro Profesional: 1151
Especialidad:

William Fernando Florez
Médico General
C.C. 7.697.799 R.M. 1151 / 2006
Universidad Surcolombiana
Firma

La vigencia de la prescripción es la establecida en la Resolución 3951 de 2016,Art. 13, Numeral 4.

Gabriel R. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M. 1951/09

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	386467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 8 meses 25 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: INDEPENDINTISTA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Teléfono: 3134808010

Acompañante: Teléfono:

Responsable: JESUS ANTONIO MORALES Teléfono: 3134808010 Parentesco: ESPOSO

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

LLEGA SOLA. PARA LA INCAPACIDAD MEDICA.

Enfermedad Actual

PACIENTE DE 44 AÑOS, QUIEN ASISTE A CONSULTA MEDICA POR ANTECEDENTE DE POLIMIALGIA REUMATICA DE EVOLUCION CRONICA, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO MEDICO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, EN INCAPACIDAD MEDICA A LA FECHA ULTIMA VENCIDA EL DIA DE AYER 27/03/2017, EN MANEJO ACTUAL CON DULOXETINA 30 mg CADA 8 HORAS, PREGABALINA 25 mg CADA 8 HORAS, ACETAMINOFEN + CODEINA 325/30 mg CADA 8 HORAS, ADEMAS CON CLONAZEPAM 0.5 mg CADA NOCHE, ACTUALMENTE CON DOLOR INTENSO LIMITANTE E INCAPACITANTE, CON ENTREGA DE MEDICACION NO POS DE MANERA IRREGULAR, ASISTE A CONSULTA MEDICA PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD Y FORMULACION DE MEDICAMENTOS NO POS. NO CONTROL RECIENTE POR CLINICA DEL DOLOR NO CONVENIO A LA FECHA NI CONSULTA RECIENTE POR REUMATOLOGIA.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4			Nacidos Muertos	0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración	0		
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0			Nacidos Muertos	0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2017/03/02	FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	386467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Método	Hormonal
Método	Hormonal

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	80	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	160
Diástole	80	Peso	93.5
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	36.52
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	93.3333		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALA
b. Ojos	Nombre Variable	Agudeza visual anormal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMÉTRICO NO MASAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, NO SOBREAGREGADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Blando
	Observación	CON PANICULO ADIPOSO
j. Sistema Genital Femenino	Nombre Variable	Normal
	Observación	SE OMITE
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO EDEMAS NI CAMBIOS DE COLORACION
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO DEFICIT
o. Osteomuscular	Nombre Variable	Anormal
	Observación	DOLOR OSTEOMUSCULAR GENERALIZADO
r. Aspecto General	Nombre Variable	Hidratado
	Observación	
	Nombre Variable	Anormal
	Observación	MARCHA ANTALGICA

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	28/03/2017	Hora Ingreso:	09:45 AM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	388467662
Fecha Atención:	28/03/2017	Hora Atención:	09:46 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	28/03/2017	Hora Fin Atención:	10:47 AM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010083121

Observación

Recomendaciones	SE EXPLICA CURSO, EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA ENFERMEDAD, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, DIETARIAS Y NUTRICIONALES, HIGIENE POSTURAL, EVITAR ESFUERZOS FISICOS DE IMPORTANCIA, MANEJO LOCAL DEL DOLOR CON MEDIOS FISICOS (CALOR), CONSULTAR NUEVAMENTE ANTE EXACERBACION DE LOS SINTOMAS O COMPROMISO FUNCIONAL DE IMPORTANCIA, TOMAR MEDICACION DE ACUERDO A FORMULACION.

Medicamentos

Medicamento	CLONAZEPAM TAB. x0.5mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s) EN LA NOCHE
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/03/28
Fecha Final	2017/04/16
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	POR COMPROMISO DEL ESTADO GENERAL SECUNDARIO DE IMPORTANCIA POR PRESENCIA DE FIBROMIALGIA (POLIMIALGIA REUMATICA)

Plan de Manejo

SE COMENTA CASO CLINICO CON MEDICO FAMILIAR Dr. GABRIEL CASTRO SOBRE PATOLOGIA REUMATOLOGICA, DE EVOLUCION CRONICA, CON DOLOR LIMITANTE E INCAPACITANTE, POR LO CUAL SE ENCUENTRA EN MANEJO ESPECIALIZADO, CON FORMULACION DE MEDICACION NO POS, ANTE LO CUAL SE DECIDE CON APOYO DE ESPECIALISTA. Se sugiere subir dosis de duloxatina a 60 mg cada dia, pregabalina 75 mg cada 12 horas. Resto de medicación igual. Dar signos de alarma y recomendaciones generales. Control en 3 meses.
SE DA ORDEN MANUAL PARA SOLICITAR CONTROL CON REUMATOLOGIA.

Información IPS

William Fernando Florez
Médico General
C.C. 7.697.796 R.M. 1151 / 2006
Universidad Surcolombiana

		Nombre IPS:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles
Profesional:	William Fernando Florez Salazar	Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL
Registro Médico:	1151	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

Gabriel A. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M. 1981/09

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	27/01/2017	Hora Ingreso:	01:26 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	382256950
Fecha Atención:	27/01/2017	Hora Atención:	01:27 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	27/01/2017	Hora Fin Atención:	01:42 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 6 meses 25 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: solo Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

VENGO POR LA INCAPACIDAD

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HTA CONSULTA DICE QUE MEJORO DE LA CEFALEA Y LA HUA YA ESTA CONTROLADA.
RXS: NIEGA
ANTECEDENTES DE TRNASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, POLIMIALGIA REUMATICA HTA OBESIDAD DISLIPIDEMIA
FARMACOLOGICOS LOSARTAN 50X2
TRATAMIENTO DULOXETINA 30 MG DIA PREGABALINA 25-25-25 ACETAMINOFEN CODEINA 1-1-1 LORAZEPAM 1 TAB NOCHE
QXCO: POMEROY APENDICECTOMIA CORECCION DE CELES
G4 P4V3 ADM0 POLIMENORREAS METRORRAGIAS
ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE POR POLIMIALGIA REUMATICA

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	27/01/2017	Hora Ingreso:	01:26 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	382266950
Fecha Atención:	27/01/2017	Hora Atención:	01:27 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	27/01/2017	Hora Fin Atención:	01:42 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Método	Hormonal
Método	Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	78	Temperatura	37
Sistole	160	Talla	160
Diástole	100	Peso	93
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	36.33
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	120		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIMETRICAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	PA 98 CM NO MASAS NO MEGALIAS
j. Sistema Genital Femenino	Nombre Variable	Normal
	Observación	
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
o. Osteomuscular	Nombre Variable	Normal
	Observación	
p. Piel y faneras	Nombre Variable	Normal
	Observación	

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	27/01/2017	Hora Ingreso:	01:26 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	382266950
Fecha Atención:	27/01/2017	Hora Atención:	01:27 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	27/01/2017	Hora Fin Atención:	01:42 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Observación

DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Hipertension esencial (primaria)
Código CIE10	I10X
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

Ayudas Diagnósticas

Procedimiento	CREATININA EN SANGRE PyP	Lateralidad	No Aplica
Observación			
Procedimiento	CUADRO HEMATICO COMPLETO (HB, HTO, REC. TOTAL Y DIFERENCIAL, MORFOLOGIA) PyP	Lateralidad	No Aplica
Observación			
Procedimiento	MICROALBUMINURIA PyP	Lateralidad	No Aplica
Observación			
Procedimiento	PERFIL LIPIDICO PyP	Lateralidad	No Aplica
Observación			
Procedimiento	POTASIO EN SANGRE PyP	Lateralidad	No Aplica
Observación			

Medicamentos

Medicamento	HIDROCLOROTIAZIDA TAB. x25mg (TAB)
Posología	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/01/27
Fecha Final	2017/02/15
Duración (Días)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	PRORROGA

Plan de Manejo

ACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA INTERNA DR JUAN MANUEL GOMEZ EL CUAL DA EL AVAL DE REFORMULAR LA MEDICACION:
PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:
PREGABILINA 25 MG VO CADA 8 HORAS (DOSIS MAXIMA)
DULOXETINA 1 TAB DIA
SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 20 DIAS POR ENFERMEDAD LABORAL

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

196

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	10/01/2017	Hora Ingreso:	01:23 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	380897065
Fecha Atención:	10/01/2017	Hora Atención:	01:25 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	10/01/2017	Hora Fin Atención:	01:40 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 6 meses 8 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: sola Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

PARA RENOVAR LA INCAPACIDAD

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HTA CONSULTA DICE QUE MEJORO DE LA CEFALA Y LA HUA YA ESTA CONTROLADA,
RXS: NIEGA
ANTECEDENTES DE TRNASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, POLIMIALGIA REUMATICA HTA OBESIDAD DISLIPIDEMIA
FARMACOLOGICOS LOSARTAN 50X2
TRATAMIENTO DULOXETINA 30 MG DIA PREGABALINA 25-25-25 ACETAMINOFEN CODEINA 1-1-1 LORAZEPAM 1 TAB NOCHE
QXCO: POMEROY APENDICECTOMIA CORECCION DE CELES
G4 P4V3 A0M0 POLIMENORREAS METRORRAGIAS

ESTA EN INCAPACIDAD PERMANENTE POR POLIMIALGIA REUMATICA

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	10/01/2017	Hora Ingreso:	01:23 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	380897065
Fecha Atención:	10/01/2017	Hora Atención:	01:25 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	10/01/2017	Hora Fin Atención:	01:40 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperature	37
Sistole	120	Talla	160
Diástole	70	Peso	91
Frecuencia Respiratoria	17	Indice de Masa Corporal	35.55
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	86.6667		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	PA 98 CM NO MASAS NO MEGALIAS
j. Sistema Genital Femenino	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	SIMETRICAS MOVILES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR DE 3 SEGUNDOS
n. Neurológico	Nombre Variable	Anormal
	Observación	MAS DE 10 PUNTOS DOLOROSOS EN REGIONM ¿CERVICAL COLUMNA LUMBAR Y EXTREMIDADES

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	10/01/2017	Hora Ingreso:	01:23 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	380897065
Fecha Atención:	10/01/2017	Hora Atención:	01:25 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	10/01/2017	Hora Fin Atención:	01:40 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Hipertension esencial (primaria)
Código CIE10	I10X
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	ESTADIO NORMAL
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/01/07
Fecha Final	2017/01/26
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	SE ORDENA PRORROGA DESDE EL DIA 07/01/2017 YA QUE NO HABIA SISTEMA ESE DIA

Plan de Manejo

ACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA INTERNA DR JUAN MANUEL GOMEZ EL CUAL DA EL AVAL DE REFORMULAR LA MEDICACION:
PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:
PREGABILINA 25 MG VO CADA 8 HORAS (DOSIS MAXIMA)
DULOXETINA 1 TAB DIA
SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)
SE DA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 20 DIAS POR ENFERMEDAD LABORAL

Información IPS

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
CF CORPORACION IPS HUILA - LOS ROBLES

N°701010000819561 Fecha3/8/2017 2:07:06 PM

Paciente:	CC 26593111 SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS		
Convenio:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles - Pos Capitacion	Tipo Afiliado:	COTIZANTE
Nivel Salarial:	1 Tipo Plan: POS Contributivo	Teléfono:	3134808010
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles		
Tipo Incapacidad:	Ambulatoria No Quirúrgica N° Inc. Anterior: 5067335 PRORROGA	Edad Gestacional:	0
Fecha Inicial Inc.	08/03/2017 Fecha Final Inc. 27/03/2017	Días Incapacidad:	20

Concepto Incapacidad	Observaciones	Estado Incapacidad
Enfermedad General		SIN LIQUIDAR
Diagnóstico	R522	

Profesional	Diego Edisson Vidarte Quintero
Registro Profesional	79964836
Especialidad Profesional	PROMOCION Y PREVENCION

Impreso por: SALUDCOOPlylbeltranp 3/8/2017 2:14:30 PM

198

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	08/03/2017	Hora Ingreso:	01:18 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	385118895
Fecha Atención:	08/03/2017	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	08/03/2017	Hora Fin Atención:	02:07 PM	Tipo Consulta:	Primera Vez Historia Consulta Externa		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 8 meses 6 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: AMA DE CASA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: Teléfono: 3134808010

Responsable: Teléfono: Parentesco: SOLA

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

"PARA LA INCAPACIDAD"

Enfermedad Actual

PACIENTE CON HTA . SE ENCUENTRA EN INCAPACIDAD PERMANENTE POR POLIMIALGIA REUMATICA. ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACION POR COLICO BILIAR - RENAL. ACUDE PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Sistema Gastrointestinal	Nombre Variable	Dolor abdominal
Sistema Osteoarticular	Nombre Variable	Artralgia
Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere sintomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 . MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	08/03/2017	Hora Ingreso:	01:18 PM	Número Ingreso:	2025462
Fecha Atención:	08/03/2017	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO
Fecha Fin Atención:	08/03/2017	Hora Fin Atención:	02:07 PM	Tipo Consulta:	Primera Vez Historia Consulta Externa
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles			Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva

N° Historia: 385118895

Cód. habilitación IPS: 410010063121

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	72	Temperatura	36.9
Sistole	130	Talla	165
Diástole	70	Peso	95
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	34.89
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	90		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	
b. Ojos	Nombre Variable	Fondo de ojo normal
	Observación	
	Nombre Variable	Normal
	Observación	
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	
	Nombre Variable	Soplo
	Observación	
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	GLOBOSO PANICULO ADIPOSO
GLOBOSO PANICULO ADIPOSO	Nombre Variable	Dolor a la palpación
	Observación	HEMIABDOMEN DERECHO
j. Sistema Genital Femenino	Nombre Variable	Normal
	Observación	NO VALORADO
NO VALORADO		
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable	Normal
	Observación	
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable	Normal
	Observación	
n. Neurológico	Nombre Variable	Normal
	Observación	
o. Osteomuscular	Nombre Variable	Dolor
	Observación	POLIARTICULAR
POLIARTICULAR		
p. Piel y faneras	Nombre Variable	Normal
	Observación	

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	08/03/2017	Hora Ingreso:	01:18 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	385118895
Fecha Atención:	08/03/2017	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	08/03/2017	Hora Fin Atención:	02:07 PM	Tipo Consulta:	Primera Vez Historia Consulta Externa		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

q. Examen mental	Nombre Variable	Normal
	Observación	
r. Aspecto General	Nombre Variable	Normal
	Observación	

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Hipertension esencial (primaria)
Código CIE10	I10X
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Obesidad, no especificada
Código CIE10	E669
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

PACIENTE CON HTA CONTROLADA. SE PRORROGA INCAPACIDAD. PDTE MANEJO DE COLICO BILIAR/RENAL. CONTINUAR CONTROLES Y RECOMENDACIONES DE RCV. CONTROLAR EL PESO Y LA INGESTA DE SAL GRASAS Y BAJO CONSUMO DE POTASIO. ALIMENTACIÓN ADECUADA CAFÉ Y ALCOHOL CON MODERACIÓN AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS VERDURAS Y OTROS ALIMENTOS RICOS EN FIBRA DIETÉTICA. DEBEN EVITARSE EL ESTRÉS LOS DISGUSTOS Y SOBRESALTOS. HAY QUE TOMARSE LAS COSAS CON TRANQUILIDAD YA QUE POR MUY GRANDE QUE SEA EL PROBLEMA MÁS GRAVE SEGURAMENTE SERÁ EL EFECTO QUE UNA PREOCUPACIÓN EXCESIVA CAUSARÁ EN NUESTRO ORGANISMO. EL EJERCICIO FÍSICO LIGERO DEBE SER DINÁMICO Y PROLONGADO SE RECOMIENDAN LA NATACIÓN O CAMINAR A PASO RÁPIDO MEDIA HORA AL MENOS 3 VECES A LA SEMANA. DEBEN RESPETARSE LAS HORAS DE SUEÑO A UN MÍNIMO DE 7-8 HORAS CADA NOCHE. CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR EN EL PECHO DOLOR DE CABEZA INTENSO DESMAYO PÉRDIDA DE LA SENSIBILIDAD O PARÁLISIS DE UNA O PARTE DEL CUERPO TRASTORNOS DEL HABLA VISIÓN DOBLE O PÉRDIDA DE UN MOMENTO A OTRO DE LA VISIÓN ASFIXIA FIEBRE (T°> 39°C) SI SE PONE AMARILLO PRESENTA DIARREA O MUCHO VÓMITO DIFICULTAD PARA RESPIRAR CONVULSIÓN PALIDEZ O FRIALDAD EN TODO EL CUERPO. TOMARSE LOS MEDICAMENTOS SEGÚN SE LO INDIQUE EL MÉDICO TRATANTE.

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/03/08
Fecha Final	2017/03/27
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	

Información IPS

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	08/03/2017	Hora Ingreso:	01:18 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	385118895
Fecha Atención:	08/03/2017	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	08/03/2017	Hora Fin Atención:	02:07 PM	Tipo Consulta:	Primera Vez Historia Consulta Externa		
IPS Primária:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO SA 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Diego E Vidarte

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Diego Edisson Vidarte Quintero	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	79964836	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

200

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	08/03/2017	Hora Ingreso:	01:18 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	385118895
Fecha Atención:	08/03/2017	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	08/03/2017	Hora Fin Atención:	02:07 PM	Tipo Consulta:	Primera Vez Historia Consulta Externa		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010083121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 8 meses 6 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: AMA DE CASA Dirección: CALLE 11 2 27 JUNCAL Téléfono: 3134808010

Acompañante: Teléfono: 3134808010

Responsable: Teléfono: Parentesco: SOLA

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

"PARA LA INCAPACIDAD"

Enfermedad Actual

PACIENTE CON HTA . SE ENCUENTRA EN INCAPACIDAD PERMANENTE POR POLIMIALGIA REUMATICA. ACTUALMENTE EN HOSPITALIZACION POR COLICO BILIAR - RENAL. ACUDE PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD.

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Sistema Gastrointestinal	Nombre Variable	Dolor abdominal
Sistema Osteoarticular	Nombre Variable	Artralgia
Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	4	Partos	4	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	4	Nacidos Muertos	0			Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR	2016/08/21	FUP	1900/01/01	FUC	2016/09/13	Menopausia			
Observaciones	POMEROY										

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	08/03/2017	Hora Ingreso:	01:18 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 385118895
Fecha Atención:	08/03/2017	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO	
Fecha Fin Atención:	08/03/2017	Hora Fin Atención:	02:07 PM	Tipo Consulta:	Primera Vez Historia Consulta Externa	
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS: 410010063121

Examen Físico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	72	Temperatura	36.9
Sistole	130	Talla	165
Diástole	70	Peso	95
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	34.89
Saturación	NO REGISTRO	Glucometría	NO REGISTRO
T.A.M.	90		

Examen Físico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable Observación	Normal
b. Ojos	Nombre Variable Observación	Fondo de ojo normal
	Nombre Variable Observación	Normal
c. Oido	Nombre Variable Observación	Normal
d. Boca	Nombre Variable Observación	Normal
e. Nariz	Nombre Variable Observación	Normal
f. Cuello	Nombre Variable Observación	Normal
g. Torax	Nombre Variable Observación	Normal
h. Cardiovascular	Nombre Variable Observación	Normal
	Nombre Variable Observación	Soplo
i. Abdomen GLOBOSO PANICULO ADIPOSO	Nombre Variable Observación	Anormal GLOBOSO PANICULO ADIPOSO
	Nombre Variable Observación	Dolor a la palpación HEMIABDOMEN DERECHO
j. Sistema Genital Femenino NO VALORADO	Nombre Variable Observación	Normal NO VALORADO
l. Extremidades Superiores	Nombre Variable Observación	Normal
m. Extremidades Inferior	Nombre Variable Observación	Normal
n. Neurológico	Nombre Variable Observación	Normal
o. Osteomuscular POLIARTICULAR	Nombre Variable Observación	Dolor POLIARTICULAR
p. Piel y faneras	Nombre Variable Observación	Normal

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	08/03/2017	Hora Ingreso:	01:18 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	385118895
Fecha Atención:	08/03/2017	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	08/03/2017	Hora Fin Atención:	02:07 PM	Tipo Consulta:	Primera Vez Historia Consulta Externa		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

q. Examen mental	Nombre Variable	Normal
	Observación	
r. Aspecto General	Nombre Variable	Normal
	Observación	

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Otro dolor cronico
Código CIE10	R522
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Hipertension esencial (primaria)
Código CIE10	I10X
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Obesidad, no especificada
Código CIE10	E669
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones	PACIENTE CON HTA CONTROLADA. SE PRORROGA INCAPACIDAD. PDTE MANEJO DE COLICO BILIAR/RENAL CONTINUAR CONTROLES Y RECOMENDACIONES DE RCV. CONTROLAR EL PESO Y LA INGESTA DE SAL GRASAS Y BAJO CONSUMO DE POTASIO. ALIMENTACIÓN ADECUADA CAFÉ Y ALCOHOL CON MODERACIÓN AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS VERDURAS Y OTROS ALIMENTOS RICOS EN FIBRA DIETÉTICA. DEBEN EVITARSE EL ESTRÉS LOS DISGUSTOS Y SOBRESALTOS. HAY QUE TOMARSE LAS COSAS CON TRANQUILIDAD YA QUE POR MUY GRANDE QUE SEA EL PROBLEMA MÁS GRAVE SEGURAMENTE SERÁ EL EFECTO QUE UNA PREOCUPACIÓN EXCESIVA CAUSARÁ EN NUESTRO ORGANISMO. EL EJERCICIO FÍSICO LIGERO DEBE SER DINÁMICO Y PROLONGADO SE RECOMIENDAN LA NATACIÓN O CAMINAR A PASO RÁPIDO MEDIA HORA AL MENOS 3 VECES A LA SEMANA. DEBEN RESPETARSE LAS HORAS DE SUEÑO A UN MÍNIMO DE 7-8 HORAS CADA NOCHE. CONSULTAR POR URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR EN EL PECHO DOLOR DE CABEZA INTENSO DESMAYO PÉRDIDA DE LA SENSIBILIDAD O PARÁLISIS DE UNA O PARTE DEL CUERPO TRASTORNOS DEL HABLA VISIÓN DOBLE O PÉRDIDA DE UN MOMENTO A OTRO DE LA VISIÓN ASFIXIA FIEBRE (T°> 39°C) SI SE PONE AMARILLO PRESENTA DIARREA O MUCHO VÓMITO DIFICULTAD PARA RESPIRAR CONVULSIÓN PÁLIDEZ O FRIALDAD EN TODO EL CUERPO. TOMARSE LOS MEDICAMENTOS SEGÚN SE LO INDIQUE EL MÉDICO TRATANTE.

Incapacidad

Fecha Inicial	2017/03/08
Fecha Final	2017/03/27
Duración (Dias)	20
Tipo	Ambulatoria No Quirúrgica
Concepto	Enfermedad General
Código CIE10	R522
Nombre Diagnóstico	Otro dolor cronico
Observación	

Información IPS

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	08/03/2017	Hora Ingreso:	01:18 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	385118895
Fecha Atención:	08/03/2017	Hora Atención:		Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	08/03/2017	Hora Fin Atención:	02:07 PM	Tipo Consulta:	Primera Vez Historia Consulta Externa		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Diego E Vidarte

Nombre IPS: Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles

Profesional:	Diego Edisson Vidarte Quintero	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	79984836	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

202

FÓRMULA MÉDICA No. [redacted]

CorporaciónIPS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRES DEL PACIENTE: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS

EPS: CAFESALUD

FECHA DE ATENCIÓN: 16 08 16

TIPO DE DOCUMENTO: CC | TI | RC | MSI | CE | PA | ASI

No. DE DOCUMENTO: 26525111

NIVEL: 1 | 2 | 3

TIPO DE PLAN: POS CONTRIBUTIVO

FECHA DE ENTREGA: AA | MM | DD

RECETARIO

MEDICAMENTOS	CANTIDAD	POSOLOGÍA
Acetaminofen + Codeina 325 mgr + 30 mgrs	270	Tomar 1 tableta vía Oral cada 8 horas x 90 días.

Abel Ariza A. Médico General R.M. 3668-10

Gabriel A. Castro Quintero Medicina Familiar y Comunitaria Universidad de La Sabana R.M. 1961/09

NOMBRE DEL MÉDICO: CC 8689267

NO. DE REGISTRO MÉDICO

SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN MEDICA PARA MEDICAMENTO NO POS

ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO EN FORMA COMPLETA, UNICAMENTE POR PARTE DEL MEDICO ESPECIALISTA TRATANTE. DEBE ANEXAR LA FORMULA MEDICA ORIGINAL, Y RESUMEN DE HISTORIA CLINICA. EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS ASPECTOS NO PERMITIRA EL ESTUDIO DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO.

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: DIA___16_____ MES: ____08_____AÑO:_____2016_____

REGIONAL: _____ ___Huila_____

IDENTIFICACION REGIMEN: CONTRIBUTIVO: ____X___ SUBSIDIADO: _____ EPS del Usuario: _CAFESALUD___

I. **ENCABEZADO:**

NOMBRE DEL USUARIO___SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS___ EDAD___44__ AÑOS___

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No._26593111_____ CC__X_ TI___ RC___ CE___

DIRECCION EL JUNCAL_____ MUNICIPIO__PALERMO____ TELEFONO__3134808010____

NOMBRE MEDICO TRATANTE_____ABEL ALBERTO ARIZA AHUMADA_____

REGISTRO MEDICO_ 3669-2010____ ESPECIALIDAD__ Medicina general TELEFONO____

Pertenece a la red de la EPS: SI X NO _____

La fórmula cumple con lo dispuesto en el Decreto 2200 de 2005: SI: __ X__ NO: _____

II. **DIAGNOSTICO**

DIAGNOSTICO QUE MOTIVA ESTA SOLICITUD (NOMBRE Y CODIGO CIE-10):_

- polimialgia reumatica M353

1. **DESCRIBA EN FORMA RESUMIDA LA HISTORIA CLINICA:**

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA FAMILIAR DR GABRIEL CASTRO EL CUAL DA E SIGUIENTE CONCEPTO:

PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:

PREGABILINA 150 MG VO CADA 12 HORAS (DOSIS MAXIMA)

DULOXETINA 1 TAB DIA

SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)

LORAZEPAM TAB X 1 MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA NOCHE

SE DEBE REALIZAR VALORACION MULTIDISCIPLINARIA CON CLINICA DEL DOLOR REUMATOLOGIA Y PSIQUIATRIA

2. ALTERNATIVAS POS PREVIAMENTE UTILIZADAS

PRIMERA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS UTILIZADA PARA LA PATOLOGÍA EN MENCION

PRINCIPIO ACTIVO: Acetaminofén

TIEMPO DE UTILIZACIÓN 3 años

RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA__X__ REACCIONES ADVERSAS_____INTOLERANCIA_____

NO EXISTE ALTERNATIVA EN EL POS_____

SEGUNDA POSIBILIDAD TERAPEUTICA POS UTILIZADA PARA LA PATOLOGÍA EN MENCION

PRINCIPIO ACTIVO ___Tramadol_

TIEMPO DE UTILIZACIÓN _____3 años _____

RESPUESTA CLINICA OBSERVADA: NO MEJORIA__X___ REACCIONES ADVERSAS_____INTOLERANCIA_____

3. MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO

AMBULATORIO __X__ HOSPITALARIO _____ MIXTO _____ URGENTE_____

PRINCIPIO ACTIVO: __ACETAMINOFEN + CODEINA____
CONCENTRACIÓN: _____325/30mg___

NO. REGISTRO INVIMA

FORMA FARMACEUTICA: Tabletas

CANTIDAD REQUERIDA DIARIA: 03(TRES)

NUMERO DE DIAS DE TRATAMIENTO ORDENADO 90 (NOVENTA)

EFECTO TERAPÉUTICO DESEADO __Control del dolor

TIEMPO DE RESPUESTA MÁXIMA ESPERADA _Indefinido_

EFECTOS ADVERSOS Y POSIBLES RIESGOS POR EL USO DEL MEDICAMENTO NO POS:

__Náuseas, Hipersensibilidad ___

MEDICAMENTO INCLUIDO EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL MISMO GRUPO TERAPÉUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE AL MEDICAMENTO NO POS SOLICITADO.

GRUPO TERAPÉUTICO: ____analgesicos_____

PRINCIPIO ACTIVO: _____ CONCENTRACIÓN: _____

FORMA FARMACEUTICA: ___Tabletas_____ NUMERO DE DIAS/TRATAMIENTO:_____

DOSIS EQUIVALENTE (AL MEDICAMENTO NO POS): _____

4. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA PRESENTE SOLICITUD:

1. EXISTE RIESGO **INMINENTE** PARA LA VIDA Y LA SALUD DEL PACIENTE: SI__x__NO____
SI EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y SALUD DEL PACIENTE POR FAVOR JUSTIFÍQUELO:
DOLOR INCONTROLABLE CON DISCAPACIDAD FUNCIONAL.

_____

2. SE HAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EXISTENTES EN EL POS: SI__X__ NO____

3. _____

3. ESTA AUTORIZADA POR EL **INVIMA** LA COMERCIALIZACION Y EXPENDIO EN COLOMBIA PARA ESTE DIAGNOSTICO: SI__X__ NO____ NO SABE _____

EL COMITE VERIFICARA SI COINCIDE LA PRESCRIPCION CON LAS INDICACIONES TERAPEUTICAS APROBADAS POR EL INVIMA EN EL REGISTRO SANITARIO, NO APROBARA TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES NI MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA TRATAMIENTOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL POS. (RESOL. 2933 ART. 6, PARAGRAFO)

FIRMA Y NO. CEDULA DEL MEDICO TRATANTE ec 8647267

No. REGISTRO MEDICO

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 1859-10

SI SE REQUIERE INFORMACIÓN O DOCUMENTACIÓN ADICIONAL, EL COMITÉ LA SOLICITARÁ AL MÉDICO TRATANTE QUIEN DEBE SUMINISTRARLA DENTRO DE LOS **DOS (2)** DÍAS SIGUIENTES. RESOL. 2933 ART. 7, LITERAL C.

Gabriel R. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M.1861/09

204

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/08/2016	Hora Ingreso:	01:34 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia:	368720441
Fecha Atención:	16/08/2016	Hora Atención:	02:24 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/08/2016	Hora Fin Atención:	03:31 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles					Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Datos Paciente

Nombre: SANTA LEONOR MARTINEZ ARIAS Tipo Identificación: Cedula Ciudadania N° Identificación: 26593111

Tipo Afiliado: COTIZANTE Estado Civil: SOLTERO Fecha Nacimiento: 01/07/1972 Edad: 44 años 1 meses 14 dias

Sexo: FEMENINO Ocupación: EMPLEADO A Dirección: CALLE 2 1-20 Télefono: 3134808010

Acompañante: SOLA Teléfono:

Responsable: Teléfono: Parentesco:

Finalidad: NO APLICA Causa Externa: OTRA

Grupo Poblacional: Pertenencia Étnica:

Anamnesis

Motivo de Consulta

CONTROL DE RCV

Enfermedad Actual

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD INGRESA PARA CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA ULTMO CONTROL EL 16/05/2016 NO TRAE EXAMENES MEDICOS, REFIERE CEFALEA PERISTENTE, NIEGA DOLOR TORACICO NO DISNEA NO EDEMAS, PACIENTE QUE ESTA EN TTO CON ENALAPRIL 20X2 Y ASA 100 MG DIA , ESTA EN MANEJO POR CLINICA DEL DOLOR, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, ESTA EN TTO CON DULOXETINA 1 TAB DIA, PREGABALINA 75 MG VO C/8 HORAS, ACIDO VALPROICO 1-1-1, NIEGA MAS SINTOMAS.
ESTUVO HOSPITALIZADA 9 DIAS DESDE 17/07/16 HASTA EL 26/07/17 POR NEUMONIA BASAL DERECHA.

SE ANEXA LA HISTORIA CLINICA TEST DE MORISKY-GREEN-LEVINE:
1. CUANDO SE SIENTE BIEN DEJA DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS ? NO
2. CUANDO SE SIENTE MAL DEJA DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS ? NO
3. TOMA LOS MEDICAMENTOS EN LA HORA ASIGNADA? SI
4. SE LE OLVIDA ALGUNAS VECES TOMARSE LOS MEDICAMENTOS DE CONTROL ? NO
ULTIMA CITA CON MEDICO INTERNISTA O FAMILIAR: HACE UN AÑO
ULTIMA VALORACION POR OFTALMOLOGIA: HACE TRES AÑOS
FECHA ULTIMA CCV: HACE DOS AÑOS
FECHA ULTIMA MAMOGRAFIA: HACE CINCO AÑOS

Referencia y Contrareferencia

Revisión por Sistemas

Otros Sistemas	Nombre Variable	El paciente no refiere síntomas en ningún otro sistema

Antecedentes Ginecoobstétricos

Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR		FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											
Menarquia				Ciclos				Duración			
Gestaciones	0	Partos	0	Gemelares	0	Ectópicos	0	Molas	0	Abortos	0
Muertes Fetales	0	Nacidos Vivos	0		Nacidos Muertos		0	Nacidos Prematuros	0		
Cesáreas	0	FUR		FUP	1900/01/01	FUC		Menopausia			
Observaciones											

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/08/2016	Hora Ingreso:	01:34 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 368720441	
Fecha Atención:	16/08/2016	Hora Atención:	02:24 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/08/2016	Hora Fin Atención:	03:31 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municpio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Riesgo NO APLICA

VIVEN: 0 MUERTOS EN 1A SEM: 0 MUERTOS DESPUES DE LA 1A SEM: 0

ALGUN NAC > 400 G: NO ALGUN GEMELAR: NO ALGUN ABORTO ESPONTANEO: NO

Método Hormonal

Método Hormonal

Examen Fisico - Signos Vitales

Frecuencia Cardiaca	77	Temperatura	37
Sistole	120	Talla	160
Diástole	70	Peso	97
Frecuencia Respiratoria	18	Indice de Masa Corporal	37.89
Saturación	NO REGISTRO	Glucometria	NO REGISTRO
T.A.M.	86.6667		

Examen Fisico

Parte del Cuerpo		
a. Cabeza y Cráneo	Nombre Variable	Normal
	Observación	NORMOCEFALO
b. Ojos	Nombre Variable	Normal
	Observación	ESCLERAS ANICTERICAS
c. Oido	Nombre Variable	Normal
	Observación	
d. Boca	Nombre Variable	Normal
	Observación	MUCOSA ORAL HUMEDA
e. Nariz	Nombre Variable	Normal
	Observación	
f. Cuello	Nombre Variable	Normal
	Observación	MOVIL SIMETRICO SIN ADENOPATIAS
g. Torax	Nombre Variable	Normal
	Observación	PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS
h. Cardiovascular	Nombre Variable	Normal
	Observación	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS
i. Abdomen	Nombre Variable	Anormal
	Observación	PA 100 CM NO MASAS NO MEGALIAS

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Hipertension esencial (primaria)
Código CIE10	I10X
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	ESTADIO I
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Polimialgia reumatica
Código CIE10	M353
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO NUEVO
Observación	

205

HISTORIA CLINICA

Fecha Ingreso:	16/08/2016	Hora Ingreso:	01:34 PM	Número Ingreso:	2025462	N° Historia: 368720441	
Fecha Atención:	16/08/2016	Hora Atención:	02:24 PM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
Fecha Fin Atención:	16/08/2016	Hora Fin Atención:	03:31 PM	Tipo Consulta:	Evolucion Historia Clinica Plan VIP		
IPS Primaria:	CF Corporacion IPS Huila - Los Robles				Dirección IPS:	CALLE 17A NUMERO 5A 41	
Nit IPS Primaria:	813012546	Teléfono IPS:	8759139	Municipio IPS:	Neiva	Cód. habilitación IPS:	410010063121

DIAGNOSTICO SECUNDARIO	Trastorno afectivo bipolar, no especificado
Código CIE10	F319
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO REPETIDO
Observación	

Recomendaciones

CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y AZUCAR
BAJAR EL CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAPA, YUCA, PLATANO, AREPA, PAN, PASTAS, GALLETAS), MAXIMO UNA HARINA POR CADA COMIDA. NO COMER HARINAS O GRASAS DESPUES DE LAS 7 PM.
TOMAR MEDICACION COMO SE ORDENA. SE RECALCA LA IMPORTANCIA DE BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASISTIR A CONTROLES DE PyP CADA DOS MESES
HACER EJERCICIO DE 30 MINUTOS AL DIA DURANTE CINCO DIAS A LA SEMANA (NADAR, CAMINATA RAPIDA, TROTAR, MONTAR EN BICICLETA) TENIENDO 10 MINUTOS PREVIOS DE CALENTAMIENTO
TOMARSE LOS EXAMENES A TIEMPO PARA LLEVARLOS AL CONTROL CON MEDICO
*SIGNOS DE ALARMA: CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA DOLOR DE CABEZA INTENSO, DOLOR EN EL PECHO TIPO PRESION CON SENSACION DE MUERTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DESMAYOS, SENTIR PESADA Y DORMIDA MEDIA CARA O MEDIO CUERPO

Medicamentos

Medicamento	LORAZEPAM TAB. x1mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 24 Horas durante 30 dia(s) EN LAS NOCHES
Observaciones	
Medicamento	ENALAPRIL MALEATO TAB. x20mg (TAB)
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 12 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	
Medicamento	ESOMEPRAZOL MAGNESICO x20mg TAB. CON O SIN RECUBR. O CAPSULA (TAB)/(CAP).
Posologia	Tomar 1 TABLETA(s) cada 12 Horas durante 30 dia(s)
Observaciones	

Plan de Manejo

PACIENTE FEMENINA DE 44 AÑOS DE EDAD CON DX DE HTA EN ESTADIO NORMAL CON BUEN CONTROL TENSIONAL + ANTECEDENTES DE TRASTORNO BIPOLAR + FIBROMIALGIA AHORA CON DOLOR INTENSO CON 18 PUNTOS DOLOROSOS FLORIDOS, ESTA EN MANEJO CON CLINICA DEL DOLOR CON PREGABALINA 75 MG VO CADA 8 HORAS, DULOXETINA 1 TABLETA VIA ORAL DIA, ACETAMINOFEN 1 GR VO CADA 8 HORAS, SE COMENTA EL CASO A MEDICINA FAMILIAR DR GABRIEL CASTRO EL CUAL DA E SIGUIENTE CONCEPTO:

PACIENTE CON EXACERBACION DE LA FIBROMIALGIA POR 18 PUNTOS DOLOROSOS EXQUISITOS, ESTA ADEMAS CON SINTOMAS DEPRESIVOS HIPOLALICA, LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL, CON IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADA SIN IDEACION SUICIDA, SE ORDENA AJUSTES EN SU TERAPIA MEDICA ASI:
PREGABILINA 150 MG VO CADA 12 HORAS (DOSIS MAXIMA)
DULOXETINA 1 TAB DIA
SE ORDENA REINICIAR ACETAMINOFEN CODEINA A DOSIS DE 325/30 mg 1 TABLETA VIA ORAL CADA 8 HORAS (90)
LORAZEPAM TAB X 1 MG 1 TABLETA VIA ORAL CADA NOCHE
SE DEBE REALIZAR VALORACION MULTIDISCIPLINARIA CON CLIN

Información IPS

		Nombre IPS:	Convenio CF Corporacion IPS Huila - Los Robles
Profesional:	Abel Alberto Ariza Ahumada	Especialidad Profesional:	PROMOCION Y PREVENCION
Registro Médico:	8649267	Identificación Profesional:	
Telefono de contacto:			

Abel Ariza A.
Médico General
R.M. 3889-10

Gabriel R. Castro Quintero
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
Universidad de La Sabana
R.M. 1961/09

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva

SECRETARIA DEL JUZGADO.- Neiva 11 de marzo de 2020, El día hábil inmediatamente anterior, a las cinco de la tarde, venció el término de diez (10) días con que contaba la demandada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA SA, quien se notifica en forma personal a través de apoderado judicial. Dentro del término legal contesta demanda y propone excepciones. Pasan las diligencias al despacho del señor Juez para lo de su conocimiento y fines pertinentes.

LILIANA HERNANDEZ SALAS
Secretaria.