

Señor.

JUEZ LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR - CESAR (REPARTO)

Ciudad

Ref. Proceso Ordinario Laboral de Primera Instancia promovido por AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., contra la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar y contra el Señor EDWIN YECID LEA MONTES.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., obrando como apoderado especial de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad legalmente constituida como consta en el certificado de existencia y representación legal que se adjunta, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, en la carrera 7 No. 24-89 – Torre Colpatría – Piso 4, de manera respetuosa procedo a formular demanda ordinario laboral de primera instancia, contra la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR**, como organismo del Sistema de la Seguridad Social, del orden nacional, de creación legal, con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro, representada legalmente por el Director Administrativo y Financiero o quien haga sus veces al momento de la notificación de la demanda, domiciliada en la Calle 13 A No. 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar) contra el señor **EDWIN YECID LEA MONTES**, mayor de edad y vecino de Valledupar, identificado con la cédula de ciudadanía No. 77.190.268 de Valledupar, domiciliado en la Manzana 73 casa 11 Garupal Tercera Etapa en la ciudad de Valledupar, el cual se pedirá sea convocado como parte pasiva de la acción y/o como litisconsorte necesario, todo lo anterior, con el fin de que se acceda a las solicitudes realizadas en el acápite de pretensiones de esta demanda, la cual fundo teniendo en cuenta los siguientes,

HECHOS

HECHOS RELACIONADOS CON LA LEGITIMACIÓN DE LA DEMANDA REPRESENTADA

1. El 03 de mayo del año 2016 el señor EDWIN YECID LEA MONTES diligenció el formulario de solicitud No. 673944 para obtener un seguro de vida con la compañía AXA COLPATRIA SEGUROS VIDA S.A.
2. El 05 de mayo de 2016 AXA COLPATRIA expidió el contrato de seguro de vida INDIVIDUAL No. 2033997, tomada por el Señor LEA MONTES, con las coberturas de Básica de Vida, Exoneración pago primas, Invalidez, Exequias, Ahorro, Cobertura adicional muerte, Viajes, cada uno de estos amparos con el alcance estipulado en las definiciones dentro del mismo contrato de seguro.
3. Entonces, es mi representada una de aquellas personas que según el artículo 1352 de 2013 que está legitimada para demandar por pérdida de capacidad laboral, particularmente, aquella que su incapacidad sea permanente. LEA MONTES, por ser aquella la aseguradora.

HECHOS RELACIONADOS CON EL DICTAMEN CALIFICATORIO Y SUS PRETENSIONES

4. La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá, D.C. en audiencia del 11 de mayo de 2017, No. 6669 dictaminó al señor Lea una supuesta incapacidad laboral equivalente al 65.20% de origen común y fecha de inicio de la incapacidad el 28 de septiembre de 2016, en atención a las patologías denominadas como trastorno depresivo clase II, deficiencia de la columna cervical, trastornos del hígado y deficiencia por hipertensión arterial.
5. En el contenido del dictamen No. 6669 se evidencian las siguientes falencias:

EN LA CAUSA DE MI DEMANDA

LEA MONTES diligenció el formulario de vida individual con la compañía AXA COLPATRIA).

AXA COLPATRIA expidió el contrato de SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL con las coberturas de Básica de Vida, Exoneración pago primas, Invalidez, Exequias, Ahorro, Cobertura adicional muerte, Viajes, cada uno de estos amparos con el alcance estipulado en las definiciones dentro del mismo contrato de seguro.

Es una de aquellas personas previstas en el decreto 1352 de 2013 que está legitimada para demandar por pérdida de capacidad laboral, particularmente, aquella que su incapacidad sea permanente. LEA MONTES, por ser aquella la aseguradora.

EN LA CAUSA DE MI DEMANDA

En el contenido del dictamen No. 6669 se evidencian las siguientes falencias:

- a. Las Deficiencia con mayor % asignado por la Junta del Cesar es por la Depresión, Lo cual incumple el criterio exigido para su calificación en el capítulo 13, Numeral 13.3.3.2, como lo es la verificación de que se haya alcanzado la mejoría médica máxima un año después de iniciado el tratamiento ya que en la historia clínica solo se evidencia el diagnóstico 6,5 meses, por lo tanto no hay deficiencia establecida y No se debe calificar.
- b. De acuerdo con los criterios del capítulo 2 y la Tabla 6.2, al no existir evidencia de daño órgano blanco; corazón, cerebro o riñón, No se puede establecer un factor principal que determine deficiencia por enfermedad Hipertensiva. Por lo tanto la Deficiencia es cero (0 %) Las deficiencias por STC bilateral están subvaloradas teniendo en cuenta que la última EMG de 2015 reporta alteración sensitiva y motora, con la aplicación de los criterios de las Tablas 12,13 y 12.14 sube a 10 % cada mano.
- c. La calificación de la Deficiencia por patología de columna cervical está sobrevalorada, al no tener documentada en la historia clínica aportada de radiculopatía.
- d. La calificación de la Deficiencia por patología de columna lumbar es adecuada con 20,0 por los hallazgos descritos en la Resonancia Magnética y al encontrar evidencia en la Electromiografía de radiculopatía L5 derecha.
- e. La Autosuficiencia es 1,5 %, ya que tiene adecuado aseguramiento.
- f. El Rol laboral de acuerdo con las patologías calificadas y su estado general se califica 10,0 %.

En este orden de ideas, el dictamen rendido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, no cumple con los requerimientos establecidos en las normas correspondientes, como son la Ley 100 de 1993, los Decretos 917 de 1999, 1295 de 1994, 1352 de 2013 y 1507 de 2014.

6. Al tener en cuenta los argumentos técnicos efectuada, la Pérdida de capacidad laboral para el ser de un 29,6 %, sin que de ninguna manera exceda

7. A través de escrito presentado el día 15 de mayo de 2017, el señor EDWIN YECID LEA MONTES solicitó a AXA COLPATRIA SEGUROS de Vida la indemnización del amparo contratado mediante póliza No. 2033997.

8. Con el fin de dar respuesta a la solicitud formulada, se contrató los servicios de la firma "ANÁLISIS E INVESTIGACION GENERALES ASIG LTC" para la verificación de los hechos que pretendían probar el supuesto siniestro, concluyéndose mediante informe de fecha 06 de mayo de 2017, lo siguiente:

*"(...) - Revisadas sus historias clínicas y registros médicos en general, se establece que el Sr. **EDWIN YECID LEA MONTES** desde Enero 10/04, registra Dx. amigdalitis aguda, hipertensión arterial, dislipidemia mixta, posteriormente diabetes mellitus tipo 2, amigdalitis crónica, papilomavirus, amigdalitis aguda, cálculo de vías urinarias, antecedentes de sobrepeso, para Julio 2008, infección ano genital por virus de herpes, incapacitado. Ya en Septiembre del 2016 registra Dx. neuropatía periférica, patológica L2 y radiculopatía, discopatía cervical, presenta incapacidades.*

*- En los registros de historias clínicas y registros médicos constata que el asegurado señor **EDWIN YECID LEA MONTES** no ha tenido incapacidades anteriores a Septiembre de 2017, lo siguiente:*

descritos en la calificación de la pérdida de capacidad laboral. El señor Yecid Lea Montes debe

7, el señor EDWIN YECID LEA MONTES solicitó a AXA COLPATRIA SEGUROS de Vida S.A., hacer efectiva la indemnización del amparo contratado mediante póliza Vida Individual No. 2033997.

el señor Lea, la compañía ANÁLISIS E INVESTIGACION GENERALES ASIG LTC realizó investigación y verificación de los hechos que pretendían probar un supuesto siniestro, concluyéndose mediante informe de fecha 06 de mayo de 2017, lo siguiente:

*anotaciones médicas de **EDWIN YECID LEA MONTES** desde Enero 10/04, registra Dx. amigdalitis aguda, hipertensión arterial, dislipidemia mixta, posteriormente diabetes mellitus tipo 2, amigdalitis crónica, papilomavirus, amigdalitis aguda, cálculo de vías urinarias, antecedentes de sobrepeso, para Julio 2008, infección ano genital por virus de herpes, incapacitado. Ya en Septiembre del 2016 registra Dx. neuropatía periférica, patológica L2 y radiculopatía, discopatía cervical, presenta incapacidades.*

*las y obtenidas, se constata que el asegurado señor **EDWIN YECID LEA MONTES** no ha tenido incapacidades anteriores a Septiembre de 2017, lo siguiente:*

- Igualmente se establece que el mencionado señor, permanece activo, según nos informan se encuentra litigando, ejerciendo su profesión de abogado.

- En el Régimen de Seguridad Social aparece vinculado el señor **EDWIN YECID LEA MONTES**, desde el 12 de Agosto del 2000 a la EPS COOMEVA, en la ciudad de Valledupar.

- En los Organismos de Seguridad el Señor **EDWIN YECID LEA MONTES** no registra antecedentes penales.

- El señor **EDWIN LEA MONTES**, reside actualmente junto a sus padres en la Manzana E Casa 1 del Conjunto Residencial Rosario Norte Etapa I de la ciudad de Valledupar Cesar (...)"

9. En ese orden de cosas, no se procedió a efectuar el reconocimiento de la indemnización del amparo contratado entre el señor Edwin Yecid Lea Montes y mi representada mediante la póliza Vida Individual No. 2033997, en razón a que la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR estableció que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del señor LEA MONTES era del 65.20% de manera errada, pues lo hizo sin suficientes fundamentos, tales como exámenes paraclínicos, y sin respetar los criterios consagrados en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional contenido en el decreto 1507 de 2014, por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional.

10. Es evidente el error incurrido en la calificación de pérdida de capacidad laboral que es objeto de la demanda, al arrojar un porcentaje equivalente al 65.20%.

11. La pérdida de capacidad laboral del señor Lea Montes, con base en su estado y su historial, aplicando las reglas establecidas en el decreto 1507 de 2014, carece de validez, toda vez que si se observa y acata de manera rigurosa, los criterios previstos en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional contenido en el decreto precitado, no existe duda de que este porcentaje de pérdida de

capacidad laboral NO puede ser del 65.20% como la regional demandada.

PRETENSIONES

Respetuosamente solicito se hagan las siguientes condenas:

1. Que en la sentencia se deje sin efecto, se valore al dictamen No. 6669 del 11 de marzo de 2014, emitido por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, por haber pretermitido la aplicación de las reglas consuetudinarias de la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral del Decreto 1507 de 2014, y por eso equivocadamente se le otorgó la pérdida de capacidad laboral del señor YECID LEA MONTES supuestamente es del 65.20%, luego es muy importante que el dictamen que se produzca en este proceso se realice en las audiencias realizadas en el acápite de pruebas), sujeto a lo que disponga el señor juez.
2. Consecuencialmente, solicito que se tenga en cuenta la pérdida de capacidad laboral del señor YECID LEA MONTES en el dictamen que ha de proferir la junta regional de calificación de invalidez, la junta nacional de calificación de invalidez, en este proceso, teniendo en cuenta la solicitud que se hizo en el acápite de pruebas de esta demanda, en el artículo 4 del decreto 1352 de 2013.
3. Subsidiariamente solicito, en el evento de que no sea así, que el señor juez, sea tomado como una mera prueba de la existencia de la enfermedad con el numeral 3 del artículo 1 del decreto 1352 de 2013, que establece que determine la junta regional de calificación de invalidez, el despacho y/o la junta nacional de calificación de invalidez que quede en firme, teniendo en cuenta lo que disponga el señor juez.

Por lo tanto, lo determinó la junta

de calificación de invalidez y

invalidez o se le quite todo el valor, proferido por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ**, por cuanto ésta no es el Manual Único para la Calificación de la Capacidad Laboral contenido en el Manual Único, por lo tanto determinó que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del señor YECID LEA MONTES sea el que corresponde como lo ha de determinar la junta de calificación de invalidez de acuerdo con las solicitudes de pruebas.

Por lo tanto, lo determinó la junta de calificación definitiva de la capacidad laboral del señor YECID LEA MONTES el resultado del dictamen de calificación de invalidez y/o la junta nacional de calificación de invalidez ha de practicar en este proceso lo que se está realizando en el presente en el párrafo 3 del artículo 1 del decreto 1352 de 2013.

Por lo tanto, lo determinó la junta de calificación de invalidez en el evento de que no sea así, que el señor juez, sea tomado como una mera prueba de la existencia de la enfermedad con el numeral 3 del artículo 1 del decreto 1352 de 2013, que establece que determine la junta regional de calificación de invalidez, el despacho y/o la junta nacional de calificación de invalidez que quede en firme, teniendo en cuenta lo que disponga el señor juez.

está realizando en el acápite de pruebas de esta demanda, con base en el párrafo 3 del artículo 4 del precitado decreto.

4. Que se condene a la parte demandada al pago de las costas y agencias en derecho que se causen en virtud del presente proceso.

RAZONES Y FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. PROCEDENCIA DE LA DEMANDA:

La procedencia de la presente demanda se encuentra consagrada en el párrafo 2 del artículo 4 del decreto 1352 de 2013, así como en el artículo 44 de la misma norma, los cuales establecen, respectivamente, que:

“Artículo 4 – Párrafo 3: Cuando un dictamen de la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, sea demandado ante la Justicia Laboral Ordinaria se demandará a la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez como organismo del Sistema de la Seguridad Social del orden nacional, de creación legal, con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro, y al correspondiente dictamen.

(...)

Artículo 44: Las controversias que se susciten en relación con los dictámenes emitidos en firme por las Juntas de Calificación de Invalidez, serán dirimidas por la Justicia Laboral Ordinaria de conformidad con lo previsto en el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, mediante demanda promovida contra el dictamen de la junta correspondiente. Para efectos del proceso judicial, el Director Administrativo y Financiero representará a la junta como entidad privada del Régimen de Seguridad Social Integral, con personería jurídica, y autonomía técnica y científica en los dictámenes”.

No sobra mencionar que el término para interponer la demanda contra el dictamen proferido por la junta regional o nacional de calificación de invalidez es el consagrado en el artículo 151 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, es decir, de tres años. Sobre este tema, el Ministerio de Salud y Protección Social indicó, en concepto 178086 del 9 de septiembre de 2013 que:

"De acuerdo con lo expuesto de tener en cuenta las acciones en contra del dictamen emitido por la Junta de Invalidez en el caso mencionado, solo se debe acudir a la vía laboral ordinaria.

En lo que respecta a la prescripción, es aplicable el artículo 151 del Código Procesal del Trabajo el que cita: Las acciones prescribirán en tres años, que se contarán desde la fecha en que el hecho sea exigible".

Por otra parte, es claro que AXA COLPATRIA está en la presente demanda, teniendo en cuenta el vínculo laboral existente entre el Señor LEA MONTES y la Compañía, materializado en la póliza de seguro de vida No. 2033997 tomada por el, la cual, ampara también la incapacidad permanente que se pudiera llegar a causar que, en este caso, no está determinada.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el artículo 2 de la Ley 1352 de 2013, por el cual se reorganiza la organización y funcionamiento de la Junta de Invalidez, y se dictan otras disposiciones, consagra lo siguiente:

"Para efectos del presente decreto, se consideran como personas interesadas en la tramitación del dictamen y de obligatoria notificación como mínimo las siguientes:

- 1. La persona objeto de dictamen o beneficiario en caso de muerte.
- 2. La Entidad Promotora de Salud.
- 3. La Administradora de Riegos Laborales.
- 4. La Administradora del Fondo de Prima Media.

Por su parte, el artículo 28 de la misma norma indica lo siguiente:

"La solicitud ante la junta podrá ser presentada por el interesado o por el representante legal de la entidad promotora de salud."

(...) 2. Compañías de Seguros que asuman la responsabilidad de invalidez y muerte.

En el caso de la presente, el peticionario de impetrar la expedición de un dictamen de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez ante la jurisdicción competente.

El artículo 151 del Código Procesal del Trabajo establece que las acciones prescribirán en tres años, que se contarán desde la fecha en que el hecho sea exigible".

En la causa para interponer la presente demanda, teniendo en cuenta el vínculo laboral existente entre el Señor LEA MONTES y la Compañía, materializado en la póliza de seguro de vida No. 2033997 tomada por el, la cual, ampara también la incapacidad permanente que se pudiera llegar a causar que, en este caso, no está determinada.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el artículo 2 de la Ley 1352 de 2013, por el cual se reorganiza la organización y funcionamiento de la Junta de Invalidez, y se dictan otras disposiciones, consagra lo siguiente:

"Para efectos del presente decreto, se consideran como personas interesadas en la tramitación del dictamen y de obligatoria notificación como mínimo las siguientes:

- 1. La persona objeto de dictamen o beneficiario en caso de muerte.
- 2. La Entidad Promotora de Salud.
- 3. La Administradora de Riegos Laborales.
- 4. La Administradora del Fondo de Prima Media.

Por su parte, el artículo 28 de la misma norma indica lo siguiente:

"La solicitud ante la junta podrá ser presentada por el interesado o por el representante legal de la entidad promotora de salud."

(...) 2. Compañías de Seguros que asuman la responsabilidad de invalidez y muerte.

(...) 5. Las compañías de Seguros en general (subraye y negrilla fuera del texto original)".

En efecto, el decreto 1352 de 2013 consagró que las compañías de seguro son personas jurídicas que tienen interés en el dictamen que emite una junta regional o nacional de calificación de invalidez, como es el caso de AXA COLPATRIA SEGUROS VIDA S.A. dado el vínculo jurídico que contrajo el Señor LEA MONTES el cual puede evidenciarse en la carátula de la póliza de seguro de vida que se anexa al texto de esta demanda. Precisamente por esta razón, esta compañía tiene la facultad de demandar a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar ante la jurisdicción ordinaria laboral, de conformidad con los artículos 2, 28, 4 y 44 de dicho decreto.

Ahora bien, la razón de la interposición de esta demanda se basa en que la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR estableció que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES era del 65.20% de manera errada, pues lo hizo sin suficientes fundamentos, tales como exámenes paraclínicos, y sin respetar los criterios consagrados en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional contenido en el decreto 1507 de 2014, por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Lo anterior, teniendo en cuenta las razones que se explicarán a continuación:

- a. Las Deficiencia con mayor % asignado por la Junta del Cesar es por la Depresión, Lo cual incumple el criterio exigido para su calificación en el capítulo 13, Numeral 13.3.3.2, como lo es la verificación de que se haya alcanzado la mejoría médica máxima un año después de iniciado el tratamiento ya que en la historia clínica solo se evidencia el diagnóstico 6,5 meses, por lo tanto no hay deficiencia establecida y No se debe calificar.
- b. De acuerdo con los criterios del capítulo 2 y la Tabla 6.2, al no existir evidencia de daño órgano blanco; corazón, cerebro o riñón, No se puede establecer un factor principal que determine deficiencia por enfermedad Hipertensiva. Por lo tanto la Deficiencia es cero (0 %) Las deficiencias por STC bilateral están subvaloradas teniendo en cuenta que la última EMG de 2015 reporta alteración sensitiva y motora, con la aplicación de los criterios de las Tablas 12,13 y 12.14 sube a 10 % cada mano.

- | | |
|--|--|
| c. La calificación de la Deficiencia por patología de columna cervical está sobrevalorada, al no tener documentada historia clínica aportada de radiculopatía. | |
| d. La calificación de la Deficiencia por patología de columna lumbar es adecuada con 20,0 por los hallazgos descritos en la resonancia Magnética y al encontrar evidencia en la Electromiografía de radiculopatía. | |
| e. La Autosuficiencia es 1,5 %, ya que tiene ad equo el diagnóstico de radiculopatía. | |
| f. El Rol laboral de acuerdo con las patologías encontradas y su estado general se califica 10,0 %. | |

5. **SOBRE LA PETICIÓN SUBSIDIARIA:**

El numeral 3 del artículo 1 del decreto 1352 de 2013:

"3. De conformidad con las personas que no reúnan los requisitos de capacidad laboral para reclamar la pérdida de capacidad laboral, deben presentar prueba en procesos judiciales o administrativos, indicando puntualmente la fin jurídica e indicar puntualmente la fin jurídica, en igual forma cuáles son las demás personas que no reúnan los requisitos para actuar en las Juntas Regionales de Calificación de la capacidad laboral, contra dichos conceptos no procederá la calificación de la capacidad laboral."

- a) *Personas que requieren la calificación de la capacidad laboral en este numeral;*
- b) *Entidades bancarias o compañías de seguros;*
- c) *Personas con derechos laborales contemplados en la Ley 4*

lo siguiente:

Personas que no reúnan los requisitos para actuar en las Juntas Regionales de Calificación de la capacidad laboral, deben presentar dictamen de pérdida de capacidad laboral o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico en el dictamen, manifestando de manera expresa las razones de su actuación, caso en el cual, las personas que no reúnan los requisitos para actuar en las Juntas Regionales de Calificación de la capacidad laboral, actuarán como peritos, y en los siguientes casos:

- Personas que no reúnan los requisitos para los fines establecidos en el numeral 3 del artículo 1 del decreto 1352 de 2013;*
- Personas que no reúnan los requisitos para actuar en las Juntas Regionales de Calificación de la capacidad laboral;*
- Personas que no reúnan los requisitos para actuar en las Juntas Regionales de Calificación de la capacidad laboral;*

Es por esto que, si se determina, a criterio del señor juez, que el dictamen demandado únicamente es un medio probatorio y, por tanto, contra este no procede recurso alguno, se hace necesario que judicialmente se ordene a una junta regional diferente a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar para que califique el estado de salud del Señor LEA MONTES, teniendo en cuenta la historia clínica por el aportada y el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional contenido en el decreto 1507 de 2014.

CONCLUSIONES:

1. El señor EDWIN YECID LEA MONTES fue calificado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar mediante dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, con una pérdida de capacidad laboral del 65.20% de origen común y fecha de estructuración 28 de septiembre de 2016.
2. Del informe de investigación realizado por ASIG LTDA, de fecha 06 de junio de 2017, se pudo establecer que:

*"(...) revisadas sus historias clínicas y registros de anotaciones médicas en general, se establece que el Sr. **EDWIN YECID LEA MONTES** desde Enero 10/04, registra Dx. amigdalitis aguda, trastorno del pene, en Enero 12/06 Dx. dislipidemia mixta, posteriormente en Mayo 20/06 Dx. tiña de las uñas, amigdalitis crónica, papilomavirus, para Agosto 28/08 presenta amigdalitis aguda, cálculo de vías urinarias, en Septiembre 21/09 se anota antecedentes de sobrepeso, para Julio 6/10 Dx. lesiones en el pene, infección ano genital por virus de herpes, tiempo durante el cual no fue incapacitado. Ya en Septiembre del 2016 registra problemas de fractura patológica L2 y radiculopatía, discopatía cervical degenerativo C3 a C6 y presenta incapacidades.*

*- En los registros de historias clínicas confrontadas y obtenidas, se constata que el asegurado señor **EDWIN YECID LEA MONTES** no ha tenido incapacidades anteriores a Septiembre del 2016.*

- Igualmente se establece que el mencionado señor, permanece activo, según nos informan se encuentra litigando, ejerciendo su profesión de abogado. (...)"

3. Con ocasión a la calificación emitida por la Junta del Cesar ante Axa Colpatria Seguros de Vida S.A., en su calidad de asegurado para la eventual afectación con la incapacidad otorgada bajo la póliza Vida Individual No. 2033997.

4. Mi representada no procedió a efectuar la solicitud de incapacidad asimilada, otorgada bajo la póliza Vida Individual No. 2033997, en razón a que la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR estableció que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del señor LEA MONTES era del 65.20% de manera fundamentada, tales como exámenes para la pérdida de la capacidad laboral consagrados en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional contenido en el Decreto 1507 de 2014, por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional.

5. En el contenido del dictamen No. 6669 se evidencian las siguientes deficiencias:

a. Las Deficiencias con mayor % asignado es la Deficiencia de Depresión, Lo cual incumple el criterio exigido en el artículo 13, Numeral 13.3.3.2, como lo es la verificación de la mejoría médica máxima un año después del diagnóstico, en la historia clínica solo se evidencia el diagnóstico de Depresión, Deficiencia establecida y No se debe calificar la Deficiencia.

b. De acuerdo con los criterios del capítulo 2 y 3 del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, al no existir evidencia de daño órgano blanco; corazón, cerebro o riñón principal que determine deficiencia por enfermedad, la Deficiencia es cero (0 %) Las deficiencias de la mano derecha teniendo en cuenta que la última EMG de la mano derecha, con la aplicación de los criterios de la tabla 12.13 y 12.14 sube a 10 %.

En consecuencia, el señor Lea solicitó la indemnización en su calidad de asegurado por incapacidad asimilada, otorgada bajo la póliza Vida Individual No. 2033997.

El señor Lea no solicitó el pago del amparo por incapacidad asimilada, otorgada bajo la póliza Vida Individual No. 2033997, en razón a que la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR estableció que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del señor LEA MONTES era del 65.20% de manera fundamentada, tales como exámenes para la pérdida de la capacidad laboral consagrados en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional contenido en el Decreto 1507 de 2014, por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional.

En el contenido del dictamen No. 6669 se evidencian las siguientes deficiencias:

La Deficiencia con mayor % asignado es la Deficiencia de Depresión, Lo cual incumple el criterio exigido en el artículo 13, Numeral 13.3.3.2, como lo es la verificación de la mejoría médica máxima un año después del diagnóstico, en la historia clínica solo se evidencia el diagnóstico de Depresión, Deficiencia establecida y No se debe calificar la Deficiencia.

De acuerdo con los criterios del capítulo 2 y 3 del Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, al no existir evidencia de daño órgano blanco; corazón, cerebro o riñón principal que determine deficiencia por enfermedad, la Deficiencia es cero (0 %) Las deficiencias de la mano derecha teniendo en cuenta que la última EMG de la mano derecha, con la aplicación de los criterios de la tabla 12.13 y 12.14 sube a 10 %.

- c. La calificación de la Deficiencia por patología de columna cervical está sobrevalorada, al no tener documentada en la historia clínica aportada de radiculopatía.
 - d. La calificación de la Deficiencia por patología de columna lumbar es adecuada con 20,0 por los hallazgos descritos en la Resonancia Magnética y al encontrar evidencia en la Electromiografía de radiculopatía L5 derecha.
 - e. La Autosuficiencia es 1,5 %, ya que tiene adecuado aseguramiento.
 - f. El Rol laboral de acuerdo con las patologías calificadas y su estado general se califica 10,0 %.
6. En este orden de ideas, el dictamen rendido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, no cumple con los requerimientos establecidos en las normas correspondientes, como son la Ley 100 de 1993, los Decretos 917 de 1999, 1295 de 1994 1352 de 2013 y 1507 de 2014, concluyéndose que tiene vocación de prosperidad la presente demanda en contra del dictamen No. 6669 del 11 de mayo de 2017, para que de esta manera sea dejado sin efectos.
7. Los diversos errores cometidos por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR causaron que el porcentaje determinado de pérdida de capacidad laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES fuera del 65.20%, cuando en realidad, al observar la historia clínica del paciente, el dictamen de esa junta regional, en comparación con los criterios consagrados en el decreto 1507 de 2014, es claro que este porcentaje de pérdida de capacidad laboral debe ser mucho menor.
8. Ha de tenerse en cuenta que el objetivo principal de esta demanda es la declaratoria de nulidad del mencionado dictamen, para que una junta regional diferente a la Junta Regional del Cesar pueda analizar el caso del Señor LEA MONTES. Ello, para que se actúe en estricto cumplimiento de las normas jurídicas que regulan la materia, que el porcentaje que se asigne en el dictamen

respectivo sea el que realmente correspon consagradas en el decreto 1507 de 2014 y las partes. De conformidad con las pretensiones esbozadas e anterior, respetuosamente solicito que se deje sin e mayo de 2017 expedido por la Junta Regional de C	ierdo con las instrucciones eten los derechos de todas ite demanda y con todo, lo ctamen No. 6669 del 11 de de Invalidez del Cesar.
--	---

PRUEBAS

Solicito que las siguientes pruebas sean decre proceso ordinario laboral:	acticadas en el presente
--	---------------------------------

DOCUMENTALES:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Poder a mi conferido.2. Copia del Certificado de Existencia y Repre
SEGUROS DE VIDA S.A., expedido por
Colombia.3. Fotocopia de cédula de ciudadanía del señor4. Copia del formulario de solicitud No. 67394
la Póliza de Seguro de Vida Individual
COLPATRIA SEGUROS VIDA S.A. y el Seño5. Comunicación dirigida por el Señor EDV
COLPATRIA SEGUROS VIDA de fecha 15 d6. Copia del dictamen de calificación No. 6669
la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN
respectiva acta de notificación7. Historia Clínica por Psiquiatría del señor ED8. Historia Clínica por Otorrino del señor EDWII9. Historia Clínica por Internista del señor EDW | <p>Legal de AXA COLPATRIA
ntendencia Financiera De</p> <p>ECID LEA MONTES.
y condicionado general de
3997 suscrita entre AXA
ECID LEA MONTES.
) LEA MONTES a AXA
2017.
Iayo de 2017, proferido por
DEZ DEL CESAR, con su
) LEA MONTES.
EA MONTES.
EA MONTES.</p> |
|--|--|

10. Historia Clínica por Fisiatría del señor EDWIN YECID LEA MONTES.
11. Historia Clínica por Neuro del señor EDWIN YECID LEA MONTES.
12. Informe de investigación adelantada por ASESORES PROFESIONALES EN INVESTIGACIONES GENERALES ASIG LTDA DE FECHA 06 DE JUNIO DE 2017 suscrito por el señor ADAN ORLANDO FAJARDO MORALES.
13. Concepto médico legal realizado por el doctor ALFREDO ESTEBAN SAA LUNA de fecha 18 de junio de 2017.
14. Historia Clínica Coomeva del señor EDWIN YECID LEA MONTES.

PRUEBA PERICIAL

Solicito respetuosamente se ordene remitir el caso del Señor EDWIN YECID LEA MONTES a la Junta Regional de Calificación de Invalidez que se determine por el Despacho diferente de la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR y/o la JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ para que proceda a efectuar la calificación de pérdida de capacidad laboral aplicando rigurosamente las normas consagradas en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional contenido en el decreto 1507 de 2014.

Lo anterior, de acuerdo con el parágrafo 3 del artículo 4 del decreto 1352 de 2013, el cual consagra lo siguiente:

*“Sin perjuicio del dictamen pericial que el juez laboral pueda ordenar a un auxiliar de la justicia, a una universidad, a una entidad u organismo competente en el tema de calificación del origen y pérdida de la capacidad laboral, el juez **podrá designar como perito a una Junta Regional de Calificación de Invalidez que no sea la Junta a la que corresponda el dictamen demandado**”(subraye y negrilla fuera del texto original).*

TESTIMONIALES

Solicito al Despacho se decrete la práctica de los siguientes testimonios:

1. **Dr. ALFREDO E. SAA LUNA**, quien declarará sobre los que sepa y le conste en relación al concepto técnico médico elaborado por el con relación a la calificación

de pérdida de capacidad laboral emitida por la
Invalidez del Cesar en el caso del señor ED

Regional de Calificación de
) LEA MONTES.

Como el testigo en una persona de conocer
escuche en esa condición, es decir, en c
médico y científico y experto en la aplicació
de la Perdida de la Capacidad Laboral y Oci

icos también pido que se le
is conocimientos de orden
al Único para la Calificación

2. **ADÁN ORLANDO FAJARDO MORALES**
declarará sobre las gestiones adelantada:
preparación del informe de investigación
relacionado con el caso del señor EDWIT
allegado al plenario. En el evento que el
encuentre vinculado a la empresa ASI
representante legal de esta sociedad con la
El testigo podrá ser ubicado en la Carrera 1
de Bogotá

lor de ASIG LTDA, quien
quido investigador para la
cha 06 de junio de 2017
EA MONTES, el cual fue
JARDO MORALES no se
pido que sea citado el
finalidades antes descritas.
71 oficina 415 de la ciudad

3. Doctora **GILDA GODEN HERRERA**, par
atenciones médicas brindadas al señor Ec
emisión del dictamen de PCL. El testigo po
16-80 Consultorio 206 Centro Medico del Ro

clare con relación a las
Lea con anterioridad a la
icado en la Carrera 15 No
dupar, Cesar.

4. Doctor **ALEX SANDRO MINDIOLA ROMER**
atenciones médicas brindadas al señor Ec
emisión del dictamen de PCL. El testigo po
13 B - 29 Valledupar, Cesar.

declare con relación a las
Lea con anterioridad a la
sado en la Carrera 13A No

ANEXOS

1. Las documentales anunciadas.
2. Copias de la demanda para traslados y archivo.

NOTIFICACIONES

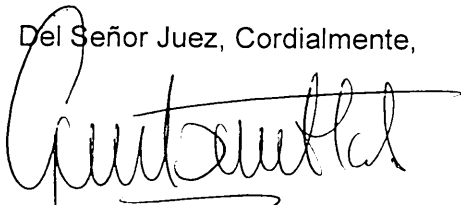
Mi mandante, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., en la carrera 7 No. 24 – 89 Torre Colpatria Piso 4 en la ciudad de Bogotá.

Al suscrito apoderado, en la secretaria de su despacho o la Avenida 6ª Bis No.35N-100, oficina 212 de la ciudad de Cali. Correo electrónico: gherrera@gha.com.co

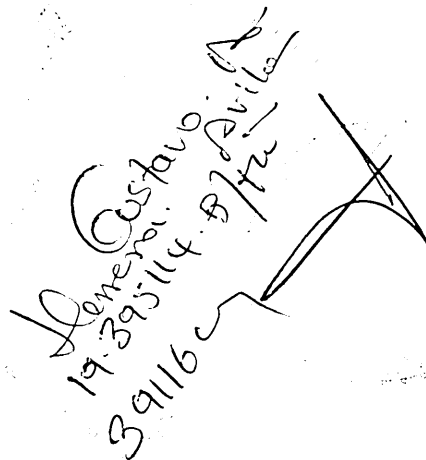
A la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR en la Calle 13 A No. 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)

Al demandado, señor EDWIN YECID LEA MONTES, en la Manzana 73 Casa 11 tercera etapa en la ciudad de Valledupar.

Del Señor Juez, Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C.C. No. 18.395.114 de Bogotá
T.P. No. 39.116 del C.S de la J.



Señores

JUZGADO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR - CESAR (REPARTO)

Ciudad

Ref.: PROCESO ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA

Demandante: AXA COLPATRIA SEGUROS VIDA S.A.

Demandados: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DEL CESAR y SR. EDWIN YECID LEA MONTES

PAULA MARCELA MORENO MOYA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.051.695 de Bogotá, actuando en calidad de Representante Legal para Asuntos Judiciales y Administrativos o Policivos de **AXA COLPATRIA SEGUROS VIDA S.A.**, sociedad debidamente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá en la Carrera 7 No. 24 - 89 - Torre Colpatría Piso 4, identificada con NIT 860.002.183-9, autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia para obrar en Colombia, todo lo cual se acredita mediante el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por dicha entidad y que se anexa a este escrito, mediante la presente otorgo PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., para que en nombre y representación de esta compañía promueva demanda Ordinaria Laboral de Primera Instancia en contra de la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR**, representada legalmente por su Director Administrativo y Financiero, al tenor de lo dispuesto en el artículo 44 del decreto 1352 de 2013 y en contra del señor **EDWIN YECID LEA MONTES**, mayor de edad y vecino de Cartagena, identificado con la cédula de ciudadanía No. 77.190.268 de Valledupar, el cual se pedirá sea convocado como parte pasiva de la acción y/o como litisconsorte necesario, a fin de obtener las siguientes,

PRETENSIONES

Respetuosamente solicito se hagan las siguientes o semejantes declaraciones y condenas:

1. Que en la sentencia se deje sin efecto, se nulite, se invalide o se le quite todo valor al dictamen No. 6669 del 11 de mayo de 2017, proferido por la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR**, por cuanto ésta pretermitió la aplicación de las reglas consagradas en el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional contenido en el decreto 1507 de 2014, y por eso equivocadamente determinó que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES supuestamente es del 65.20%, luego es mucho menor; como lo ha de determinar el dictamen que se

G. HERRERA & ASOCIADOS

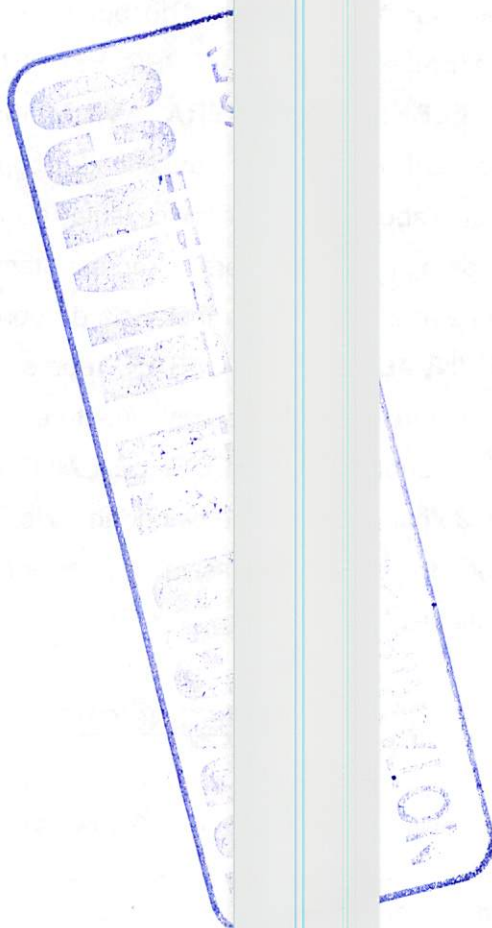
04 JUL 2017

RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACION

10

NANCY GARCÍA VÁSQUEZ
NOTARIA SESENTA Y CINCO DE BOGOTÁ D.C.
ENCARGADA





191

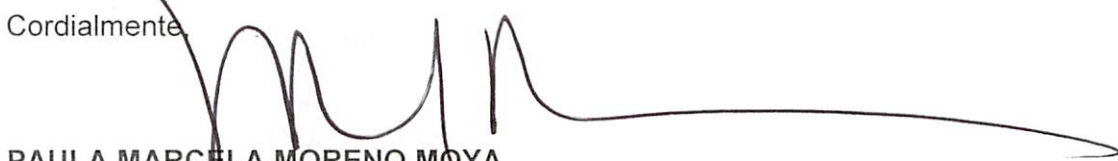


produzca en este proceso (de acuerdo con las solicitudes realizadas en el acápite de pruebas), sujeto a dichas reglas.

2. Consecuencialmente, solicito que se tenga como calificación definitiva de la pérdida de capacidad laboral del señor LEA MONTES el resultado del dictamen que ha de proferir la junta regional de calificación de invalidez y/o la junta nacional de calificación de invalidez, que se ha de practicar en este proceso, teniendo en cuenta la solicitud que al respecto se está realizando en el acápite de pruebas de esta demanda, con base en el parágrafo 3 del 4 del decreto 1352 de 2013.
3. Subsidiariamente solicito, en el evento de que el dictamen demandado, a juicio del señor juez, sea tomado como una mera prueba, de conformidad con el numeral 3 del artículo 1 del decreto 1352 de 2013, que se tenga como prueba la calificación que determine la junta regional de calificación de invalidez que sea asignada por el despacho y/o la junta nacional de calificación de invalidez, es decir, la calificación que quede en firme, teniendo en cuenta la solicitud que al respecto se está realizando en el acápite de pruebas de esta demanda, con base en el parágrafo 3 del artículo 4 del precitado decreto.
4. Que se condene a la parte demandada al pago de las costas y agencias en derecho que se causen en virtud del presente proceso.

En ejercicio del presente poder, el doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA** queda facultado para para recibir, desistir, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, tachar de falsedad, objetar y en general, para ejercitar todas las acciones necesarias para el éxito del mandato a su cargo.

Cordialmente,


PAULA MARCELA MORENO MOYA
CC. No. 52.051.695 de Bogotá.
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Acepto


GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
CC. No. 19.395.114 de Bogotá.
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.



DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Y RECONOCIMIENTO DE CONTENIDO FIRMA Y HUELLA

El anterior escrito dirigido a: 507 godu
laboral del circuito de voll

Fue presentado personalmente ante el suscrito Notario
Sesenta y Cinco de Bogotá por: 02 Jla

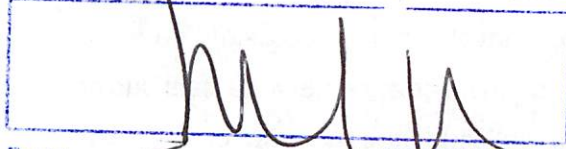
Marcelo HORRERO HOYE

Quien se identificó con C.C. 52051695

De Bogotá y T.P. No

Y además declaró que el contenido del anterior
documento es cierto y que la firma que lo autoriza fue
puesta por él(ella). El(ella) compareció ante imprimió
huella dactilar de su índice Derecho

En constancia se firma en Bogotá D.C.



Fecha

27 OCT 2017

NOTARIO SESENTA Y CINCO



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3366538429224986

Generado el 02 de octubre de 2017 a las 11:01:33

**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 legales y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del Artículo 11.2 de la Ley 1445 de 2014, del Decreto 2555 de 2010, en concordancia con el artículo 1° de la Resolución 1765 de 2010, emitida de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. en adelante la "Sociedad"

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

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 121 del 30 de enero de 1959 de la Notaría 9 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA PATRIA S.A.

Escritura Pública No 1574 del 08 de junio de 1976 de la Notaría 8 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por COLPATRIA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA PATRIA S.A.

Escritura Pública No 1861 del 30 de mayo de 1991 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

Escritura Pública No 4196 del 19 de diciembre de 1997 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el acto de escisión de la sociedad SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A., la cual sin disolverse, segrega en bloque una parte de su patrimonio con destino a la creación de la sociedad denominada "PROMOTORA COLPATRIA S.A."

Resolución S.F.C. No 1090 del 29 de junio de 2007 la Superintendencia Financiera aprueba la escisión de Seguros de Vida Colpatría S.A. "Compañía de Inversión Colpatría S.A.", sociedad beneficiaria de dicha operación y que se crea como consecuencia de la misma, será accionista de Red Multibanca Colpatría S.A. y Fiduciaria Colpatría S.A. en un porcentaje inferior, en ambos casos al 10%

Resolución S.F.C. No 1380 del 23 de julio de 2013 la Superintendencia Financiera autoriza la escisión de Seguros de vida Colpatría S.A. de conformidad con la solicitud presentada. Como consecuencia de la escisión las sociedades beneficiarias se encuentran sujetas a la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Escritura Pública No 1466 del 07 de mayo de 2014 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA)., modifica su razón social de SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. por el de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. en adelante la "Sociedad"

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 81 del 22 de mayo de 1959

REPRESENTACIÓN LEGAL: PRESIDENTE Y VICEPRESIDENTES: La Sociedad tendrá un presidente con un (1) suplente, quien reemplazará al presidente en caso de falta temporal o absoluta, designados por la junta directiva para periodos de dos (2) años. De conformidad con el Artículo Septuagésimo Séptimo.- durante el tiempo en el cual la Sociedad tenga un presidente adjunto, el presidente adjunto se desempeñará como suplente del presidente de la Sociedad, y reemplazará al presidente en caso de falta temporal o absoluta. Los vicepresidentes de la Sociedad cumplirán las funciones y tendrán las atribuciones propias de su respectiva área administrativa, en armonía con las que de manera específica les encomiende el presidente de la Sociedad. **REPRESENTACIÓN LEGAL.** La representación legal será ejercida en forma simultánea e individual por el presidente de la Sociedad y sus suplentes y por las personas designadas por la junta directiva y removibles en cualquier tiempo. La junta directiva podrá conferir a esas personas la representación legal de la Sociedad en forma general, o limitada a ciertos asuntos o materias específicas. **FUNCIONES DEL**

LOMBIA

33

AL DE LA ENTIDAD CIÓN

place temporalmente, corresponden al. (b) Representar legalmente a la ad Gubernamental. (c) Suscribir los os o contratos que, dentro del objeto la asamblea general de accionistas y que todas las operaciones en que la los estatutos. (e) Nombrar y remover gnación correspondan a la asamblea e los gerentes de las sucursales de la ar anualmente a la junta directiva con catoria a la reunión ordinaria de la cio, acompañados de un proyecto de me en gestión previsto en la ley. (h) tural cumplimiento de sus deberes, po ello a dicha junta en su próxima esiones extraordinarias y mantenerla u firma los títulos o certificados de r las defensas que deban oponerse a er las diferencias de la Sociedad con r sobre dichas diferencias. (l) Cumplir e le encomiende la asamblea general e le correspondan en su carácter de e de cualquier adquisición que supere LES. Los representantes legales de unciones: (a) Usar la razón o firma nente. (c) Designar apoderados que Suscribir los documentos públicos o bjecto social, celebre la Sociedad. (e) untos específicamente asignados a ia 6 Bogotá)

n legal de la entidad, las siguientes

PRESIDENTE. Al presidente de la Sociedad o a quien privativamente las siguientes funciones: (a) Usar la razón Social judicial o extrajudicialmente y ante cualquier terceros documentos públicos o privados necesarios para instrumentar social, celebre la Sociedad. (d) Ejecutar y hacer ejecutar las decisiones de la junta directiva y de los comités de ésta Sociedad haya acordado ocuparse, desarrollando su actividad libremente a los empleados de la Sociedad, salvo aquellos general de accionistas o a la junta directiva. (f) Señalar las at Sociedad y modificarlas cada vez que lo estime conveniente. no menos de veinte (20) días calendario de anticipación asamblea general de accionistas, los estados financieros de distribución de utilidades repartibles o cancelación de pérdidas. Suspender a los empleados nombrados por la junta directiva nombrar interinamente sus reemplazos si es necesario y dar reunión para que resuelva en definitiva. (i) Convocar a la junta detalladamente informada de los negocios sociales. (j) Autorizar acciones. (k) Decidir sobre las acciones judiciales que deban las que se promuevan contra la Sociedad, desistir de unas y terceros a la decisión de árbitros o de amigables componedores los deberes que la ley le imponga y desempeñar las demás de accionistas o la junta directiva y todas aquellas otras que Primer Director Ejecutivo de la Sociedad. (m) Notificar a la COP\$9.6000.000.000. FUNCIONES DE LOS REPRESENTANTES la Sociedad, distintos del presidente de ésta, ejercerán las social. (b) Representar legalmente a la Sociedad judicial o representen a la Sociedad en procesos judiciales o fuera privados necesarios para recoger los actos o contratos que, Ejercer la representación legal de la Sociedad, exclusivame cada uno de ellos. (Escritura Pública 0945 del 26 de marzo de 2006)

ARGO

esidente

NOMBRE

IDENTIFICAC

Bernardo Rafael Serrano López
Fecha de inicio del cargo: 02/06/2016

CE - 486875

Marie Madeleine Pangand Derocles
Fecha de inicio del cargo: 24/06/2016

CE - 491397

Germán Leonardo Osorio León
Fecha de inicio del cargo: 28/08/2015

CC - 7935668

Nancy Stella González Zapata
Fecha de inicio del cargo: 19/03/2015

CC - 5184156

Quila Victoria Jaramillo Restrepo
Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016

CC - 5241033

Paula Marcela Moreno Moya
Fecha de inicio del cargo: 18/09/2014

CC - 5205169

German Alberto Rojas Castro
Fecha de inicio del cargo: 12/01/2017

CC - 1939315

Karloc Enrique Contreras Buelvas
Fecha de inicio del cargo: 22/07/2014

CC - 7715746

plante del Presidente

Representante Legal para
Tribunales Judiciales

Representante Legal para
Reclamaciones de Seguros

Representante Legal para
Asuntos Laborales

Representante Legal para
Tribunales Judiciales y
Administrativos o Policivos

representante Legal para
Asuntos Generales

representante Legal en Asuntos
Generales

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3366538429224986

Generado el 02 de octubre de 2017 a las 11:01:33

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Emilce Bohórquez Rueda	CC - 63276172	Representante Legal en Asuntos Generales
Diana Inés Torres Llerena	CC - 51719566	Representante Legal para Asuntos Generales

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Accidentes personales, Colectivo vida, Vida grupo, Salud, "Educativo", Vida individual
Resolución S.B. No 784 del 29 de abril de 1994 Seguros previsionales de Invalidez y Supervivencia
Resolución S.B. No 2012 del 20 de septiembre de 1994 Pensiones ley 100
Resolución S.B. No 59 del 13 de enero de 1995 Riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación I por la de Riesgos Laborales).
Resolución S.B. No 1861 del 30 de diciembre de 1996 Pensiones Voluntarias

CARLOS IGNACIO BOLAÑOS DOMÍNGUEZ
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."

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
77.190.268

NUMERO

LEA MONTES

APELLIDOS

EDWIN YECID

NUMEROS



[Handwritten signature]
Firma



IMPRESION DEDILLO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1977
VALLEDUPAR
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 O+

ESTATURA G.S. RH

M
SEXO

24-JUL-1996 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALBERTO RAMIRO LOPEZ



A-1200100-37115205-M-0077190268-20040717 02199042010 03 128222463

DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA LOS CAMPOS REQUERIDOS SEGÚN EL PRODUCTO Y EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE SOLICITUD 03/05/2016		SUCURSAL DE RADICACIÓN Vipar		PUNTO DE VENTA (SI APLICA) Vipar		No. DE SOLICITUD QUE REEMPLAZA (SOLAMENTE EN CASO DE CORRECCIONES SOLICITADAS POR OF. PRINCIPAL)	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NUIP ☐ PAS ☒ C.C. ☐ D.I.		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN 77-190.268		FECHA DE EXPEDICIÓN 1996 Jul 24		CIUDAD DE EXPEDICIÓN Valledupar	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS Edwin Lea Montes		FECHA DE NACIMIENTO 1977 Sep 16		CIUDAD DE NACIMIENTO Valledupar		DEPARTAMENTO Cesar	
ESTADO CIVIL ☒ SOLTERO ☐ VIUDO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ OTRO, CUAL?		NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE		TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☐ PAS ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ D.I.		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
SEXO ☒ MASCULINO ☐ FEMENINO		No. HIJOS 5		VIVIENDA ☐ PROPIA ☐ ARRENDADA ☒ FAMILIAR		VEHÍCULO ☒ SI ☐ NO	
ENTIDAD (EPS) Y/O MÉDICO QUE LO ATIENDE Coomeriva		CIUDAD DE LA ENTIDAD (EPS) Y/O MÉDICO QUE LO ATIENDE Valledupar		SITIO HABITUAL DE TRABAJO ☐ CASA ☐ OFICINA ☐ ALMACÉN ☐ FINCA ☐ AMBULANTE ☒ OTRO, CUAL? Universidad Popular del Cesar			
REALIZA TRABAJO MANUAL ☐ HABITUAL ☐ OCASIONAL ☒ NUNCA		OCUPACIÓN/OFICIA/PROFESIÓN Abogado derecho Administrativo					
TIPO DE ACTIVIDAD ☒ ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ INVERSIONISTA ☐ RENTISTA ☐ INDEPENDIENTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ ESTUDIANTE		NOMBRE EMPRESA DONDE TRABAJA Universidad Popular del Cesar					
CARGO QUE DESEMPEÑA Docente		DEPENDENCIA ME 73 Cda 11		DIRECCIÓN LUGAR DE TRABAJO Sede Hurtado		TELÉFONO 5887211	
CIUDAD/DEPARTAMENTO Vipar Cesar		DIRECCIÓN RESIDENCIA ME 73 Cda 11		TELÉFONO RESIDENCIA		TELÉFONO CELULAR 3012934105	
INGRESOS MENSUALES (Operacionales) ☐ < 1 SMMLV ☐ 1 A 2 SMMLV ☒ 2 A 4 SMMLV ☐ 4 A 8 SMMLV ☐ 8 A 13 SMMLV ☐ > 13 SMMLV		EGRESOS MENSUALES ☐ < 1 SMMLV ☒ 1 A 2 SMMLV ☐ 2 A 4 SMMLV ☐ 4 A 8 SMMLV ☐ 8 A 13 SMMLV ☐ > 13 SMMLV					
OTROS INGRESOS MENSUALES ☐ < 1 SMMLV ☐ 1 A 2 SMMLV ☐ 2 A 4 SMMLV ☐ 4 A 8 SMMLV ☐ 8 A 13 SMMLV ☐ > 13 SMMLV		CONCEPTO OTROS INGRESOS					
CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVOS \$ 200.000.000		PASIVOS \$ 87.000.000			
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES? SI ☐ NO ☒ INDIQUE:							
REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA ¿Posee productos financieros en el exterior? ¿Posee cuentas en moneda extranjera?		TIPO DE TRANSACCIÓN ☐ IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ INVERSIONES ☐ PRÉSTAMOS ☐ GIROS ☐ OTROS ¿CUAL?					
TIPO DE PRODUCTO		IDENTIFICACIÓN O NÚMERO DE PRODUCTO		ENTIDAD		MONTO	
NIVEL DE ESTUDIOS ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☒ SUPERIORES ☒ POSTGRADOS		ENVÍO CORRESPONDENCIA ☒ RESIDENCIA		LUGAR DE TRABAJO CORREO ELECTRÓNICO		DEPORTE QUE PRACTICA fútbol, Natación	
LA PRESENTE SOLICITUD LA REALIZA PARA ☐ CONVERSIÓN ☐ REHABILITACIÓN PREFECHA DE LA PÓLIZA No.							
2. PRODUCTOS EMPAQUETADOS MARQUE LA OPCIÓN QUE SOLICITA EL CLIENTE Y DILIGENCIE LOS CAMPOS REQUERIDOS							
☐ Plan Futuro Hoy ☐ Plan Futuro Hoy a Mi Medida ☐ Plan Futuro a Mi Medida Plus ☐ Plan Futuro a Mi Medida Total ☐ Plan Futuro a Mi Medida Plus Cónyuge ☐ Plan Futuro a Mi Medida Total Cónyuge							
FORMA DE PAGO ☐ ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ MENSUAL ☐ ÚNICO (FUTURO A MI MEDIDA PLUS O TOTAL)				MONEDA (FUTURO A MI MEDIDA PLUS O TOTAL) ☐ LVR ☐ DÓLAR ☐ EURO			
OPCIÓN DE VALOR ASEGURADO 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐				CONVENCIÓN DE PRIMAS SI ☐ NO ☐			
PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO (INCLUYE RECARGOS) \$				RECARGOS POR OCUPACIÓN ☐ TRANSPORTE ☐ COMERCIO ☐ INDUSTRIA		FINANCIACIÓN SI ☐ NO ☐	
3. PRODUCTOS VIDA A MI MEDIDA (DILIGENCIE ÚNICAMENTE SI SE REQUIEREN CONDICIONES DIFERENTES A LOS EMPAQUETAMIENTOS)							
☒ Vida a mi medida ☐ Vida a mi medida Cónyuge							
VALOR ASEGURADO AMPARO BÁSICO \$ 150.000.000		INCAPACIDAD ASIMILADA ☒ SI ☐ NO ☒ SIMPLE ☐ DOBLE		MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN ☒ SI ☐ NO		SOBREVIVENCIA (MÁXIMO 30 VECES) ☐ 0.25 ☐ 0.50 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2.5 ☐ 3 ☐ OTRO	
AUX. HOSPITAL POR ACCIDENTE ☐ SI ☒ NO		AHORRO (MÁXIMO 30 VECES) ☒ 0.25 ☐ 0.50 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 2.5 ☐ 3 ☐ OTRO		ENFERMEDADES GRAVES ☒ SI ☐ NO		SUMA ADICIONAL ANTICIPO ☒ 25% ☒ 50% ☐	
FORMA DE PAGO ☒ ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ MENSUAL		CONVENCIÓN DE PRIMAS ☐ SI ☒ NO		MONEDA ☒ LVR ☐ DÓLAR ☐ EURO		PERÍODO DE PAGOS PRIMAS ☐ ÚNICO ☐ 2 ☐ 6 ☐ 10 ☒ PERMANENTE	
ASEGURADO ADICIONAL (*) ☐ SI ☒ NO		VALOR ASEGURADO \$		AÑOS DE COBERTURA ☒ 5 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30 ☐ HASTA EDAD 80		FINANCIACIÓN ☐ SI ☒ NO	
PRIMA ANUAL (INCLUYE RECARGO) \$ 1.540.815		PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO \$ 1.540.815		RECARGOS POR OCUPACIÓN ☐ TRANSPORTE ☐ COMERCIO ☐ INDUSTRIA			

(*) En caso de existir asegurado adicional, (no aplica para Vida a Mi Medida Cónyuge) además de la información aquí suministrada, se debe diligenciar un formato de solicitud de seguro con la información de dicho asegurado.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

De acuerdo a su estado de salud actual lea atentamente el siguiente artículo

ARTÍCULO 1058 DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SALUD

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de salud o la inexistencia, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador lo hubieren retraído de celebrar el seguro.

Comprende claramente la información anterior?

Marque con una X la casilla correspondiente

1. PESO: 90 TALLA: 180

2. Ha variado de peso en el último año?

Si contestó SI, la variación en Kgs. fue de: Causa

3. Toma actualmente algún medicamento?

Si contestó SI, cuál: Causa

4. Por favor marque con una X si sufre o a sufrido cualquier enfermedad de alguno de los siguientes sistemas orgánicos

Sistema	Descripción	Fecha	Sistema
Articular			De los sentidos
Cardiovascular			Óseo
Digestivo			Piel
Endocrino			Psiquismo
Genital			Respiratorio
Linfático			Sanguíneo
Muscular			Urinario
Neurólogo			Otro, * Si el asegurado es suficientemente consciente para declarar de observación

5. Embarazo actual

6. Complicaciones en embarazos, partos, cesáreas?

7. Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? Cuál?

8. Tiene alguna cirugía pendiente? Cuál?

9. Se le ha practicado alguna biopsia de cualquier tipo?

Si contestó SI, cuál:

10. Tiene algún defecto físico o sufre de alguna invalidez?

11. Ha sufrido de alcoholismo, tabaquismo o drogadicción?

12. Escriba la causa, fecha y diagnóstico de la última consulta médica 26-Marzo-16 Cheque

13. Viaja usted como pasajero de aeronaves que no pertenezcan a una aerolínea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de pasajeros o en taxis aéreos, avionetas, helicópteros de propiedad o uso en particular y en general, cualquier tipo de vuelo no autorizado?

14. Emplea usted motocicletas o motonaves o vehículos similares?

Si contestó SI, el uso del vehículo es: Eventual ☐ Como medio de trabajo ☐

15. Ha sido rechazado o le han propuesto expedir con extraprimas solicitudes de seguros a personas, o le han negado renovación de este tipo?

16. Ha reclamado o recibido compensación de alguna compañía por accidentes o enfermedades en los últimos dos años?

17. Ha recibido amenazas de secuestros o le han solicitado contribuciones para evitarlo?

18. Esta su vida protegida o está solicitando simultáneamente con esta solicitud algún seguro de Vida Individual, Vida Grupo, de personas en esta u otra compañía?

SEGUROS VIGENTES

COMPañIA

RAMO

RECLAMACIONES O INDEMNIZACIONES EN SEGUROS

COMPañIA

SUMA ASEGURADA

RAMO

ANTECEDENTES FAMILIARES

PARENTESCO

VIVEN

EDAD

ESTADO DE

PADRE

MADRE

HERMANOS

CONYUGE

HIJOS

15, 14, 12, 6, 5

18

OBSERVACIONES

Se declara q la dependiente es la c

RETICENCIA.

El cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia inducida a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

Descripción Fecha

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

673944

5. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA SEGUROS DE VIDA (LA SUMA DE LOS PORCENTAJES NO DEBE SER MAYOR AL 100%)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO 1	TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ D.I. ☐ PAS ☐ NIUP	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE
Hector Emilio Lea Pacheco		12.710.762	Padre	50%
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO 2	TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ D.I. ☐ PAS ☐ NIUP	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE
Denís Mario Montes De Lea		42.488.550	Madre	50%
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO 3	TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ D.I. ☐ PAS ☐ NIUP	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO 4	TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ D.I. ☐ PAS ☐ NIUP	NÚMERO DE DOCUMENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIONES CONSULTA DE RIESGO

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

2. AUTORIZO A CUALQUIER PERSONA NATURAL O JURÍDICA (MÉDICOS, EPS, IPTS, ETC) QUE ME HAYAN PRESTADO ATENCIÓN MÉDICA PARA QUE SUMINISTREN A COLPATRIA TODA LA INFORMACIÓN QUE EL/LLA CONSIDERE NECESARIA, RESPECTO A MI ESTADO DE SALUD Y QUE SOLICITEN EN CUALQUIER TIEMPO, AUN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO

7. DOCUMENTOS REQUERIDOS

CONSIDERACIONES GENERALES

SE REQUIERE ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL CUANDO SE SUSCRIBAN CONTRATOS DE SEGUROS:

2. SE DEBE ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN CUANDO LOS MONTO ASEGURADOS SEAN SUPERIORES A 846 SMMLV: CONSTANCIA DE INGRESO (HONORARIOS LABORALES, CERTIFICADO DE INGRESOS Y RETENCIONES, DECLARACIÓN DE RENTA DEL ÚLTIMO PERÍODO GRAVABLE DISPONIBLE O DOCUMENTO QUE CORRESPONDA)

8. INFORMACIÓN ENTREVISTA

LUGAR DE LA ENTREVISTA	FECHA DE LA ENTREVISTA	HORA	RESULTADO
Oficina	2016 05 03	3:00pm	☒ ACEPTADO ☐ RECHAZADO

OBSERVACIONES: OK

NOMBRE COMPLETO	CLAVE	% PART.	NOMBRE COMPLETO	CLAVE	% PART.
Liliana Morcillo	45258	100%			

ADMINISTRACIÓN DE DATOS

[illegible]

En mi calidad de solicitante del seguro aquí referenciado, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza. Manifiesto además, que me han sido explicadas por la aseguradora y/o por el intermediario de seguros las exclusiones y el alcance o contenido de la cobertura de la póliza y de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, los acepto y solicito me sea expedida la póliza de seguros.

CLAUSULA DE GARANTIA PARA PRIMAS FINANCIADAS (LEA ANTES DE FIRMAR)

En caso de financiación total o parcial de la prima de la póliza de seguro objeto de esta solicitud por parte de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., autorizo y apodero de manera especial, expresa, suficiente e irrevocable a dicha Aseguradora, para que en el evento de incurrir en mora en el cumplimiento de cualquiera de las obligaciones a mi cargo, contraídas y/o que llegue a contraer por concepto de la financiación de primos de seguro, tramite a mi nombre y representación la revocatoria de la póliza y liquide el correspondiente valor de cesión a que tenga derecho. Igualmente, autorizo a la aseguradora para que utilice los dineros provenientes de dicho valor de cesión para abonar al saldo del crédito y de cualquier suma que se genere en virtud de la financiación de la prima, y el remanente, si lo hay, me sea entregado.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE "Suma pagada con la solicitud"

Yo _____, declaro que en la fecha de la solicitud, he pagado al agente (agencia), _____ la suma de \$ _____ y tengo en mi poder recibo expedido sin alteración alguna, marcada con el mismo número de esta solicitud y fechada el mismo día. Al firmar la presente solicitud declaro expresamente lo siguiente: 1. Reconozco que las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad, omisión, error o retención en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. 2. Este documento es una simple solicitud de seguro y no conlleva el otorgamiento de ningún tipo de póliza ni cobertura de seguro, ni obligación para ella otorgarlo. 3. Los recursos con los que adquirí los bienes relacionados en la presente solicitud y dineros utilizados para el pago de las primas del seguro, no provienen de ninguna actividad ilícita de los contemplados en el Código Penal Colombiano.

CIUDAD Y FECHA 3-05-2016 - Vallechupán
Liliana Morcillo
 FIRMA ASESOR
 FIRMA SOLICITANTE O TOMADOR Y C.C. 771190268
 NOMBRE Edwin Vedia Lea Montes


 HUELLA INDICE DERECHO

TODOS LOS PAGOS SUPERIORES A UN (1) \$MMV EN PRODUCTOS DE VIDA, DEBE DILIGENCIARSE CON CHEQUE A FAVOR DE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. INDICANDO AL RESPALDO DEL CHEQUE EL NÚMERO DE ESTA SOLICITUD Y NOMBRE DEL SUSCRIPOR EN CASO DE NO SER ATENDIDA: ESTA ADVERTENCIA AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. NO SE HACE RESPONSABLA POR TALES PAGOS. SI EL PAGO ES CON TARJETA DE CRÉDITO FAVOR DILIGENCIAR ÚNICAMENTE EL ESPACIO CORRESPONDIENTE A LA AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO AUTOMÁTICO.

SOLICITUD No.	673944	FECHA		VALOR EFECTIVO RECAUDADO.	\$
CHEQUE No.				CÓDIGO BANCO.	\$
CHEQUE No.				CÓDIGO BANCO.	\$
TARJETA DE CRÉDITO No.					\$
				VALOR TOTAL RECAUDADO.	\$



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
850.002.183-9

SUC.	RAMO	POLIZA No.
24	51	2033997

POLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

TIPO DE POLIZA : NORMAL

Agrupador:

FECHA SOLICITUD DIA MES AÑO	EXPEDICIÓN DIA MES AÑO	CERTIFICADO DE EXPEDICION	N° CERTIFICADO	FECHA INICIO PLAN DIA MES AÑO	A LAS	FECHA FINAL PLAN DIA MES AÑO	A LAS	NÚMERO DE DÍAS
05 05 2016	05 05 2016		0	05 05 2016	00:00	05 05 2021	00:00	1826
TOMADOR EDWIN YESID LEA MONTES						CC		77.190.268
DIRECCIÓN MZ 73 CS 11, VALLEDUPAR, CESAR						TELÉFONO		3012934105
ASEGURADO EDWIN YESID LEA MONTES						CC		77.190.268
DIRECCIÓN MZ 73 CS 11, VALLEDUPAR, CESAR						TELÉFONO		3012934105
SUCURSAL POLIZA VALLEDUPAR						EDAD	38	
PUNTO DE VENTA 0						MONEDA Unidad de Valor Real TIPO CAMBIO 237.79		

PLAN: VIDA A MI MEDIDA UVR
FORMA DE PAGO: ANUAL
PERIODO DE PAGO DE PRIMAS: PERMANENTE.
PERIODO DEL PLAN: 5 AÑOS.
PORCENTAJE DE LA PRIMA DESTINADA AL AHORRO O DIVIDENDO: 25%

DATOS DEL ASEGURADO:

NOMBRE: LEA MONTES EDWIN YESID
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: VALLEDUPAR, 16/09/1977
EDAD REAL: 38. EDAD DE CALCULO: 38.

PAGO INDEMNIZACIÓN : DIRECTA
SEXO: MASCULINO

AMPAROS	%	VAL.ASEG.INI.	PRIMA BRUTA	%DCTO	VAL.DCTO	EXTRAPRIMAS	PRIMA NETA	PRIMA SFP
COBERTURA BASICA DE VID	100.00	150,000,000	958,500.00	11.00	105,435		853,065.00	853,065.00
EXONERACION PAGO PRIMAS	0.00		0.00	0.00			0.00	0.00
INCAPACIDAD ASIMILADA	100.00	150,000,000	54,000.00	0.00			54,000.00	54,000.00
ANTICIPO PARA EXEQUIAS	4.60	6,894,540	0.00	0.00			0.00	0.00
AHORRO	25.00		239,625.00	0.00			239,625.00	239,625.00
COBERTURA ADICIONAL MUE	100.00	150,000,000	292,500.00	0.00			292,500.00	292,500.00
ANTICIPO DE CAPITAL POR	25.00	37,500,000	101,625.00	0.00			101,625.00	101,625.00
ASISTENCIA EN VIAJES	0.00		0.00	0.00			0.00	0.00

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	DOCUMENTO	PJE	TITULO DESIGNACION
LEA PACHECO HECTOR EMILIO	PADRE	12710762	50%	GRATUITO
MONTES DE LEA DENIS MARIA	MADRE	42488550	50%	GRATUITO

VALOR ASEGURADO TOTAL
\$ *****150,000,000.00

FORMA DE PAGO
ANUAL

PRIMA *****1,540,815.00

GASTOS *****0.00

AJUSTE AL PESO *****0.00

PRIMA TOTAL PRIMER AÑO *****1,540,815.00

PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO *****1,540,815.00

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O PRIMERA FRACCIÓN CONVENIDA PARA SU PAGO, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O FRACCIÓN CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE 30 DÍAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y AXA COLPATRIA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO. FORMAS ADJUNTAS, 27/04/2007- 1404 - P36-V236

FACTURA A NOMBRE DE: LEA MONTES, EDWIN YESID

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADemás, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA LOCALIDAD DE VALLEDUPAR

A LOS 05 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2016

LAS FECHAS MÁXIMAS Y LOS VALORES DE PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO SE ENCUENTRAN EN EL CONVENIO DE PAGO ANEXO.

FIRMA AUTORIZADA

EL TOMADOR

CLAVE	CLASE	INTERMEDIARIOS NOMBRE	% PARTICIPACION
45258	Agente	LILIANA PAOLA MORCILLO PER	100.00



V-2122

Usuario DCRIVEROS

OFICINA PRINCIPAL: CARRERA 7° No. 24-89 PISO 7° TEL 3364577 BOGOTÁ D.C. COLOMBIA

- ORIGINAL -

17



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
860 002 183-9

SUC	RAMO	POLIZA No
24	51	2033997

CONVENIO DE PAGO D ANEXO NUMERO 1 QUE FORMA PARTE INT

S DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA E
Y CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA ARRIBA DETALLA
DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO
REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIEI
CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA INICIAL : \$**1,540,815.00
VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA : \$**1,540,815.00
FORMA DE PAGO CONVENIDA : ANUAL

PLAN DE PAGOS

SEGUN EL ARTICULO 1068 DEL CODIGO DE COMERCIO, E
CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSAB
SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZ
PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA
SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA
CONTRATO.

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA C
MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA I
DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMEN
INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CO
GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECI

SE FIRMA EN VALLEDUPAR

EN MAYO

DE 2016

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

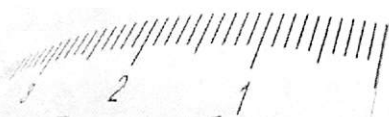
ITUD DEL SEGURO, EN LA CARATULA
A EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO
OR PARTE DEL ASEGURADO SERAN
RES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE

E LA PRIMERA PRIMA O FRACCION
A INICIACION DE LA VIGENCIA DEL
ON CONVENIDA POSTERIORES A LA
EINTA DIAS CALENDARIO TAL COMO
LA TERMINACION AUTOMATICA DEL

FIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A
UESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO
S POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL
LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS
PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

EL ASEGURADO

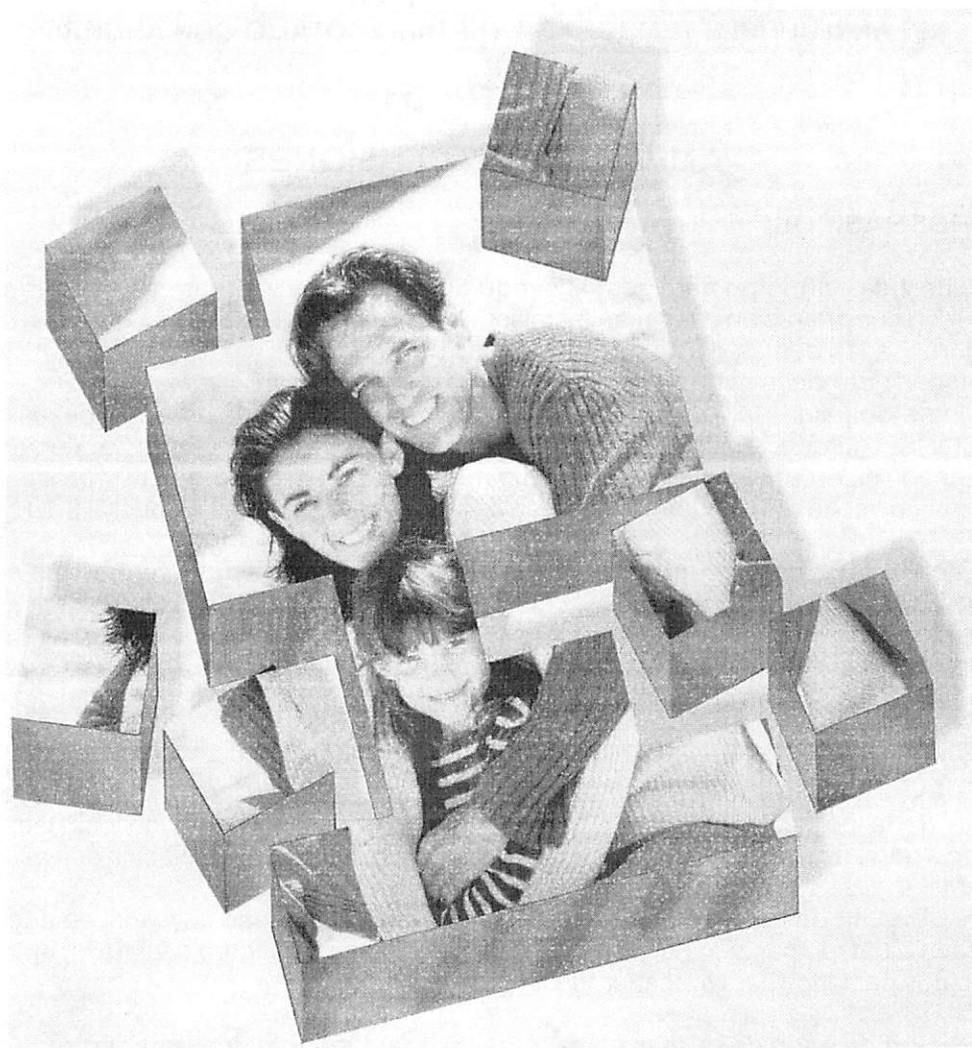




Vida

a mi medida

Mi propia opción de seguro de vida



¡Siente tu bandera,
cree en tu país!

Clausulado



COLPATRIA
SEGUROS DE VIDA

CLAUSULA

Vida

a mi medida

Mi propia opción de seguro

SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S
CÓDIGO 27/04/07-1404P-38- V
PÓLIZA DE SEGURO DE VI
PLAN MÚLTIPLE TEMPORAL A TÉRMI

02.183-9
RIL 2007
DIDA
O CON AHORRO

CAPITULO

AMPAROS Y EXCL

S

1. AMPAROS BÁSICOS

- 1.1 **Básico de vida y anticipo para gastos exequiales** póliza, y en consideración a las manifestaciones de de seguro y a las demás declaraciones hechas a S examinador, que hacen parte de este contrato, Segu denominará Colpatria, salvo pacto en contrario, pag el capital asegurado ajustado conforme a la va seleccionada en la carátula de la póliza como referen ocurra por un hecho o circunstancia excluido de amp

PARÁGRAFO I: En caso de fallecimiento del asegu toda obligación derivada de los amparos otorgac asegurado en la póliza que sobreviva al asegurado vida en las mismas condiciones de cobertura y asegurado adicional, por el tiempo que faltare para en la carátula de la póliza.

PARÁGRAFO II: En caso de fallecimiento simultáne vigencia de la póliza, se pagará el capital asegu cesando a partir de este pago, toda obligación a carg

PARÁGRAFO III: En caso de fallecimiento del cóny asegurado ajustado pactado para el cónyuge; y el c los amparos pactados para el asegurado.

- 1.2 **Exoneración de pago de primas en caso de incap** queda total y permanentemente incapacitado y e exonerará del pago de la prima de protección del a exequiales, mientras dure tal incapacidad, siempre y la incapacidad no tenga pendiente el pago de ning plazo de gracia; exceptuándose lo estipulado en el nu

ón a las condiciones de la presente rado(s), contenidas en la solicitud Vida Colpatria S.A. y/o al médico Colpatria S.A., que en adelante se neficiarios, en pesos colombianos, ; presente la unidad o moneda e. Siempre y cuando la muerte no idición general 3. Exclusiones.

mina el contrato de seguro y cesa óliza. No obstante, si existe un Colpatria le expedirá un seguro de jurado ajustado que tenía dicho l periodo original del plan pactado

asegurados, ocurrido dentro de la do pactado por cada asegurado, ia en relación con este contrato.

ado adicional se pagará el capital eguro seguirá vigente respecto de

al y permanente: Si el asegurado e vida está vigente, Colpatria le co de vida y anticipo para gastos l fecha de la calificación médica de espues de expirado el respectivo e este Capítulo.

2. AMPAROS ADICIONALES

Esta póliza incluye además los siguientes amparos adicionales, definidos en el Capítulo II, de las Condiciones Generales aplicables a los amparos adicionales, cuando se hayan pactado expresamente en la carátula de la póliza o sus anexos y mediante el pago de la correspondiente prima adicional. Exceptuándose lo estipulado en el numeral 3 de este Capítulo.

- 2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- 2.2 DOBLE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- 2.3 INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS DE DESMEMBRACIÓN
- 2.4 ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES
- 2.5 SUMA ADICIONAL POR ENFERMEDADES GRAVES
- 2.6 AUXILIO DE HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE
- 2.7 SEGURO POR SOBREVIVENCIA

3. EXCLUSIONES:

No se amparan bajo esta póliza los siguientes hechos y/o circunstancias.

3.1 Exclusiones aplicables al amparo básico de vida y anticipo para gastos exequiales.

Se excluye de amparo la muerte del asegurado causada por suicidio o sus tentativas ocurrida durante el primer año de vigencia del seguro, estando o no en sano juicio o por causa de participación en actos ilícitos. En este caso Colpatria se limitará a reembolsar a los beneficiarios los valores de cesión disponibles que la póliza tenga acreditados a la fecha del fallecimiento.

3.2 Exclusiones aplicables al amparo de la incapacidad total y permanente.

No hay lugar a indemnización cuando la incapacidad sobrevenga a consecuencia de la tentativa de suicidio, o por lesiones causadas deliberadamente a sí mismo por el asegurado.

3.3 Exclusiones aplicables al amparo de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios de desmembración.

No hay lugar a indemnización cuando la muerte o las lesiones o la incapacidad que sufra el asegurado sean consecuencia directa o indirecta de los siguientes hechos, u ocurran en alguna de las siguientes circunstancias:

- A) Que sobrevenga a consecuencia de la tentativa de suicidio, o por lesiones causadas deliberadamente a sí mismo por el asegurado.
- B) Homicidio simple o en cualquiera de sus modalidades, o por el delito de lesiones personales, salvo en los casos que el beneficiario presente fallo de autoridad competente que califique el hecho como homicidio o lesiones culposas, o cuando el hecho ocurra en las circunstancias previstas en el ordinal b) del numeral 2.3 del Capítulo II denominado "Extensión de amparo de muerte accidental y beneficio de desmembración", o cuando se trate de lesiones o muerte en accidente de tránsito.

- competencias, utilizando animales, experimentos para estas pruebas, o por el contrario.

ón a consecuencia de accidente

idad sean consecuencia directa o
ias, utilizando animales, vehículos
as pruebas, o la participación en

os adicionales de indemnización
ción, auxilio de hospitalización a
partos, así sean causados por

ia adicional por enfermedades

o pagar la indemnización bajo el
le suma adicional, si el asegurado
n el mismo a consecuencia de o en

-) descubierto mediante test de
por otra enfermedad derivada de lo

- C) El cáncer de seno o matriz; o el cáncer de próstata en estadio uno (1a, 1b, 1c).
- D) Los tumores malignos de la piel (excepto melanomas malignos), cáncer in-situ no invasivo y tumores debidos a la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- E) Los accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes cerebro vasculares lentamente reversibles.
- F) La angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial, así como el tratamiento láser, operación de válvulas cardíacas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.
- G) Las enfermedades derivadas de la adicción al alcohol o a drogas alucinógenas.
- H) Suicidio o la tentativa de suicidio.
- I) Lesiones causadas deliberadamente a sí mismo por el asegurado.
- J) El diagnostico o tratamiento terapéutico o quirúrgico recibido por el asegurado, por alguna de las enfermedades amparadas bajo el presente amparo, antes de los noventa (90) días siguientes a la expedición de este amparo.

4. Asegurado.

Para efecto de este contrato se entiende por asegurado:

4.1 Asegurado principal :

Es el tomador de la póliza, con derecho a tomar amparos adicionales, que en el texto de la póliza se denominará asegurado.

4.2 Asegurado adicional :

El asegurado(a) principal mediante este mismo contrato, podrá incluir como asegurado adicional a su cónyuge o compañero(a) permanente, pero únicamente por el amparo básico y hasta por una suma asegurada igual al 100% del capital asegurado por el amparo básico para el asegurado principal, con las mismas prerrogativas de crecimiento de capital asegurado establecidos para este contrato.

2.1.2 BENEFICIOS DE DESMEMBRACIÓN

Colpatria pagará al asegurado, el porcentaje o hasta concurrencia de la suma del capital asegurado ajustado, indicado en la "Tabla de Indemnizaciones", que aparece pactada en el numeral 2.4.2, una vez acreditada la lesión como consecuencia de accidente amparado por la presente póliza, mediante la presentación de las pruebas señaladas en la Condición General 2.2 Formalización del Reclamo del Capítulo III y siempre que la desmembración o pérdida ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días subsiguientes a la fecha del accidente.

2.2 DEFINICIONES

ACCIDENTE:

Para todos los efectos del contrato se entiende por accidente, la ocurrencia de un hecho ocasional, violento, externo, imprevisto y repentino, que cause al asegurado una lesión corporal; y por lesión accidental, el daño corporal que se compruebe médicamente que sea consecuencia inmediata y directa de un accidente tal como aquí se define, siempre que tal hecho no se halle excluido de amparo en la condición general 3. Exclusiones, del Capítulo I.

2.3 EXTENSIÓN DEL AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS DE DESMEMBRACIÓN

También quedan incluidos dentro del amparo la muerte y las lesiones que sean consecuencia directa de:

- A) La acción de animales, salvo en los casos previstos como exclusión en el literal G, del numeral 3.2, del Capítulo I.
- B) Homicidio o lesiones sufridas durante la ocurrencia de hurto cometido mientras el asegurado se encuentre en su residencia habitual o dentro de la sede habitual de su actividad laboral, siempre y cuando, esta no sea ambulante. En cualquier caso, el beneficiario deberá acreditar al momento de reclamar la indemnización el motivo y las circunstancias de tiempo, modo y lugar de ocurrencia del hecho conforme a lo previsto en la Condición General 2.2 Formalización del Reclamo, del Capítulo III, de este clausulado.
- C) Infecciones microbianas o septicemias, pero únicamente cuando el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa causada por un accidente cubierto por este amparo adicional.

PARÁGRAFO: Este amparo adicional no se otorga a personas paralíticas, sordas o ciegas; a las que padezcan epilepsia o enajenación mental, ni a las que hayan sufrido apoplejía de cualquier naturaleza o ataques de delirium tremens.

Si durante la vigencia del seguro, el asegurado sufre cualquiera de las anteriores enfermedades, sin que esta pueda atribuirse a un accidente cubierto por el amparo adicional, deberá informar tal hecho a Colpatria dentro de los diez (10) días siguientes a su ocurrencia o a su conocimiento, y esta podrá a su arbitrio solicitar reajuste de prima o revocar el presente amparo adicional reembolsando la parte de la prima no causada a partir del inicio de la enfermedad. transcurridos treinta (30) días desde que se presente tal estado sin que se haya notificado a Colpatria, terminará automáticamente el presente amparo, reembolsando al asegurado la parte de prima no devengada.

2.4 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

El pago se hará dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario entreguen a Colpatria los comprobantes y demás documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida cuando sea el caso, de conformidad con lo estipulado en la Condición General 2.2 Formalización del Reclamo, del Capítulo III.

2.4.1 MUERTE ACCIDENTAL:

Comprobado el fallecimiento del asegurado como consecuencia de accidente cubierto por el presente amparo adicional y siempre que la muerte ocurra dentro de los ciento ochenta (180) días subsiguientes a tal accidente, Colpatria pagará al beneficiario el capital asegurado ajustado por muerte accidental indicado en la carátula de la póliza o sus anexos, de acuerdo al numeral 1.2 del Capítulo III. De este capital asegurado ajustado se deducirá cualquier cantidad pagada en aplicación del numeral 2.4.2 de este Capítulo, siempre y cuando dicho pago haya sido ocasionado por el mismo accidente que provocó la muerte.

2.4.2 BENEFICIOS DE DESMEMBRACIÓN:

Comprobada la lesión del asegurado como consecuencia de siempre que la desmembración o pérdida ocurra dentro de los 180 días siguientes a la fecha de tal accidente, Colpatria pagará al asegurado, la indemnización que en la tabla que figura a continuación, aplicado sobre el valor asegurado debidamente ajustada de acuerdo al numeral 1.2. del Capítulo III

sierto por el presente amparo adicional, (180) días subsiguientes a la fecha de tal e acuerdo con el porcentaje o suma fijado o en la carátula de la póliza o sus anexos,

TABLA DE INDEMNIZACIONES

POR PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE:

- A) La visión por ambos ojos.....
- B) Ambas manos o ambos pies o una mano y un pie.....
- C) Una mano o un pie, junto con la pérdida de la visión por un ojo.....
- D) Una mano o un pie.....
- E) La visión por un ojo.....
- F) Tres dedos o más de una mano, causados por amputación quirúrgica o traumática y siempre que comprenda la totalidad de las falange.....
- G) El dedo índice y el pulgar de la misma mano, causadas por amputación quirúrgica o traumática y siempre que comprenda la totalidad de las falanges.....
- H) 3 dedos o más de un pie, causados por amputación quirúrgica o traumática y siempre que comprenda la totalidad de las falange.....

Colpatria pagara además, en un todo de acuerdo con lo estipulac

- I) Enajenación mental incurable que impide todo trabajo.....
- J) La pérdida total e irreparable de la audición de ambos oídos.....
- K) Pérdida total e irreparable del habla.....

Para efectos de este amparo se entiende por "pérdida total e irreparable muñeca, o por encima de ella, y por "pérdida total e irreparable del tibioastragalina, o por encima de ella. Se entiende también por "pérd definitiva del órgano o miembro lesionado en forma tal que no pued excepción de los dedos con respecto a los cuales solo se causará la ind asegurado sufra varias de las lesiones arriba enumeradas durante la v Colpatria no excederá del límite máximo del capital asegurado ajustado "datos póliza" en la carátula de la solicitud-póliza o en document indemnizaciones pagadas por concepto de los ordinales f), g) y h) se de por concepto de la pérdida de la mano o pie respectivo.

PORCENTAJE DEL CAPITAL ASEGURADO AJUSTADO

-100%
-100%
-100%
-50%
-50%
-30% sin exceder de tres (3) SMLMV,
-30% sin exceder de tres (3) SMLMV
-10% sin exceder de un (1) SMLMV

eral, las siguientes indemnizaciones:

-100%
-75%
-50%

amputación traumática o quirúrgica de la ición que se verifique por la articulación "arable" la inhabilitación funcional total y ninguna de sus funciones naturales, con ando haya amputación. En caso de que el ampato adicional, la responsabilidad de ración indicada en el cuadro denominado "anexos adicionales a la póliza". Las lquier pago que se hiciere posteriormente

3. ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES

3.1 AMPARO

Colpatria otorga amparo al asegurado cuando le sea diagnosticada du enfermedades tal como aparecen definidas en el numeral 3.3 Definicion

- A) Infarto de miocardio.
- B) Cáncer.
- C) Accidente cerebro vascular.
- D) Insuficiencia renal crónica.
- E) Esclerosis múltiple.
- F) Afectaciones de las arterias que requieran cirugía de revascularizaci
- G) Trasplante de órganos vitales.
- H) Parálisis.
- I) Ceguera.
- J) Distrofia muscular.

ia del seguro cualquiera de las siguientes título:

pass).

- K) Quemaduras graves.
- L) Reemplazo de la válvula del corazón.

3.2 LÍMITE DEL BENEFICIO

Este amparo solamente podrá aplicarse a las enfermedades graves definidas en el numeral 3.3 del presente Capítulo, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la expedición o última rehabilitación del presente anexo, por un médico legalmente autorizado y confirmado por evidencias aceptables que pueden ser clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

3.3 DEFINICIONES

Para todos los efectos previstos en la póliza y en este amparo adicional, se entiende por:

- A) **INFARTO DE MIOCARDIO:**
Muerte del tejido del miocardio que resulta de la insuficiencia absoluta o relativa de irrigación sanguínea. El diagnóstico debe ser evidenciado por los siguientes tres criterios:

- Una historia de dolor torácico típico
- Nuevos cambios característicos de infarto en el ecg
- Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Se excluyen: el infarto del miocardio sin elevación del segmento st con elevación de troponina I ó T; otros síndromes coronarios agudos.

- B) **CÁNCER:**
Enfermedad que se caracteriza por la presencia de un tumor maligno, debido al aumento de células anormales que derivan de determinado tejido normal e invasión de tejidos adyacentes. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida; el término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

Se excluyen:

- NIC (neoplasia epitelial cervical) en cualquier etapa.
- Tumores premalignos.
- Cáncer in-situ no invasivo.
- Cáncer de seno o matriz.
- Cáncer de próstata en estadio uno (1a, 1b, 1c).
- Cáncer de piel incluido el melanoma maligno.
- Cualquier tumor en presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana.

- C) **ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR:**
Es la pérdida súbita de la función cerebral ocasionada por una insuficiencia absoluta de irrigación sanguínea a una parte del tejido nervioso central, que cause síntomas tales como pérdida permanente de movimiento, pensamiento, memoria, lengua o sensibilidad por más de veinticuatro (24) horas. Puede ser causada por trombosis, embolia, estenosis o hemorragia arterial cerebral.

Debe ser diagnosticada mediante pruebas de función neurológica realizadas por un neurólogo después de transcurridas doce (12) semanas como mínimo contadas a partir del accidente.

- E) **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:**
Es un estado de deterioro progresivo e irreversible de la función renal, con incapacidad general de los dos (2) riñones para excretar los desechos nitrogenados, regular el equilibrio hidroelectrolítico y secretar hormonas; siempre que requiera transplante de riñón y/o tratamiento con diálisis renal extracorpórea al menos una vez a la semana. La necesidad de diálisis regular, deberá estar certificada por un informe de un médico especialista en nefrología.
- E) **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:**
Es un padecimiento que afecta solo el sistema nervioso central, caracterizado por anomalías neurológicas progresivas e irreversibles, que llevan a un estado de incapacidad severa. Esto debe ser evidenciado por síntomas típicos de desmielinización y deterioro de las funciones motoras y sensoriales y además por hallazgos típicos en la resonancia nuclear magnética. Las anomalías neurológicas deben haber existido por un periodo continuo de por lo menos seis (6)

meses o debe haber tenido al menos dos episodios clínicamente veinticuatro (24) horas y con un intervalo de un mes entre ellos y

- F) **AFECTACIÓN DE LAS ARTERIAS QUE REQUIERAN CIRUGÍA:**
Es la intervención quirúrgica a corazón abierto, con el fin de coronarias, realizándose uno o más puentes arteri coronarios intervención haya sido aprobada por un médico especialista y de la angioplastia, otros procedimientos intra-arteriales, cirugía por
- G) **TRANSPLANTE DE ÓRGANOS VITALES:**
Es el reemplazo mediante intervención quirúrgica de uno o más: páncreas, riñones, intestino delgado o médula ósea. El trans cualquier transplante de otro tejido son excluidos.
- H) **PARÁLISIS:**
Pérdida total y permanente de la función de dos o más extremidades: brazo completo (desde el hombro incluido, hasta la mano) o una como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula. No tendrán cubrimiento las parálisis incompletas, monoplejías y

La cobertura incluye exclusivamente los siguientes tipos de parálisis:

- a) **Cuadriplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades superiores y inferiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
- b) **Paraplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades inferiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
- c) **Diplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades superiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
- d) **Hemiplejia:** Pérdida total y permanente de la función de una extremidad superior y una inferior como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
- e) **Tetraplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades superiores y inferiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
- I) **CEGUERA:**
Es la pérdida total e irreversible de la visión en ambos ojos, la oftalmología.
- J) **DISTROFIA MUSCULAR:**
Es una patología caracterizada por atrofia y debilidad de los músculos que inexorablemente hasta llegar al estado de invalidez. Todo ello sin aparente del sistema nervioso.
- K) **QUEMADURAS GRAVES:**
Lesiones en los tejidos ocasionadas por quemaduras de tercer grado, térmicas, eléctricas o químicas, en por lo menos el veinte por ciento de la superficie del cuerpo, área medida por la regla del nueve.
- L) **REEMPLAZO DE VÁLVULAS CARDÍACAS:**
Cirugía a corazón abierto para reemplazar las válvulas cardíacas defectuosas o anomalías en las mismas. Se excluye la valvuloplastia y técnicas similares.

3.4 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago se hará dentro del mes siguiente a la fecha en que se presenten los comprobantes y demás documentos necesarios para acreditar el siniestro, cuando sea el caso, conforme a lo estipulado en la Condición General de Colpatria. Colpatria pagará el valor del capital asegurado ajustado para el siniestro pactado en la carátula de la póliza o sus anexos para el amparo de

los (cada cual con una duración mínima de tres meses y treinta días de las áreas del sistema nervioso central).

BY-PASS CARDÍACA (BY-PASS):
Es la intervención quirúrgica de anastomosis u oclusión de dos o más arterias coronarias, siempre que la necesidad de la mencionada intervención haya sido aprobada por un médico especialista en una angiografía coronaria. Se excluyen la angioplastia y otros procedimientos con láser.

Los órganos vitales: corazón, pulmones, hígado, riñones y los demás órganos, parte de órganos o

extremidades, entendiéndose una extremidad como un brazo o una pierna (desde la cadera incluida, hasta el pie), involucra la parálisis motora o neurológica. No tendrán cubrimiento las parálisis incompletas.

La cobertura incluye exclusivamente los siguientes tipos de parálisis:
a) **Cuadriplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades superiores y inferiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
b) **Paraplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades inferiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
c) **Diplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades superiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
d) **Hemiplejia:** Pérdida total y permanente de la función de una extremidad superior y una inferior como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.
e) **Tetraplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas piernas y pérdida del movimiento de la médula espinal.

La cobertura incluye exclusivamente los siguientes tipos de parálisis:

La cobertura incluye exclusivamente los siguientes tipos de parálisis:
a) **Cuadriplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades superiores y inferiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.

La cobertura incluye exclusivamente los siguientes tipos de parálisis:
a) **Cuadriplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades superiores y inferiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.

La cobertura incluye exclusivamente los siguientes tipos de parálisis:
a) **Cuadriplegia:** Pérdida total y permanente de la función de ambas extremidades superiores y inferiores como consecuencia de una lesión o una enfermedad de la médula espinal.

El pago se hará dentro del mes siguiente a la fecha en que se presenten los comprobantes y demás documentos necesarios para acreditar el siniestro, cuando sea el caso, conforme a lo estipulado en la Condición General de Colpatria. Colpatria pagará el valor del capital asegurado ajustado para el siniestro pactado en la carátula de la póliza o sus anexos para el amparo de

Para que Colpatría proceda a pagar la indemnización bajo el presente anexo, el asegurado deberá presentar historia clínica completa, exámenes de diagnóstico y demás pruebas que determinen sin duda alguna, la ocurrencia del riesgo amparado.

En los casos de cirugía de revascularización cardíaca, reemplazo de válvulas cardíacas y transplante de órganos vitales, la indemnización se estudiará una vez efectuada la intervención quirúrgica.

Mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo, Colpatría podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, a fin de confirmar la intervención quirúrgica (arterio-coronaria, de reemplazo de válvulas cardíacas o transplante de órgano vital), o tener certeza de la existencia del riesgo amparado.

PARÁGRAFO: Si el seguro de vida individual al cual accede el presente amparo adicional, ha sido contratado adicionalmente con "amparo de incapacidad total y permanente" y se ha solicitado indemnización en aplicación de este, Colpatría se abstendrá de pagar indemnización por el presente amparo hasta tanto no se defina si paga el reclamo por incapacidad total y permanente.

3.5 AJUSTE Y DEDUCCIONES A LA PÓLIZA

El pago de la indemnización bajo el presente amparo, será deducido de la indemnización que corresponda al amparo básico en el seguro de vida individual al cual accede, en tal caso la prima del seguro principal se reducirá en la misma proporción desde la fecha de pago de la indemnización.

Este ajuste operará en forma similar, cuando la póliza de vida individual tenga contratado adicionalmente el "amparo de incapacidad total y permanente".

4. SUMA ADICIONAL POR ENFERMEDADES GRAVES

En virtud del pago adicional de prima y si así se pacta expresamente en la carátula de la póliza, salvo lo estipulado en el numeral 3.3 de la Condición General 3 Exclusiones, del Capítulo I, Colpatría pagará el capital asegurado ajustado pactado en la carátula de la póliza o en sus anexos, cuando al asegurado le sea diagnosticada durante la vigencia del seguro cualquiera de las enfermedades descritas y definidas en el numeral 3.3 del presente Capítulo II.

4.1 LIMITE DEL BENEFICIO

Este amparo solamente podrá aplicarse a las enfermedades graves definidas en el numeral 3.3. del presente Capítulo II, cuando estas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la expedición o última rehabilitación del presente anexo, por un médico legalmente autorizado y confirmado por evidencias aceptables que pueden ser clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, y siempre y cuando el asegurado sobreviva por mas de un (1) mes a partir del diagnóstico inicial de la enfermedad.

4.2 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Para que Colpatría proceda a pagar la indemnización bajo este amparo adicional, el asegurado deberá presentar historia clínica completa, exámenes de diagnóstico y demás pruebas que determinen sin duda alguna, la ocurrencia del riesgo amparado, de conformidad con lo pactado en la Condición General 2.2 Formalización del Reclamo, del Capítulo III. Colpatría pagará el valor del capital asegurado ajustado pactado en la carátula de la póliza o sus anexos para este amparo.

En los casos de cirugía de revascularización cardíaca, reemplazo de la válvula del corazón o transplante de órganos vitales, la indemnización se estudiará una vez efectuada la intervención quirúrgica.

Mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo, Colpatría podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, a fin de confirmar la intervención quirúrgica (arterio-coronaria, reemplazo de la válvula del corazón o transplante de órgano vital), o tener certeza de la existencia del riesgo amparado.

Si el seguro de vida individual ha sido contratado con los amparos adicionales de suma adicional por enfermedades graves y de incapacidad total y permanente y se ha solicitado indemnización en aplicación de este último, Colpatría se abstendrá de pagar indemnización por el amparo de suma adicional por enfermedades graves, hasta tanto no se defina si paga u objeta el reclamo por incapacidad total y permanente.

5. AUXILIO DE HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

5.1 AMPARO

Si dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el asegurado tuviere que ser hospitalizado por prescripción médica, la permanencia continua de cinco (5) días calendario, Colpatria le otorgará un subsidio de hospitalización equivalente a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes (10 SMLMV). Este subsidio se otorgará una vez en cada anualidad de la póliza.

PARÁGRAFO: Para todos los efectos previstos en el presente artículo, la hospitalización debe ocurrir en un establecimiento de asistencia médica hospitalaria.

5.2 DEFINICIONES

Para todos los efectos previstos en esta póliza, se entiende por:

MÉDICO: Cualquier profesional graduado y legalmente autorizado para prestar los servicios médicos y/o quirúrgicos previstos en esta póliza.

CLÍNICA U HOSPITAL: Se refiere este término al establecimiento organizado, registrado y autorizado para atender enfermos.

HOSPITALIZACIÓN: Se considera hospitalización para los efectos del artículo anterior, la permanencia obligada del asegurado, necesaria para recuperarse de lesión o enfermedad, en una clínica u hospital por un periodo mínimo continuo de permanencia de cinco (5) días calendario.

6. SEGURO POR SOBREVIVENCIA.

En caso de sobrevivir el asegurado principal de la póliza a la fecha de vencimiento de la póliza se encuentre en vigor en dicha fecha, el asegurado tendrá derecho al pago del cien por ciento (100%) del fondo especial de ahorro que la póliza tenga acumulada (100%) del valor del fondo de acumulación por sobrevivencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 7, del Capítulo III.

PARÁGRAFO: En caso de que el asegurado no se presente a recibir el pago del fondo de sobrevivencia dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de terminación de vigencia, Colpatria otorgará a su favor un depósito sin intereses con el valor que tenga derecho.

7. VALOR INICIAL ASEGURADO DE LOS AMPAROS ADICIONALES

Es la cuantía o el porcentaje de capital asegurado inicial del amparo adicional otorgado en las condiciones generales especiales aplicables al amparo adicional. Las sumas aseguradas se incrementarán en la misma variación porcentual que el valor asegurado del amparo básico de vida. Colpatria se reserva el derecho de modificar las condiciones diferentes a las originalmente pactadas.

8. TERMINACIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES

Los amparos adicionales otorgados por la póliza terminarán por la expiración de su vigencia o por las causas o circunstancias:

- A) A partir de la terminación de la anualidad en que el asegurado haya alcanzado los sesenta y cinco (65) años de edad. Las sumas aseguradas solo conllevarán como obligación para Colpatria la devolución de la prima pagada por ese concepto.

accidente amparado por esta póliza, el asegurado tendrá derecho a un subsidio de hospitalización equivalente a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes (10 SMLMV). Este subsidio se otorgará una vez en cada anualidad de la póliza.

Para todos los efectos previstos en el presente artículo, la hospitalización debe ocurrir en un establecimiento de asistencia médica hospitalaria.

profesional graduado y legalmente autorizado para prestar los servicios médicos y/o quirúrgicos previstos en esta póliza.

Se refiere este término al establecimiento organizado, registrado y autorizado para atender enfermos.

Se considera hospitalización para los efectos del artículo anterior, la permanencia obligada del asegurado, necesaria para recuperarse de lesión o enfermedad, en una clínica u hospital por un periodo mínimo continuo de permanencia de cinco (5) días calendario.

En caso de sobrevivir el asegurado principal de la póliza a la fecha de vencimiento de la póliza se encuentre en vigor en dicha fecha, el asegurado tendrá derecho al pago del cien por ciento (100%) del fondo especial de ahorro que la póliza tenga acumulada (100%) del valor del fondo de acumulación por sobrevivencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 7, del Capítulo III.

En caso de que el asegurado no se presente a recibir el pago del fondo de sobrevivencia dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de terminación de vigencia, Colpatria otorgará a su favor un depósito sin intereses con el valor que tenga derecho.

Es la cuantía o el porcentaje de capital asegurado inicial del amparo adicional otorgado en las condiciones generales especiales aplicables al amparo adicional.

Las sumas aseguradas se incrementarán en la misma variación porcentual que el valor asegurado del amparo básico de vida. Colpatria se reserva el derecho de modificar las condiciones diferentes a las originalmente pactadas.

Los amparos adicionales otorgados por la póliza terminarán por la expiración de su vigencia o por las causas o circunstancias:

- A) A partir de la terminación de la anualidad en que el asegurado haya alcanzado los sesenta y cinco (65) años de edad. Las sumas aseguradas solo conllevarán como obligación para Colpatria la devolución de la prima pagada por ese concepto.

- B) Por revocación unilateral del asegurado terminará automáticamente a partir de la fecha de recibo del aviso por parte de Colpatria, caso en el cual el importe de la prima devengada y el de la devolución correspondiente, se calculará teniendo en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo.
- C) Sin perjuicio de los derechos del asegurado derivados de los riesgos amparados ocurridos con anterioridad, Colpatria podrá revocar unilateralmente cualquier amparo adicional, en todos o en algunos de los riesgos pactados en la carátula de la póliza o sus anexos, mediante aviso escrito enviado al asegurado a la última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, en este caso Colpatria devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, correspondiente al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del amparo adicional. En caso de renuncia del asegurado a recibir la parte de la prima no devengada, Colpatria constituirá a su favor un depósito, sin intereses, para que lo retire cuando a bien lo tenga.
- D) Cuando el amparo básico de vida termine o se convierta en seguro saldado o prorrogado.
- E) Si el asegurado fuere exonerado del pago de las primas del amparo básico de vida en virtud del amparo de exoneración del pago de primas en caso de incapacidad total y permanente. Colpatria devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada. En caso de renuncia del asegurado a recibir la parte de la prima no devengada, Colpatria constituirá a su favor un depósito, sin intereses, para que lo retire cuando a bien lo tenga.
- F) Si el asegurado fuere indemnizado en aplicación del amparo de incapacidad total y permanente.

9. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO

El tomador o el asegurado deberá notificar por escrito a Colpatria los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato, cuando estos signifiquen agravación del estado del riesgo de salud u ocupación. La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de la modificación, si esta depende del arbitrio del asegurado o del tomador; si le es extraña la notificación se hará dentro de los diez (10) días siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos treinta (30) días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación en los términos anteriores Colpatria podrá revocar el presente amparo adicional o modificar las condiciones y exigir el reajuste a que hubiere lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna producirá la terminación de los amparos adicionales y la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a Colpatria a retener la prima no devengada.

CAPITULO III

CONDICIONES GENERALES APLICABLES A LOS AMPAROS BÁSICOS Y ADICIONALES

1. CAPITAL ASEGURADO

- 1.1 CAPITAL ASEGURADO INICIAL: Es la suma pactada en la carátula de la póliza a partir de la cual se determina el valor a pagar, en pesos colombianos, en caso de ocurrencia de un hecho amparado por la póliza.
- 1.2 CAPITAL ASEGURADO AJUSTADO: el capital asegurado inicial se va ajustando día a día en la misma proporción en que varíe la unidad de la moneda o el valor pactado y seleccionado en la carátula de la póliza para determinar el reajuste del capital asegurado inicial, que podrá convenirse con referencia a la Unidad de Valor Real (UVR) o la unidad que la reemplace, o al dólar, o al euro, cuyo valor se tomará como referencia de ajuste desde la fecha de expedición de la póliza, hasta la fecha del siniestro o causación del seguro.

El valor así determinado, a cualquier fecha, se denominará reajustado al final de cada día contado a partir de la fecha de expedición; aplicando la variación contratada de UVR, dólar, o euro.

1.3 REFERENCIA DE AJUSTE DEL CAPITAL ASEGURADO: el valor para la unidad o moneda seleccionada en la carátula de la póliza

- Para UVR: el valor diario de la unidad de valor real o valor de siniestro o de la liquidación del valor de cesión o de sobrevivencia.
- Para dólares: se aplica la tasa representativa diaria del mercado del valor de cesión o de sobrevivencia o del ahorro.
- Para euros: es la resultante de aplicar la tasa representativa diariamente por el banco central europeo (Euros/US\$), a la fecha de sobrevivencia o del ahorro.

2. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:

2.1 AVISO DE SINIESTRO.

Dentro de los veinte (20) días calendarios siguientes a la ocurrencia del siniestro, el asegurado o el beneficiario deberán dar aviso a Colpatría respecto de cualquier hecho o circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación.

2.2 FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO.

El pago de la indemnización se hará dentro del mes siguiente a la presentación de la reclamación acompañada de los documentos que acrediten el siniestro y la cuantía de la pérdida, según el caso. A continuación se listan los documentos que son probatorios para acreditar el derecho al pago.

2.2.1 POR MUERTE

- Carta de reclamación.
- Registro civil de nacimiento del asegurado o en su defecto partida de nacimiento.
- Fotocopia del documento de identidad.
- Registro civil de defunción.
- Declaración del médico (forma v-2041)
- Declaración del beneficiario (forma v-2040)
- Original de la póliza.
- Registro civil de nacimiento de los beneficiarios menores de edad.
- Fotocopia de la historia clínica.

ANTICIPO DE EXEQUIAS.

- Carta de reclamación.
- Registro civil de defunción.
- Facturas de los gastos de exequias.

2.2.2 POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- Carta de reclamación.
- Informe y certificado médico sobre el tipo de incapacidad y su causa.
- Fotocopia de la historia clínica del asegurado expedida por los médicos.
- Copia del fallo sobre representación legal, curador o guardador.

2.2.3 POR LESIÓN O MUERTE ACCIDENTAL O VIOLENTA

- Copia del acta de levantamiento de cadáver.
- Copia del certificado de necropsia.
- Copia auténtica(da) de providencia ejecutoriada proferida por el juez competente.
- Fotocopia de la historia clínica según el caso.

PARÁGRAFO: Colpatría tendrá derecho a solicitar la práctica de necropsia o de una exhumación en caso de

muerte ajustado. El capital asegurado se pagará dentro de las dieciocho (18) horas del respectivo día.

de equivalencia, en pesos colombianos, o en dólares, e así:

se le reemplace, liquidado a la fecha del siniestro,

a la fecha del siniestro o de la liquidación.

mercado (Col \$/ US \$) a la tasa publicada en el día de la liquidación del valor de cesión o de

siniestro el asegurado o el beneficiario que pueda dar lugar a una reclamación.

que el asegurado o beneficiario entreguen a Colpatría la reclamación acompañada de los documentos que acrediten el siniestro y la cuantía de la pérdida, según el caso, para tal efecto, sin perjuicio de la libertad

o

los hospitalarios.
beneficiarios menores de edad.

competente.

necropsia o de una exhumación en caso de

2.2.4 BENEFICIO DE DESMEMBRACIÓN

- Carta de reclamación
- Fotocopia de la historia clínica del asegurado expedida por el o los centros hospitalarios
- Informe de autoridad competente, según el caso

2.2.5 ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES Y SUMA ADICIONAL POR ENFERMEDADES GRAVES

- Historia clínica completa.
- Exámenes de diagnóstico.
- Y demás pruebas que determinen sin duda alguna, la ocurrencia del riesgo amparado.

2.2.6 AUXILIO DE HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

Para que Colpatria proceda a pagar la indemnización bajo el presente amparo adicional, el asegurado deberá presentar:

- Carta de reclamación
- Facturas de los gastos por la hospitalización.
- Fotocopia de la historia clínica del asegurado expedida por el o los centros hospitalarios.

2.2.7 SEGURO POR SOBREVIVENCIA

- Carta de solicitud.
- El original de la póliza.
- Copia de la cédula de ciudadanía.
- Declaración de supervivencia.

3. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

El pago de toda indemnización se realizará dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario entreguen a Colpatria los comprobantes y documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida cuando sea el caso, de conformidad con lo pactado en la Condición General 2.2 Formalización del Reclamo Capítulo III.

4. VIGENCIA

4.1 INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

Previo el pago de la prima o de la primera cuota pactada en la carátula, la póliza iniciará vigencia y los riesgos asegurados comenzarán a correr por cuenta de Colpatria a partir de las dieciocho (18) horas del día de expedición de la póliza.

4.2 PERIODO DE COBERTURA O VIGENCIA DEL SEGURO:

Es el periodo que, previo el pago de la prima del seguro, corre desde la fecha de expedición de la póliza hasta la fecha de terminación que aparece en la carátula de la misma. Que puede ser de cinco (5), diez (10), veinte (20), o treinta (30) años, o hasta que el asegurado cumpla la edad de ochenta (80) años, según la cobertura elegida.

5. PAGO DE PRIMAS

El valor total de la prima del seguro, tanto del amparo básico como de cada uno de los amparos adicionales contratados, debe pagarse conjunta y simultáneamente, y con el mismo incremento anual estipulado para el amparo básico de vida, conforme a la unidad o moneda de ajuste pactada.

5.1 PRIMAS DEL SEGURO

La prima del seguro esta constituida por una parte destinada a la protección del amparo básico de vida, a la protección de los amparos adicionales contratados y a la cobertura de supervivencia, y otra parte destinada a la constitución del ahorro, así:

5.1.1 PRIMAS DE PROTECCIÓN:

Es la parte de la prima total destinada a la protección del riesgo cubierto por el amparo básico de vida y por los amparos adicionales contratados por el tomador.

5.1.2 PRIMAS DE AHORRO:

Es la proporción que sobre el valor de la prima de protección para el amparo básico del asegurado principal indicada en la

6. FONDO ESPECIAL DE AHORRO:

La prima de ahorro pactada en la carátula de la póliza, junto con las demás primas de ahorro de todas pólizas de seguros de vida del plan Vida a Mi Medida expedidas por Colpatria, constituirán un Fondo Especial de Ahorro, cuyos dineros serán invertidos conforme al régimen que determina el estatuto orgánico del sistema financiero para la inversión de las compañías de seguro. La totalidad de los rendimientos, positivos o negativos, de este fondo especial de ahorro, corresponderán proporcionalmente a cada contrato de seguro suscrito, previa deducción de los gastos de administración. El Fondo Especial de Ahorro se administrará de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento del "Fondo Especial de Ahorro de Vida a Mi Medida" que hace parte integral de este contrato

6.1 GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO ESPECIAL DE AHORRO

Colpatria incurre en gastos de administración del Fondo Especial de Ahorro los cuales serán deducidos automáticamente del monto de los rendimientos que correspondan a cada póliza, de acuerdo a lo estipulado en el Reglamento del "Fondo Especial de Ahorro de Vida a Mi Medida". En estos gastos se entienden incluidos el valor total causado por la retención en la fuente por concepto de los rendimientos, de modo tal que Colpatria asume totalmente en este gasto este tributo y por lo mismo, no se descontará este concepto en la liquidación que se haga a favor del asegurado. Estos gastos de administración solo se causan cuando los rendimientos del Fondo Especial de Ahorro hayan sido positivos.

6.2 RETIROS PARCIALES DEL FONDO ESPECIAL DE AHORRO:

A partir del primer día del segundo año, el asegurado tendrá derecho a realizar retiros parciales sobre los valores del Fondo Especial de Ahorro que correspondan a la póliza, hasta máximo el noventa por ciento (90%) de dichos valores.

El monto de estos retiros podrá ser reintegrado total o parcialmente durante la vigencia de la póliza.

6.3 PAGO EN CASO DE MUERTE.

Comprobado el fallecimiento del asegurado, Colpatria pagará al beneficiario, adicional a las obligaciones por concepto de seguro de protección, el valor del saldo del fondo de ahorro que la póliza tenga acreditado a la fecha de pago de la indemnización de la póliza.

7. FONDO DE ACUMULACIÓN DEL SEGURO POR SOBREVIVENCIA

La prima de sobrevivencia pactada en la carátula de la póliza, constituirá un fondo de acumulación cuyos dineros serán invertidos conforme al régimen que determina el estatuto orgánico del sistema financiero para la inversión de las reservas matemáticas de las compañías de seguro.

De acuerdo a la nota técnica se garantiza un rendimiento del tres por ciento (3%) adicional a la variación de la unidad o moneda pactada en la carátula de la póliza.

8. VALOR DE CESIÓN:

Es la suma que Colpatria tenga acreditada al asegurado en el fondo especial de ahorro en cualquier fecha dentro de la vigencia de la póliza, mas los valores causados por primas de protección no devengadas.

8.1 OPCIONES SOBRE EL VALOR DE CESIÓN:

El asegurado podrá disponer, total o parcialmente, del valor de cesión acreditado a esta póliza, de acuerdo con las siguientes opciones:

8.2 SEGURO SALDADO:

Utilizando como prima única la totalidad del valor de cesión disponible, el asegurado cuya póliza se encuentre vigente, podrá convertir esta póliza en un seguro saldado de vida entera. En este caso, el nuevo valor asegurado no podrá exceder el capital asegurado ajustado por la póliza sustituida en la fecha de conversión.

8.3 SEGURO PRORROGADO:

Utilizando como prima única la totalidad valor de cesión disponible, el asegurado cuya póliza se encuentre vigente, podrá convertir esta póliza en un seguro temporal creciente de iguales características y con capital asegurado inicial igual al alcanzado a la fecha de conversión, hasta por el periodo que resulte aplicando el valor de cesión destinado a tal efecto.

PARÁGRAFO: Si al hacer uso de una de las dos opciones anteriores (seguro saldado o seguro prorrogado), queda algún saldo de valor de cesión, este será entregado al asegurado.

- 8.4 APLICACIÓN DEL VALOR DE CESIÓN AL PAGO AUTOMÁTICO:
Si el asegurado no paga la prima de protección dentro del plazo previsto, ni escoge en este mismo plazo alguna de las opciones sobre valor de cesión, Colpatria pagará el valor de cesión tal como se pacta en el numeral 5.5 de este Capítulo III.

9. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El asegurado tendrá derecho a revocar el seguro en cualquier momento dentro de los primeros años de vigencia del seguro, el asegurado tendrá derecho a recibir el noventa por ciento (90%) del valor de cesión, y el tomador del seguro, deducidas en un diez por ciento (10%).

Si la revocación ocurre después de transcurridos dos (2) años de vigencia del seguro, el asegurado tendrá derecho a recibir el noventa por ciento (90%) del valor de cesión, y el tomador del seguro, deducidas en un diez por ciento (10%) del valor de cesión.

10. RETICENCIA:

El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que le sean propuestos por Colpatria. La reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por Colpatria la hubieren retraído de celebrar el seguro, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario de reticencia, no produce efecto si el tomador ha encubierto con culpa, hechos o circunstancias que produzcan riesgo. (Artículo 1058 C. C.).

11. IRREDUCTIBILIDAD:

Transcurrido un (1) año desde la fecha del perfeccionamiento de la prima o desde la última rehabilitación o desde la fecha de aprobación de un aumento de prima según el caso; el valor asegurado no podrá ser reducido por causa de las declaraciones de asegurabilidad. Este beneficio no se extiende a las primas adicionales que se hubieren expedido como complemento de este seguro.

ICA);

previsto, ni escoge en este mismo plazo alguna de las opciones sobre valor de cesión tal como se pacta en el numeral 5.5 de este Capítulo III.

a revocación ocurre dentro de los dos (2) años de vigencia del seguro, el asegurado tendrá derecho a recibir el noventa por ciento (90%) del valor de cesión, y el tomador del seguro, deducidas en un diez por ciento (10%).

ste contrato, el asegurado tendrá derecho a recibir el noventa por ciento (90%) del valor de cesión, y el tomador del seguro, deducidas en un diez por ciento (10%) del valor de cesión.

ue determinan el estado del riesgo, según el cuestionario de reticencia o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por Colpatria la hubieren retraído de celebrar el seguro, producen la nulidad relativa del seguro.

reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto con culpa, hechos o circunstancias que produzcan riesgo. (Artículo 1058 C. C.).

o desde la fecha de perfeccionamiento de la prima o desde la última rehabilitación o desde la fecha de aprobación de un aumento de prima según el caso; el valor asegurado no podrá ser reducido por causa de las declaraciones de asegurabilidad. Este beneficio no se extiende a las primas adicionales que se hubieren expedido como complemento de este seguro.

12. EDAD MÁXIMA DE INGRESO A LA COBERTURA DE LA PÓLIZA

La edad máxima de ingreso para el amparo básico, el amparo de sobrevivencia y los demás amparos adicionales, dependerá del periodo de cobertura elegido, conforme a la siguiente tabla:

PERIODO DE COBERTURA	EDAD MÁXIMA DE INGRESO		
	Amparo Básico	Amparo de Sobrevivencia	Amparos Adicionales
5	80	65	60
10	75	60	60
20	65	50	60
30	55	40	55
Hasta Edad 80	75	No aplica	60

La máxima edad de permanencia en este seguro para el amparo básico será hasta los ochenta y cinco (85) años.

La máxima edad de permanencia en este seguro para el amparo de sobrevivencia será hasta los setenta (70) años.

La máxima edad de permanencia en este seguro para los demás amparos adicionales será hasta los sesenta y cinco (65) años.

Si existiera inexactitud entre la edad real del asegurado y la que figure en la declaración de asegurabilidad, se procederá así:

A. Si la edad verdadera sobrepasa los límites máximos expresados en este numeral, el contrato queda afectado de nulidad.

B. En los demás casos el capital exigible variará en la proporción que exista entre las primas anuales correspondientes a las dos (2) edades en la fecha de expedición de la póliza, de acuerdo con las normas legales del artículo 1161 del código de comercio.

13. CONVERSIÓN.

El asegurado cuya póliza se encuentre vigente, puede cambiar este seguro por cualquier otro que tenga Colpatria, siempre y cuando lo solicite por escrito y no haya cumplido (80) ochenta años de edad.

PARÁGRAFO: En cualquiera de los casos anteriores, el nuevo seguro tendrá las mismas extra primas y restricciones del seguro convertido y su valor asegurado no será superior al que este hubiere alcanzado en la fecha de conversión.

La conversión se hará con base en la edad alcanzada por el asegurado en la fecha de su aceptación y la prima correspondiente a la tarifa que para esa edad y para el nuevo seguro tenga establecida Colpatria en ese momento.

14. REHABILITACIÓN

En caso de terminación automática por mora en el pago de la prima tal como se pacta en el numeral 5.5 de este Capítulo, éste podrá ser rehabilitado mediante solicitud escrita acompañada de pruebas de asegurabilidad satisfactorias a juicio de Colpatria y previo el pago de la suma adeudada para restablecer los valores de cesión que hubieren existido a la fecha de rehabilitación si todas las primas vencidas previamente hubiesen sido pagadas oportunamente. Colpatria se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de rehabilitación.

15. NOTIFICACIONES

Será prueba suficiente de cualquier declaración que hagan las partes, la constancia del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado a la última dirección registrada en la póliza.

En caso de siniestro el beneficiario deberá dar aviso a Colpatria de su acaecimiento, dentro de los quince (15) días siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer el fallecimiento.

16. MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones impresas en esta póliza para los amparos básicos o adicionales deberá hacerse por escrito.

17. DOMICILIO

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

18. NORMAS APLICABLES

Los asuntos no previstos en las condiciones anteriores se regirán por lo dispuesto en la ley colombiana.

ANEXO DE ASISTENCIA

Mediante el presente anexo, la Compañía de Seguros de Vida C ofrece servicios de asistencia en viaje, contenidos en las siguientes cláusulas.

Queda entendido que la obligación de la aseguradora se limita a lo establecido en el presente anexo. Dicho pago se realizará en dinero o mediante reposición, de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente anexo. El pago por reposición se realizará a través de un tercero.

CAPÍTULO I

Primera: Objeto del anexo

En virtud del presente anexo, la Compañía garantiza la asistencia material inmediata, en forma de prestación económica o reposición, en caso de dificultades, como consecuencia de un evento fortuito, o accidente, habitual, realizado en cualquier medio de locomoción por carretera, de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente anexo y los riesgos especificados en el mismo.

Segunda: Definiciones

Para los efectos de este anexo se entenderá por:

A. Tomador de seguro

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, a quien corresponde las obligaciones que se deriven del mismo, o el beneficiario.

B. Asegurado

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponde el pago del seguro.

Para los efectos de este anexo, tienen, además, la condición de beneficiarios los descendientes en primer grado de consanguinidad de la persona asegurada, siempre que convivan con éstas, y a sus expensas. Aunque viajen por separado.

Tercera: Ámbito territorial de las personas

El derecho a las prestaciones de este anexo para efectos de asistencia en viaje (cláusulas 4ª y 5ª) comenzará a partir del kilómetro quince del trayecto del asegurado.

Las coberturas referidas a personas (cláusula 4ª) y a su equipaje (cláusula 5ª) se extenderán a todo el territorio nacional, siempre que la persona asegurada no sea superior a noventa (90) días.

Cuarta: Cobertura a las personas

Las coberturas relativas a las personas aseguradas son la asistencia en viaje y la reposición de equipaje, de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

IAJE

La Compañía de Seguros de Vida C, en adelante la Compañía, asegura los riesgos de asistencia en viaje.

La Compañía garantiza la indemnización de los gastos de asistencia en viaje, de acuerdo con el artículo 1110 del Código de Comercio.

La Compañía garantiza la reposición del asegurado de una ayuda económica, cuando éste se encuentre en curso de un viaje fuera de su domicilio, de acuerdo con las prestaciones a las personas, de acuerdo con el presente anexo y por hechos derivados de los riesgos especificados en el mismo.

La Compañía garantiza este contrato, por tanto, a quien corresponde las obligaciones que se deriven del mismo, o el beneficiario.

En su caso, los derechos derivados del seguro.

Los beneficiarios: el cónyuge y los ascendientes y descendientes de la persona asegurada, siempre que se encuentren en cualquier medio de locomoción.

La asistencia en viaje a las personas y los equipajes se realizará en la dirección que figura en la póliza del seguro.

Para los efectos personales (cláusula 5ª), se extenderá a todo el territorio nacional, siempre que la persona asegurada fuera de su residencia.

En este artículo, que se prestarán de acuerdo con las condiciones establecidas a continuación:

CAPITULO II

A Nivel Nacional

En caso de accidente o enfermedad del beneficiario, la Compañía, organizará y pagará:

1. Traslado médico de urgencia.

- A. El control previo del equipo médico de la Compañía en contacto con el médico que atiende al beneficiario herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más apropiado y más cercano.
- B. El traslado al centro hospitalario más apropiado, de acuerdo con el médico tratante y el equipo médico de la Compañía según la naturaleza de las heridas o la enfermedad, por vehículo, ambulancia, avión de línea regular o cualquier otro tipo de avión.

El avión sanitario se utilizará en caso de que las heridas o enfermedad sean de tal gravedad que este medio sea el más adecuado según el criterio del médico tratante y del equipo médico de la Compañía.

- C. El traslado del beneficiario en avión de línea regular si las condiciones médicas lo permiten, al hospital o centro médico adecuado más cercano a su residencia permanente según las circunstancias, un médico o una enfermera acompañará al paciente.

2. Traslado a domicilio.

Si el beneficiario, después del tratamiento local, según el criterio del equipo médico de la Compañía no puede regresar a su domicilio como pasajero normal, la Compañía organizará su traslado por avión de línea regular u otro medio que considere adecuado y se hará cargo de todos los gastos suplementarios de ambulancia locales en aeropuerto, si fuese necesario y en el caso de que el ticket de regreso no fuese válido para tal propósito.

3. Traslado en caso de fallecimiento / funeral local.

En caso de fallecimiento del beneficiario, la Compañía hará los arreglos que sean necesarios (incluyendo las acciones necesarias para cumplir las formalidades oficiales), organizará y pagará por:

- A. El traslado del cuerpo o de sus cenizas al lugar de sepultura en la ciudad de residencia permanente (no quedan incluidos los gastos funerarios)
- B. A solicitud de los herederos o representantes del beneficiario, el funeral local del beneficiario, en el entendido que la responsabilidad financiera de la Compañía por dicho funeral a nivel local, estará limitada al equivalente del costo del traslado de los restos conforme a lo establecido en este inciso.

4. Gastos de hotel por convalecencia

La Compañía pagará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital y si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local o el equipo médico de la Compañía.

Esta garantía quedará limitada a un equivalente máximo de US\$ 100 por noche y por beneficiario, con un máximo de cinco (5) noches en Colombia.

5. Tiquete de ida y regreso para un familiar

Si el beneficiario debe permanecer hospitalizado por un periodo superior a ocho (8) días, la Compañía Colombia, un tiquete de ida y regreso por medio apropiado según criterio de la Compañía).

Si el beneficiario debe permanecer hospitalizado por un periodo superior a ocho (8) días, la Compañía Colombia, un tiquete de ida y regreso por medio apropiado según criterio de la Compañía).

6. Gastos de hotel para un acompañante

Si el beneficiario debe permanecer hospitalizado más de 5 días, la Compañía pagará los gastos de hotel para un acompañante, hasta un máximo de US\$ 100 en Colombia.

Si el beneficiario debe permanecer hospitalizado más de 5 días, la Compañía pagará los gastos de hotel para un acompañante, hasta un máximo de cinco (5) noches.

Quedan excluidos de esta garantía los costos de teléfono, transporte y alimentación.

Quedan excluidos de esta garantía los costos de teléfono, transporte y alimentación.

7. Acompañamiento de menores de 15 años

En caso de enfermedad o accidente del beneficiario, que deba permanecer hospitalizado y que se encontrara acompañado por menores de 15 años, la Compañía se hará cargo de:

En caso de enfermedad o accidente del beneficiario, que deba permanecer hospitalizado y que se encontrara acompañado por menores de 15 años, la Compañía se hará cargo de:

- El tiquete de avión de regreso al domicilio en el caso de fallecimiento.
- Del acompañamiento de los menores hasta el aeropuerto.
- De las formalidades de embarque de dichos menores.
- De la coordinación con la aerolínea aérea para que dichos menores viajen acompañados.
- De proporcionar a los familiares de dichos menores las informaciones necesarias para el regreso.

El tiquete de regreso no fuera válido para tal fin.

Si el menor desea viajar en condición de menor no emancipado, la Compañía asumirá las responsabilidades relativas a retorno de dicho menor.

8. Repatriación o traslado de los acompañantes por hospitalización o fallecimiento del beneficiario.

Si el beneficiario es trasladado o repatriado como consecuencia de un accidente o enfermedad y las circunstancias impidan el regreso al domicilio de los miembros de la familia en 1o grado que lo acompañan, a donde el beneficiario reside de manera permanente, si estos arreglos no estaban cubiertos por la póliza, la Compañía gestionará el traslado o repatriación de los miembros de la familia en 1o grado que lo acompañan, a donde el beneficiario reside de manera permanente, si estos arreglos no estaban cubiertos por la póliza.

fallecimiento del beneficiario.

Si el beneficiario es trasladado o repatriado como consecuencia de un accidente o enfermedad y las circunstancias impidan el regreso al domicilio de los miembros de la familia en 1o grado que lo acompañan, a donde el beneficiario reside de manera permanente, si estos arreglos no estaban cubiertos por la póliza, la Compañía gestionará el traslado o repatriación de los miembros de la familia en 1o grado que lo acompañan, a donde el beneficiario reside de manera permanente, si estos arreglos no estaban cubiertos por la póliza.

9. Gastos de desplazamiento de regreso por fallecimiento del beneficiario.

La Compañía organizará y tomará a su cargo los gastos de transporte del beneficiario por avión de línea regular, en caso de fallecimiento del beneficiario, para el regreso al domicilio de un familiar en primer grado (padres, hijos o hermanos) o su ciudad de residencia permanente, siempre que no pueda utilizar su tiquete inicial de regreso.

La Compañía organizará y tomará a su cargo los gastos de transporte del beneficiario por avión de línea regular, en caso de fallecimiento del beneficiario, para el regreso al domicilio de un familiar en primer grado (padres, hijos o hermanos) o su ciudad de residencia permanente, siempre que no pueda utilizar su tiquete inicial de regreso.

10. Transmisión de mensajes urgentes

La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes de los familiares de los beneficiarios, en virtud de los presentes servicios.

La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes de los familiares de los beneficiarios, en virtud de los presentes servicios.

Quinta: Cobertura al equipaje

1. Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales

En caso de robo o extravío de equipajes y efectos personales del beneficiario para la denuncia de los hechos y ayudará en su búsqueda. La Compañía se encargará de su despacho hasta el lugar donde se encuentre el beneficiario en viaje o hasta su domicilio.

La Compañía prestará asesoramiento al beneficiario. Si los objetos fueran recuperados, la Compañía entregará los objetos al beneficiario en viaje o hasta su domicilio.

2. Adelanto de fondo en caso de pérdida de equipaje

Si el beneficiario sufriera la pérdida de su equipaje durante su transporte nacional en avión de línea comercial, y que el mismo no fuera recuperado dentro de las doce (12) horas siguientes, la Compañía abonará al beneficiario el importe máximo de US\$ 200.

Para tener derecho a dicho importe el beneficiario deberá:

- A.** Informar a la Compañía inmediatamente de dicha pérdida.
- B.** Entregar a la Compañía copia de la declaración de pérdida hecha frente a la Compañía aérea.

El beneficio de adelanto de fondo en caso de pérdida de equipaje, será limitado a dos (2) eventos por año y por beneficiario.

CAPITULO III

Sexta: -A Nivel Internacional

En caso de accidente o enfermedad del beneficiario, la Compañía, organizará y pagará todas las protecciones de asistencias a nivel nacional más las siguientes:

1. Gastos de hotel por convalecencia

La Compañía pagará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el beneficiario, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital y si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local o el equipo médico de la Compañía. Esta garantía quedará limitada a un equivalente máximo de US\$ 100 por noche y por beneficiario, con un máximo de ocho (8) noches en el extranjero.

2. Tiquete de ida y regreso para un familiar

Si el beneficiario debe permanecer hospitalizado por un periodo superior a ocho (8) días, la Compañía facilitará a un familiar o persona designada por el mismo y residente en Colombia, un tiquete de ida y regreso para visitarle.

3. Gastos de hotel para un acompañante

Si el beneficiario debe permanecer hospitalizado más de cinco (5) días, la Compañía pagará los gastos de hotel para un acompañante, hasta un máximo de US\$ 100 por noche durante un máximo de ocho (8) noches en el extranjero.

4. Gastos médicos

En caso de que el beneficiario sufra un accidente o una enfermedad súbita durante el periodo de validez de la garantía, la Compañía pagará los gastos médicos hasta US\$ 10.000.

5. Gastos farmacéuticos

En caso de que el beneficiario sufra un accidente o una enfermedad súbita durante el periodo de validez de la garantía, la Compañía pagará los gastos farmacéuticos no hospitalarios hasta un máximo US\$ 100.

6. Gastos odontológicos de urgencia

En caso de que el beneficiario necesite atención de urgencia odontológica, la Compañía pagará hasta un máximo US\$ 200.

Quedan excluidos:

- A. El costo de prótesis, lentes de contacto, gafas, aparatos auditivos, etc.
- B. Gastos médicos y hospitalarios o tratamientos médicos prescritos en su país antes de comenzar el viaje u ocurrido

7. Envío de medicamentos urgentes fuera de Colombia

Si el beneficiario requiere un medicamento urgente que no se encuentre disponible, la Compañía, lo más adecuado. Los costos de los medicamentos estarán por cuenta del beneficiario.

8. Asistencia administrativa

En caso de pérdida o robo de un documento esencial para el viaje, como pasaporte, tarjetas, tiquete de compañía aérea, la Compañía proporcionará al beneficiario las informaciones necesarias para que él mismo pueda acudir a las autoridades competentes en el país de ocurrencia para reemplazar dichos documentos.

aduras o cirugía plástica.
siempre que el viaje sea a un país fuera del país de residencia pero antes de salir del país de residencia o después del retorno del beneficiario.

En caso de una hospitalización y dicho medicamento no se encuentre disponible, la Compañía proporcionará dicho medicamento, por el medio más adecuado, por cuenta del beneficiario.

En caso de pérdida o robo de un documento esencial para el viaje del beneficiario (como, por ejemplo, pasaporte, tarjetas, tiquete de compañía aérea), la Compañía proporcionará al beneficiario las informaciones necesarias para que él mismo pueda acudir a las autoridades competentes en el país de ocurrencia para reemplazar dichos documentos.

CAPÍTULO

Séptima: Exclusiones del presente anexo

Quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

- A. Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, rebelión, insurrección, actos de terrorismo o pronunciamientos populares.
- B. Autolesiones o la participación del beneficiario en actos criminales.
- C. La participación del beneficiario en combates, salvo en caso de guerra.
- D. La práctica de deportes como profesional, o la participación en competiciones deportivas.
- E. La participación del beneficiario en carreras de coches y otros deportes peligrosos.
- F. Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración de elementos radioactivos o cualquier otro tipo de accidente causado por combustibles nucleares.
- G. Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente, que no sea consecuencia de un accidente. No se cubrirá la urgencia vital.
- H. Enfermedades o estados patológicos producidos de manera intencional, como por ejemplo, el uso de drogas, embriaguez, narcóticos, o por la utilización de armas.
- I. Enfermedades mentales o alienación.
- J. Embarazos durante los últimos tres meses antes de la fecha de la emisión de la póliza o exámenes prenatales.
- K. Suicidio o enfermedad y lesiones resultantes del suicidio.
- L. SIDA y enfermedades derivadas.
- M. Enfermedad ocurrida durante un viaje realizado contra la prohibición de salir del país.
- N. Las situaciones o enfermedades derivadas o descubiertas después de la emisión de la póliza.

o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, actos de terrorismo o pronunciamientos populares, manifestaciones y actos de violencia.

propia.
acciones oficiales o exhibiciones.
otros deportes peligrosos.
clear, de la radioactividad o cualquier otro tipo de accidente causado por combustibles nucleares.

En caso de una hospitalización y dicho medicamento no se encuentre disponible, la Compañía proporcionará dicho medicamento, por el medio más adecuado, por cuenta del beneficiario.

En caso de una hospitalización y dicho medicamento no se encuentre disponible, la Compañía proporcionará dicho medicamento, por el medio más adecuado, por cuenta del beneficiario.

En caso de una hospitalización y dicho medicamento no se encuentre disponible, la Compañía proporcionará dicho medicamento, por el medio más adecuado, por cuenta del beneficiario.

En caso de una hospitalización y dicho medicamento no se encuentre disponible, la Compañía proporcionará dicho medicamento, por el medio más adecuado, por cuenta del beneficiario.

Octava: Revocación

La revocación o la terminación de la póliza a la que corresponde el presente anexo, por lo tanto los amparos de asistencia médica y hospitalaria previstos en la póliza.

La revocación o la terminación de la póliza a la que corresponde el presente anexo, implica la revocación o la terminación de los amparos de asistencia médica y hospitalaria previstos en la póliza.

Novena: Limite de responsabilidad

La prestación de cualquiera de los servicios, o el pago de cualquier suma de dinero derivada de las coberturas descritas en el presente anexo, no implica aceptación de responsabilidad, por parte de la Compañía, respecto de los amparos básicos de la póliza a la que accede el anexo de asistencia en viaje.

Décima: Siniestros

Además de lo indicado en las condiciones generales de la póliza a la cual accede el presente anexo, referente a indemnizaciones se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. Obligaciones del asegurado

En caso de evento cubierto por el presente anexo el asegurado deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, a cualquiera de los números indicados por la Compañía para este efecto, debiendo indicar el nombre del asegurado, destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería o el número de la póliza del seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

Las llamadas telefónicas serán con cobro revertido, y en los lugares que no fuera posible hacerlo así, el asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de las llamadas, contra presentación de los recibos.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta Compañía.

2. Incumplimiento

La Compañía queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo.

Así mismo la Compañía no se responsabiliza de los retrasos o incumplimientos debido a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si el asegurado solicitara los servicios de asistencia y la Compañía no pudiese intervenir directamente, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos, al regreso del asegurado a Colombia, siempre que tales gastos se hallen cubiertos.

3. Pago de la indemnización

El asegurado deberá tener en cuenta las siguientes circunstancias al hacer uso de su derecho de indemnización:

- A. Las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener el asegurado cubriendo el mismo riesgo.
- B. Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por parte de la transportadora comercial correspondiente a pasaje no consumido, y al hacer uso de la cobertura de transporte o repatriación, dicho reembolso deberá reintegrarse a la Compañía. Así mismo respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, la Compañía sólo se hace cargo de los gastos adicionales que exija el evento, en lo que excedan de los previstos inicialmente por los asegurados.
- C. Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico que atiende al asegurado con el equipo médico de la Compañía.

3.1 Obligaciones del Beneficiario / Procedimientos

3.1.1 Solicitud de Asistencia

En caso de enfermedad, accidente, fallecimiento y/o una situación que requiera asistencia, el beneficiario o su representante deberá solicitar la asistencia de la Compañía, con servicio las 24 horas del día, y proporcionar los siguientes datos:

- Su nombre, número de póliza y número del documento de identificación.
- El lugar donde se encuentra y un número de teléfono donde pueda ser contactado.
- Descripción del problema y del tipo de ayuda que necesita.

Antes de prestar los servicios de asistencia, la Compañía deberá verificar la veracidad de los datos proporcionados. El equipo médico de la Compañía tendrá libre acceso al domicilio del beneficiario para enterarse de su condición. Si no hubiere justificación razonable de la necesidad de asistencia, la Compañía podrá negar a la Compañía el acceso al domicilio del beneficiario, en cuyo caso el beneficiario renunciará a su derecho a recibir asistencia.

Queda también establecido que, en caso de que el beneficiario no haya sido llamado previamente a la Central de Alarma prevista por la Compañía, no tendrá derecho a los gastos ocasionados (salvo los casos descritos en el Artículo 10).

Asistencia de un beneficiario y antes de la Central de Alarma prevista por la Compañía, deberá proporcionar los siguientes datos:

La Compañía podrá contactar al beneficiario o su representante en cualquier momento.

Para verificar la veracidad de los datos anteriores, el equipo médico de la Compañía podrá visitar al beneficiario en su domicilio para enterarse de su condición. Si no hubiere justificación razonable de la necesidad de asistencia, la Compañía podrá negar a la Compañía el acceso al domicilio del beneficiario, en cuyo caso el beneficiario renunciará a su derecho a recibir asistencia.

Queda también establecido que, en caso de que el beneficiario no haya sido llamado previamente a la Central de Alarma prevista por la Compañía, no tendrá derecho a los gastos ocasionados (salvo los casos descritos en el Artículo 10).

3.1.2 Falta de Notificación a la Compañía.

- A. Situación de peligro de la vida
No obstante cualquier otra disposición de esta condición de póliza, el beneficiario o su representante deberán siempre transferir de emergencia a un hospital cercano al lugar de la emergencia, y una vez hecho lo cual, tan pronto como sea posible, deberá llamar a la Central de Alarma prevista por la Compañía a fin de proporcionar la información necesaria para la asistencia.

En caso de que peligre su vida o la de otra persona, el beneficiario o su representante deberán tomar las medidas necesarias para ser transferidos a un hospital cercano al lugar de la emergencia, y a través de los medios más rápidos posibles, deberá llamar a la Central de Alarma prevista por la Compañía a fin de proporcionar la información necesaria para la asistencia.

- B. Hospitalización antes del aviso a la Compañía
Si se presenta una lesión corporal que tenga por resultado la hospitalización del beneficiario, el beneficiario o su representante deberán notificar a la Compañía el Beneficiario o su representante con la Central de Alarma prevista por la Compañía, dentro de las 24 horas siguientes al acontecimiento de la lesión corporal.

Antes de la hospitalización del Beneficiario, el beneficiario o su representante deberán notificar a la Compañía el Beneficiario o su representante con la Central de Alarma prevista por la Compañía, dentro de las 24 horas siguientes al acontecimiento de la lesión corporal.

A falta de dichos avisos, la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos ocasionados que pudieran ser reclamados por el presente programa de asistencia.

En caso de que el beneficiario no haya sido llamado previamente a la Central de Alarma prevista por la Compañía, no tendrá derecho a los gastos ocasionados por el presente programa de asistencia.

3.2 Limitación

En cuanto se produzca un incidente que pueda motivar la asistencia, el beneficiario deberá proporcionar la información necesaria para la asistencia.

En caso de que el beneficiario no haya sido llamado previamente a la Central de Alarma prevista por la Compañía, no tendrá derecho a los gastos ocasionados por el presente programa de asistencia.

3.3 Cooperación

El beneficiario cooperará siempre con la Compañía a fin de facilitar la asistencia y se entenderá que el beneficiario renunciará a su derecho a recibir asistencia en el caso de que no acepte la asistencia.

En el desarrollo de la asistencia prevista en el caso de que no acepte la asistencia, el beneficiario deberá proporcionar la información necesaria para la asistencia.

cooperar ni acepte las instrucciones dadas por el personal de la COMPAÑÍA.

Dicha cooperación incluirá la entrega a la Compañía de los documentos y recibos que sean necesarios para que la Compañía recupere de los terceros los diversos pagos, gastos o indemnización efectuados por la Compañía en la prestación de sus servicios de asistencia y el apoyo a la Compañía para cumplir las formalidades necesarias para tal efecto.

3.4. Prescripción / Caducidad

Cualquier reclamación con respecto a una garantía prevista, debe ser presentada dentro de noventa (90) días de la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

3.5 Subrogación

La Compañía subrogará al beneficiario hasta el límite de los gastos realizados o de las cantidades pagadas, en los derechos y acciones que correspondan al mismo contra cualquier responsable de un accidente que haya dado lugar a la prestación de alguna de las garantías descritas.

3.6 Limitación de Responsabilidad

Las obligaciones que asume la Compañía conforme al presente contrato quedarán limitadas a la prestación de los servicios de asistencia previstos, excluyéndose en todo caso, daños morales o emergentes, de imagen comercial, daños indirectos, lucro cesante, multas o sanciones así como cualquier prestación establecida que tenga naturaleza punitiva o de ejemplaridad.

Además, la responsabilidad de la Compañía cesará automáticamente cuando cada uno de los beneficios previstos sean proporcionados y después del retorno del beneficiario a su residencia.

3.7 Limitación para Reembolsos

El beneficiario tendrá derecho al reembolso de los diversos gastos cubiertos en este Programa de Asistencia únicamente en caso de notificación y acuerdo previo de la Compañía (salvo lo descrito en el Artículo 3.1.2 arriba descrito).

Décimo primera: Declaración

El uso del servicio de asistencia implica la conformidad con el presente programa y el beneficiario declara aceptar sus términos y condiciones.

Para mayor información consulte a su Agente de
Servicio al Cliente 018000 512620
423 57 57 desde Bogotá - www.colpatria.com

o a la Línea de Bogotá o al
segurosdevidacolpatria.com

Bogotá D.C., 14 de Junio de 2017

Señor

EDWIN YECID LEA MONTES

Manzana E Casa 1 Conjunto Residencial Rosario Norte Etapa 1.

y/o Manzana 73 Casa 11 Garupal 3era Etapa

Tel: 3022904416

Valledupar - Cesar

REF: PÓLIZA VIDA INDIVIDUAL No. 2033997 SINIESTRO No. 14245/2017

Respetado Señor:

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de pago de indemnización presentada a esta Aseguradora, en su calidad de Asegurado por la eventual afectación del amparo por Incapacidad Asimilada, otorgado bajo la póliza Vida Individual No. 2033997, Solicitud de Seguro individual No. 673944, en los siguientes términos:

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., expidió la póliza Vida Individual No. 2033997, Solicitud de Seguro individual No. 673944, el 05 de Mayo de 2016, con los siguientes amparos: Cobertura Básica de Vida, Exoneración Pago de Primas por Incapacidad Total, Incapacidad Asimilada, Anticipo para Exequias, Cobertura Adicional Muerte y Desmembración, Anticipo de Capital por Enfermedades Graves.

Una vez dicho esto, la Compañía procede a realizar las siguientes consideraciones:

1. Esta aseguradora al evaluar la eventual afectación de la póliza y en virtud de la facultad otorgada en el momento de suscribir el contrato de seguro para verificar la información consignada, obtuvo copia de sus Historia Clínicas en las cuales se evidencia el siguiente antecedente médico:

FECHA	ANTECEDENTE MÉDICO	ENTIDAD
27/03/2016	Antecedentes Médicos: Hipertensión Arterial Evolución: Paciente con IDX: Cefalea Resuelta + Crisis Hipertensiva	CLÍNICA VALLEDUPAR
14/10/2016	Antecedentes Personales: Hipertensión Arterial	DR. RODRIGO CORDOBA FRAGOZO
25/10/2016	Antecedentes Personales: Patológicos: Hipertensión Arterial	DR. ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
11/01/2017	Motivo Consulta: Hipertensión Arterial en tratamiento con Olmetec	DRA. MARIA ANGELA MENDOZA DAZA

Oficina principal: Carrera 7 No. 24-89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.co

Línea Integral de Atención al Cliente AXA COLPATRIA: Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 018000-512620 para el resto del país
Correo electrónico: servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12B No. 7-90 - piso 2, Bogotá D.C.,
Teléfono: (57-1) 745 6300 extensiones: 4910, 4911, 4830, 3412, 3473 (fax), Correo electrónico: cfinanciero@defensoria.com.co

De las fechas y tiempo de evolución de la enfermedad que aparece en el formulario de la "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", ya presentaba antecedentes médicos, que de haberse conocido por esta aseguradora la habría rechazado de celebrar el contrato u otorgarlo en condiciones más onerosas.

No obstante su estado de salud, firmó el formulario de la "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", donde declaró haber padecido los antecedentes médicos antes mencionados en la "Declaración de Asegurabilidad", cuyo texto, a continuación transcribimos:

"(...) DECLARACION DE ASEGURABILIDAD:

De acuerdo a su estado de salud actual lea atentamente el siguiente texto:

ARTÍCULO 1058 DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN.

El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que le sea propuesto por el asegurador y que conocidos por el asegurador lo hubieren rechazado de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

2. De otra parte y en virtud de la facultad otorgada por el Asegurador para verificar la información consignada, logró establecer que el Tomador había suscrito los siguientes seguros de vida:

ASEGURADORA	FECHA DE INICIO VIGENCIA
ALLIANZ	27/04/2016
ALLIANZ	02/05/2016
SURAMERICANA	04/05/2016

De las fechas de solicitud e inicio de vigencia de las pólizas de seguro de vida, que aparecen en el formulario de la "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", ya había solicitado seguros de Vida Individual simultáneamente con otras Compañías, de acuerdo a la "Declaración de Asegurabilidad", cuyo texto, a continuación transcribimos:

No obstante y a pesar de la existencia de las referenciadas pólizas, el Tomador firmó el formulario de la "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", donde declaró haber padecido los antecedentes médicos antes mencionados en la "Declaración de Asegurabilidad", cuyo texto, a continuación transcribimos:

a en las historias Clínicas, se evidencia que el Tomador ya había sido asegurado por esta aseguradora la habría rechazado de celebrar el contrato u otorgarlo en condiciones más onerosas.

guro Individual No. 673944", donde no se evidencia que el Tomador ya había sido asegurado por esta aseguradora la habría rechazado de celebrar el contrato u otorgarlo en condiciones más onerosas.

DECLARACIONES POR INEXACTITUD O FALTA DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN.

as que determinan el estado del riesgo, la declaración o la inexactitud, sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador lo hubieren rechazado de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

El momento de suscribir el contrato de seguro, el Tomador registra como Asegurado en los formularios de la "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", ya había solicitado seguros de Vida Individual simultáneamente con otras Compañías, de acuerdo a la "Declaración de Asegurabilidad", cuyo texto, a continuación transcribimos:

a, se evidencia que para el 3 de Mayo de 2016, cuando solicitó el seguro y diligenció el formulario "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", ya había sido asegurado por esta aseguradora la habría rechazado de celebrar el contrato u otorgarlo en condiciones más onerosas.

ñor Edwin Yecid Lea Montes firmó el formulario de la "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", donde declaró haber padecido los antecedentes médicos antes mencionados en la "Declaración de Asegurabilidad", cuyo texto, a continuación transcribimos:

"(...) **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD:**

(...)

18. Esta su vida protegida o está solicitando simultáneamente con esta solicitud algún seguro de Vida Individual, Vida Grupo, deudores o accidentes personales en esta u otra compañía. (Escribió "**NO**") (...)"

(La negrilla y el subrayado son nuestros)

Así bien, en punto de estas circunstancias y los hechos así comprobados, es pertinente señalar que usted, al tomar la póliza que nos ocupa, No manifestó a la Aseguradora la existencia de otras pólizas de Vida.

La coexistencia de seguros, esto es, el aseguramiento de un interés asegurable con dos o más aseguradoras, implica la obligación del Asegurado de avisar al Asegurador de los seguros de la misma índole que tiene sobre el mismo interés asegurable, situación que no se evidencia en el presente caso. La omisión del aviso al Asegurador, produce la terminación del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 1093 del Código de Comercio.

La buena fe en las relaciones jurídicas es de fundamental importancia, ya que cuando el Asegurado contrata con dos o más aseguradoras el seguro de un mismo interés asegurable de mala fe, se produce la nulidad del contrato, conforme el artículo 1092 del Código de Comercio:

"En el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad."

En consecuencia, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., con base en las circunstancias descritas y con fundamento en lo dispuesto en la ley, objeta su reclamación y se abstiene de reconocer valor alguno a título de indemnización, con base en los hechos, circunstancias aquí narradas, condiciones generales y con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 1092, 1093, 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Reciba un cordial saludo,



ISABEL TIBADUIZA PUENTES

Directora Nacional de Gestión de Siniestros
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Elaboró: AMR
SNT-642-000000044

Oficina principal: Carrera 7 No. 24-89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.co

Línea Integral de Atención al Cliente AXA COLPATRIA: Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 018000-512620 para el resto del país
Correo electrónico: servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12B No. 7-90 - piso 2, Bogotá D.C.,
Teléfono: (57-1) 745 6300 extensiones: 4910, 4911, 4830, 3412, 3473 (fax), Correo electrónico: cfinanciero@defensoria.com.co

Bogotá D.C., 14 de Junio de 2017

Señor

EDWIN YECID LEA MONTES

Manzana E Casa 1 Conjunto Residencial Rosario Norte Etapa 1.

y/o Manzana 73 Casa 11 Garupal 3era Etapa

Tel: 3022904416

Valledupar - Cesar

REF: PÓLIZA VIDA INDIVIDUAL No. 2033997 SINIESTRO N

Respetado Señor:

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de pago de indemnización de Asegurado por la eventual afectación del amparo por Vida Individual No. 2033997, Solicitud de Seguro individual No. 673944.

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., expidió la póliza individual No. 673944, el 05 de Mayo de 2016, con los siguientes beneficios: Pago de Primas por Incapacidad Total, Incapacidad Asimilada, y Desmembración, Anticipo de Capital por Enfermedades Graves.

Una vez dicho esto, la Compañía procede a realizar las siguientes acciones:

1. Esta aseguradora al evaluar la eventual afectación de la póliza de suscribir el contrato de seguro para verificar la información con la cual se evidencia el siguiente antecedente médico:

FECHA	ANTECEDENTE MÉDICO
27/03/2016	Antecedentes Médicos: Hipertensión Arterial Evolución: Paciente con IDX: Cefalea Resuelta + Crisis
14/10/2016	Antecedentes Personales: Hipertensión Arterial
25/10/2016	Antecedentes Personales: Patológicos: Hipertensión Arterial
11/01/2017	Motivo Consulta: Hipertensión Arterial en tratamiento con

7

presentada a esta Aseguradora, en su calidad de Asegurado, otorgado bajo la póliza Vida Individual No. 2033997, Solicitud de Seguro individual No. 673944, con los siguientes términos:

Cobertura Básica de Vida, Exoneración de Exequias, Cobertura Adicional Muerte.

iones:

de la facultad otorgada en el momento de suscribir el contrato, se le otorgó copia de sus Historias Clínicas en

ENTIDAD
CLÍNICA VALLEDUPAR
DR. RODRIGO CORDOBA FRAGOZO
DR. ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
DRA. MARIA ANGELA MENDOZA DAZA

Oficina principal: Carrera 7 No. 24-89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.com

Línea Integral de Atención al Cliente AXA COLPATRIA: Teléfonos: (57-1) 423 5700 / 423 5701
Correo electrónico: servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en Bogotá D.C.
Teléfono: (57-1) 745 6300 extensiones: 4910, 4911, 4830, 3412, 3473 (fax), Correo electrónico: info@defensoria.com.co

018000-512620 para el resto del país

7-90 - piso 2, Bogotá D.C.,
Correo electrónico: info@defensoria.com.co

De las fechas y tiempo de evolución de la enfermedad que aparece registrada en las historias Clínicas, se evidencia que al 3 de Mayo de 2016, cuando solicitó el seguro y diligenció el formulario "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", ya presentaba antecedentes médicos, que de haber sido conocidos por esta aseguradora la habría retraído de celebrar el contrato u otorgarlo en condiciones más onerosas.

No obstante su estado de salud, firmó el formulario de la " Solicitud de Seguro Individual No. 673944", donde no declaró haber padecido los antecedentes médicos antes mencionados, de acuerdo a la siguiente "Declaración de Asegurabilidad", cuyo texto, a continuación transcribimos:

"(...) DECLARACION DE ASEGURABILIDAD:

De acuerdo a su estado de salud actual lea atentamente el siguiente artículo

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".

2. De otra parte y en virtud de la facultad otorgada por el Asegurado en el momento de suscribir el contrato de seguro para verificar la información consignada, logró establecer que usted registra como Asegurado en los siguientes seguros de vida:

ASEGURADORA	FECHA DE INICIO VIGENCIA
ALLIANZ	27/04/2016
ALLIANZ	02/05/2016
SURAMERICANA	04/05/2016

De las fechas de solicitud e inicio de vigencia de las pólizas de seguro de vida, se evidencia que para el 3 de Mayo de 2016, cuando solicitó el seguro y diligenció el formulario "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", ya había solicitado seguros de Vida Individual simultáneamente con otras Compañías.

No obstante y a pesar de la existencia de las referenciadas pólizas, el señor Edwin Yecid Lea Montes firmó el formulario de la "Solicitud de Seguro Individual No. 673944", donde no declaró que se encontraba asegurado con otras Compañías, de acuerdo a la "Declaración de Asegurabilidad" ya referenciada, pregunta 18, cuyo texto, a continuación transcribimos:

Oficina principal: Carrera 7 No. 24-89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.co

Línea Integral de Atención al Cliente AXA COLPATRIA: Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 018000-512620 para el resto del país
Correo electrónico: servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12B No. 7-90 - piso 2, Bogotá D.C.,
Teléfono: (57-1) 745 6300 extensiones: 4910, 4911, 4830, 3412, 3473 (fax), Correo electrónico: cfinanciero@defensoria.com.co

"(...) **DECLARACION DE ASEGURABILIDAD:**

(...)

18. Esta su vida protegida o está solicitando simultáneamente un seguro de Vida Individual, Vida Grupo, deudores o accidentes personales

Así bien, en punto de estas circunstancias y los hechos así como la póliza que nos ocupa, No manifestó a la Aseguradora la existencia de otro seguro de Vida.

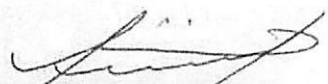
La coexistencia de seguros, esto es, el aseguramiento de un mismo interés asegurable, implica la obligación del Asegurado de avisar al Asegurador de la misma índole que tiene sobre el mismo interés asegurable, situación que no se evidencia en el presente contrato. La omisión del aviso al Asegurador, produce la terminación del contrato, conforme a lo establecido en el artículo 1093 del Código de Comercio.

La buena fe en las relaciones jurídicas es de fundamental importancia. Cuando el Asegurado contrata con dos o más aseguradoras el seguro de un mismo interés asegurable, se produce la nulidad del contrato, conforme el artículo 1092 del Código de Comercio:

"En el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros, los aseguradores responderán de la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos seguros, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce la nulidad del contrato."

En consecuencia, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. no reconoce valor alguno a título de indemnización, con base en los hechos, circunstancias aquí narradas y con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 1092, 1093, 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Reciba un cordial saludo,



ISABEL TIBADUIZA PUENTES

Directora Nacional de Gestión de Siniestros
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Elaboró: AMR
SNT-642-000000044

Oficina principal: Carrera 7 No. 24-89 • Bogotá D.C. - Colombia • www.axacolpatria.com

Línea Integral de Atención al Cliente AXA COLPATRIA: Teléfonos: (57-1) 423 57 0000 y 018000-512620 para el resto del país
Correo electrónico: servicioalcliente@axacolpatria.co

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en Bogotá D.C., Teléfonos: (57-1) 745 6300 extensiones: 4910, 4911, 4830, 3412, 3473 (fax), Correo electrónico: consumidor@defensoria.com.co

Esta solicitud algún seguro de Vida Individual, Vida Grupo, deudores o accidentes personales. (Escribió "NO") (...)"

La póliza y el subrayado son nuestros)

Es pertinente señalar que usted, al tomar el presente seguro de Vida, no debe tener otro seguro de Vida.

El seguro de Vida es un seguro de vida asegurable con dos o más aseguradoras, de la misma índole que tiene sobre el mismo interés asegurable. La omisión del aviso al Asegurador, produce la terminación del contrato, conforme al artículo 1093 del Código de Comercio.

La buena fe en las relaciones jurídicas es de fundamental importancia. Cuando el Asegurado contrata con dos o más aseguradoras el seguro de un mismo interés asegurable, se produce la nulidad del contrato, conforme el artículo 1092 del Código de Comercio:

"En el caso de pluralidad o de coexistencia de seguros, los aseguradores responderán de la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos seguros, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce la nulidad del contrato."

En consecuencia, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. no reconoce valor alguno a título de indemnización, con base en los hechos, circunstancias aquí narradas y con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 1092, 1093, 1058 y 1158 del Código de Comercio.

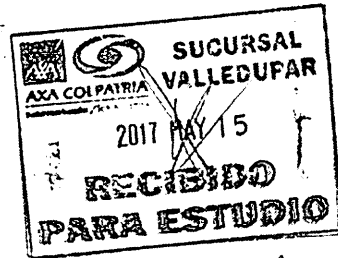
018000-512620 para el resto del país

7-90 - piso 2, Bogotá D.C.,
consumidor@defensoria.com.co

Señores
AXA COLPATRIA
Valledupar



513 042 930690944



4:15 pm

REFERENCIA: Póliza de Seguro de Vida Individual N° 2033997.

Mediante el presente escrito e Invocando el artículo 23 de la constitución Nacional, me permito solicitar, se sirva tramitar lo correspondiente a la **INDEMNIZACION**, por el siniestro denominado INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; Amparo este que cubre la Póliza de Seguro de Vida Individual N° **2033997**; cuyo tomador y beneficiario de cada uno de los amparos contratados es el suscrito, toda vez que la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR, ha emitido dictamen N° 6669 donde se me concede un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 65.20%, Estado PCL INVALIDO, fecha de Estructuración PCL del 28 de Septiembre de 2016 y a su vez cumple con lo que dicta la ley 100 de 1993 en su artículo 38 donde dice:" ESTADO DE INVALIDEZ. Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral".

Nótese que cumpla a cabalidad con cada uno de los requisitos, que demandan las condiciones generales en la parte del amparo de incapacidad total y permanente, descritos en los requisitos de asegurabilidad entregado por ustedes **LO CUAL CLARAMENTE ESTIPULA QUE ES DOBLE LA INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE** ya que la fecha de estructuración de mi enfermedad es el 28 de Septiembre de 2016 se encuentra dentro de la vigencia del seguro de Vida Individual vida a mi medida póliza Nro. 2033997.

Por lo anterior y con fundamento en las normas sustantivas citadas y los documentos anexos a este escrito, sirvase declarar la ocurrencia del siniestro **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE** y hacer EFECTIVA la indemnización del amparo contratado seguro de Vida Individual vida a mi medida póliza Nro. 2033997 para dicha cobertura y pagarme **DOBLE LA INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE** de acuerdo a lo establecido en el **clausulado capítulo II incisos 1.2**

Con el fin de que obre como prueba anexo los siguientes documentos:

- Cópia de la cedula de ciudadanía.
- Cópia del dictamen pérdida de capacidad laboral N° 6669 emitido por **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR**

- Historia clínica de las patologías me
pérdida de capacidad laboral.

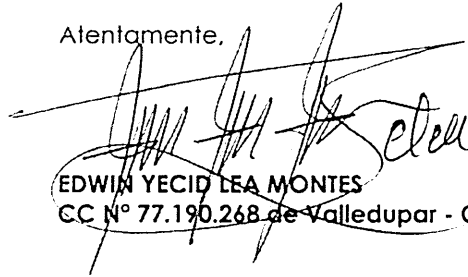
en el dictamen de

NOTIFICACION

La recibiré en la Manzana 73 Casa 11 Garup
Valledupar y/o en el teléfono: 3022904416.

da en la ciudad de

Atentamente,



EDWIN YECID LEA MONTES

CC N° 77.190.268 de Valledupar - Cesar

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

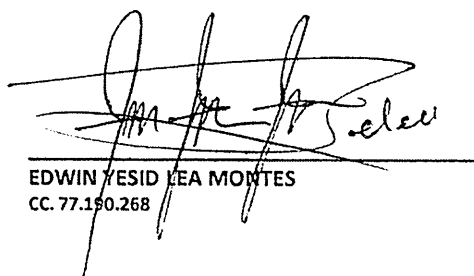
Calle 13A No. 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)

Tel.: 5 84 76 89 – 5 84 64 23. Cel.: 3012009076

NIT. No. 824.003.600 - 2

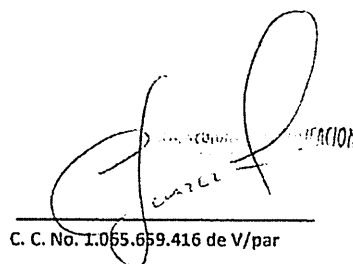
En Valledupar, a (los) Doce (12) días del mes de Mayo del año 2017, se notificó personalmente el (la) señor **EDWIN YESID LEA MONTES** identificado con cedula de ciudadanía número 77.190.268 en calidad de calificado del Dictamen No. 6669, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar del cual se le hace entrega de un (1) Dictamen en Cuatro (4) folios.

FIRMA NOTIFICADO:



EDWIN YESID LEA MONTES
CC. 77.190.268

NOTIFICADOR



C. C. No. 1.065.659.416 de V/par

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DI

Calle 13A No. 14 - 93 Barrio Obrero (V.
Tel.: 5846423. Cel.: 3012009076. Nit. N.
E-mail: juntainvcesar@hotmail

DEL CESAR

PONENCIA DEL CASO DEL PACIENTE: EDW

C. C. No. 77. 190. 268

ENTIDAD REMITENTE: PARTICULAR (AI

Paciente de 39 años de edad, de Ocupación Docente Univer
cuadro de aproximadamente un año de evolución de dolor en
miembro inferior derecho, con dificultad para la marcha. Tiene
septiembre del 2016 que reportó: disminución de altura de L2
deshidratación con abombamiento de L1-L2 y L2-L3 con estrech
protrusión L4-L5 con disminución de amplitud del foramen
Radiculopatía lumbar derecha más fractura patológica de L2 y h
cirugía. Valorado también por neurocirugía por dolor cervical lri
de columna cervical la cual se realiza el día 25 de enero del 201
discopatía degenerativa con múltiples compresiones extradural
foraminal C4-C5 bilateral y C5-C6 y C6-C7 derechas. Valc
hipertensión arterial, está tomando medicamentos específicos.
del 2016 reportó: lesión radicular L5 derecha. Se documenta er
viendo siendo valorado por psiquiatría por presentar ang
desesperación, depresión marcada, sueño irregular no repi
discusiones frecuentes con la esposa, se diagnostica trast
moderado, trastorno del sueño, trastorno por dolor asociado
solicita por esta Junta calificación integral de sus patologías lue
Colpensiones sin obtener respuesta alguna.

Actualmente manifiesta presentar dolor en región lumbosacra i
inestabilidad en éste acompañado de calambres y hormigueo, el
y al levantarse, agrega también presentar dolor en región cervi
miembros superiores con disminución de la fuerza de estos, dici
el tratamiento de la hipertensión arterial, refiere que a pesar del
presentando insomnio, angustia y temores a quedar invá
osteomusculares.

Examen físico:

Paciente en aparentes buenas condiciones generales.

Se observa ansiedad con facies de tristeza.

Hay restricción moderada a severa de los movimientos de la colum

Camina con ligera dificultad y dice que no puede caminar en talón

Hay restricción severa para los movimientos de la columna cervica

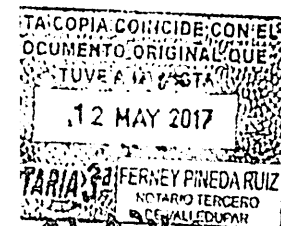
ONTES

No. 6669

5)

de Profesión, con
cra que se irradia a
la lumbar del 28 de
erente de fractura,
as intervertebrales,
cirugía diagnóstica
4-L5 y L5-S1, indica
as, se ordena RMN
Espondiloartrosis y
n estenosis parcial
icina Interna por
del 21 de octubre
race varios meses
quedar inválido,
dad, intolerancia,
mayor episodio
édica. El paciente
solicitado a su AFP

con sensación de
enta al agacharse
ombros y ambos
medicación para
ulátrico continúa
sus trastornos



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13A No. 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)
Tel.: 5846423. Cel.: 3012009076. Nit. No. 824.003.600 – 2
E-mail: juntainvcesar@hotmail.com

PONENCIA DEL CASO DEL PACIENTE: EDWIN YESID LEA MONTES

C. C. No. 77. 190. 268

DICTAMEN No. 6669

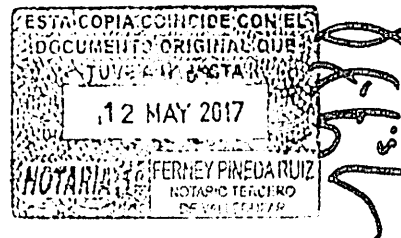
ARGUMENTACIÓN

Paciente de 39 años de edad, de Ocupación Docente Universitario, Abogado de Profesión, con cuadro de aproximadamente un año de evolución de dolor en región lumbosacra que se irradia a miembro inferior derecho, con dificultad para la marcha. Tiene RMN de columna lumbar del 28 de septiembre del 2016 que reportó: disminución de altura de L2 con cambio sugerente de fractura, deshidratación con abombamiento de L1-L2 y L2-L3 con estrechez de los espacios intervertebrales, protrusión L4-L5 con disminución de amplitud del foramen neural. Neurocirugía diagnóstica Radiculopatía lumbar derecha más fractura patológica de L2 y hernias discales L4-L5 y L5-S1, Indica cirugía. Valorado también por neurocirugía por dolor cervical irradiado a hombros, se ordena RMN de columna cervical la cual se realiza el día 25 de enero del 2017 y que mostró Espondiloartritis y discopatía degenerativa con múltiples compresiones extradurales, hipertrofia con estenosis parcial foraminal C4-C5 bilateral y C5-C6 y C6-C7 derechas. Valorado por Medicina Interna por hipertensión arterial, está tomando medicamentos específicos. EMG de MMII del 21 de octubre del 2016 reportó: lesión radicular L5 derecha. Se documenta en HC que desde hace varios meses viendo siendo valorado por psiquiatría por presentar angustia, temor a quedar inválido, desesperación, depresión marcada, sueño irregular no reparador, irritabilidad, intolerancia, discusiones frecuentes con la esposa, se diagnostica trastorno depresivo mayor episodio moderado, trastorno del sueño, trastorno por dolor asociado a enfermedad médica. El paciente solicita por esta Junta calificación integral de sus patologías luego de haberla solicitado a su AFP Colpensiones sin obtener respuesta alguna.

Se califica por esta Junta:

1. Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales (Deficiencia de la columna lumbar),
2. Otros trastornos del disco cervical (Deficiencia de la columna cervical),
3. Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes [Trastornos del humor (trastorno depresivo clase II)] y,
4. Hipertensión arterial esencial (primaria) [Deficiencia por hipertensión arterial].

Lo que le produce una P.C.L. de 65.20% de origen ENFERMEDAD COMÚN y fecha de estructuración el 28 de septiembre del 2016.



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION D

Calle 13A # 14 - 93 Barrio Obrero (Va
Tel.: 5846423 -- 5844833 Cel. 31
Nit. No. 824.003.600 -

1. INFORMACION GENERAL DEL DIC

Fecha Dictamen:	DD/ 11	MM/ V	AAAA/ 2017	
Motivo de solicitud:	Primera Oportunidad:		Primera Inst	
Solicitante:	EPS	AFP	ARL	Empleador
	Afiliado X	Pensionado		
Nombre solicitante: Particular (AFP Colpensiones)	NIT/Documento de Identidad: 77. 190. 268		Teléf 302 2:	
Dirección Solicitante: Manzana E Casa 1 Rosario Norte I	Teléfono: 302 290 4416		Correc	

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTID.

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar	
Dirección: Calle 13A # 14 - 93	Teléfono: 5846423 - 5844833

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA

Afiliado: X	Ben					
Apellido(s): LEA MONTES						
Documento de identificación:	NIU	RC	TI	CC X	CE	No:
Fecha de Nacimiento:	DD 16	MM IX	AAAA 1977		A	

DEL CESAR**CIAL**

e dictamen:
69

segunda instancia:

Judicial Otro

Ciudad:
Valledupar (Cesar)

Ciudad:
Valledupar (Cesar)

DORA

003600 - 2

Ciudad:
Valledupar

ESTA COPIA COINCIDE CON EL
DOCUMENTO ORIGINAL QUE
TUVE A LA VISTA
12-MAY-2017
SIB
TANIA P. FERNANDEZ
TERCERO
68

AD:

meses Días

ETAPAS DEL CICLO VITAL:

Bebes y niños menores de 3 años:

Niños y adolescentes:

Población en Edad Económicamente activa: X

Adultos mayores:

ESCOLARIDAD:

Analfabeta:

Preescolar: X

Primaria: X

Básica: X

Media: X

Universitaria:
X

Post Grados:

Tecnológica:

Otros:

¿Cuál?:

Dirección:

Calle 11 N° 10-48

Teléfono(s):

301 497 50 15

Correo Electrónico:

Ciudad:

Valledupar
(Cesar)

ESTADO CIVIL:

Soltero:

Casado: X

Unión Libre:

Separado:

Viudo:

Otros:

En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:

Nombre y Apellidos:

Edwin Yesid Lea Montes

Documento de Identidad:

77. 190. 268

Teléfono(s):

302 290 4416

Ciudad:

Valledupar
(Cesar)

En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudiente o Adulto Responsable:

Nombre y Apellidos

Documento de Identidad:

Teléfono(s)

Ciudad:

AFILIACION AL SISS:

Régimen en
Salud:

Contributivo:

X

Subsidiado:

No afiliado:

Magisterio

Administradoras:

EPS:

EPS COOMEVA

AFP:

AFP COLPENSIONES

ARL:

ARL COLMENA

Otros:

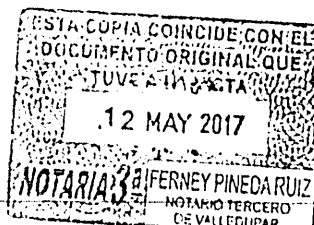
--

Nombre - Email

Nombre - Email

Nombre - Email

Nombre - Email



4. ANTECEDENTES LABORALES DI	
Independiente:	Dependi
Nombre del Trabajo/empleo:	Ocupació
Nombre Actividad Económica:	Clase:
Nombre de la Empresa:	NIT/CC
INDEPENDIENTE	
No Aplica:	

5. RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN	
Historial Clínico:	
Estudios clínicos:	
Pruebas objetivas:	
Examen físico:	
Otras interconsultas:	

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIE OCUPACIONAL - TITULOS I			
TITULO I			
CALIFICACION / VALORACION DE LAS			
No	CODIGOS CIE 10	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA(S) MC
1	M51.8	Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales	Deficie
2	M50.8	Otros trastornos de disco cervical	Deficle
3	F34.8	Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes	Trastornos del i
4	I10X	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Deficienci

O	
X	Código CIUO:

scripción)

ACIDAD LABORAL Y

ACION / CONDICIONES DE

ina lumbar.

na cervical.

o depresivo clase II).

ión arterial.

PIA COMIENZO CON EL

ENTO ORIGINAL QUE

VE A LA CITA INICIAL

12 MAY 2017

FERNEY PINEDA RUIZ

NOVENO TERCERO

DE VALLEPAR

No	NOMBRE DE DEFICIENCIA	Clase funcional/Valor porcentual										CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F. Baltazar, sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFP ó FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	Resultado					
1	M51.8	15.3							Clase final y literal	% Deficiencia				20
2	M50.8	15.1												18
3	F34.8	13.2												40
4	I10X	2.6												24
5														
6														

CFP: Clase Factor principal

CFM: Clase Factor Modulador

CFU: Clase Factor Único

Formula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) + (CFM2-CFP) + (CFM3-CFP)

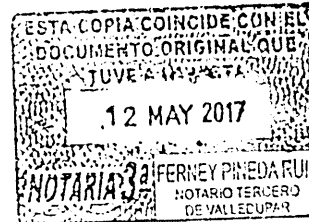
Formula de Baltazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinación de valores:

$$A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$$

A: Deficiencia de mayor valor

B: Deficiencia de menor valor



CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA - PONDERADA:	% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5 =	%
	70.20	35.10

TITULO II

VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

Personas en edad económicamente activa (incluye menores trabajadores, jubilados, pensionados, adultos mayores que trabajan)

ROL LABORAL

1	Restricciones del rol laboral	0	5	10	15	20	25	
						X		20.0
2	Restricciones autosuficiencia económica	0	1	1,5	2	2,5		
						X		2.5
3	Restricciones en función de la edad cronológica	2,5	0,5	1	1,5	2	2,5	
							X	2.5
Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%).								25.00%

4	CALIFICACIÓN OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVD)
---	--

Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y dependencia

CLASE	VALOR				
A	0.0	No hay dificultad, no dependencia	D	0,3	Dificultad severa- dependencia severa
B	0.1	Dificultad leve no dependencia	E	0,4	Dificultad completa- dependencia completa
C	0,2	Dificultad moderada- dependencia moderada			

COD	AREA OCUPACIONAL					
d1	Tabla 6	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d110	d115	(d140-145)	d150
			1.1	1.2	1.3	1.4
d3	Tabla 7	Comunicación	d310	d315	d320	d325
			2.2	2.3	2.4	2.5
0.3	Tabla 8	Movilidad	d410	d415	d430	d440
			3.1	3.2	3.3	3.4
d5	Tabla 9	Auto cuidado-culdado personal	d510	d520	d530	d540
			4.1	4.2	4.3	4.4
d6	Tabla 10	Vida domestica	d610	d620	d6200	d630
			5.1	5.2	5.3	5.4
					0.3	0.3
Sumatoria total otras áreas ocupacio						
Valor final de la segunda parte para las personas en edad eco						

				TOTAL
7	d172	d175	d1751	
	1.8	1.9	1.10	
				0
	d350	d355	d360	
	2.9	2.10	2.11	
				0
	d465	d470	d475	
	3.8	3.9	3.10	
		0.3	0.3	1.5
	d560	d570	d5701	
	4.8	4.9	4.10	
		0.3	0.3	1.5
	d660	d6504	d6506	
	5.8	5.9	5.10	
	0.3	0.3	0.3	2.1
				5.1%
ctiva				30.10%

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN

Pérdida de Capacidad Laboral = TITULO I -Valor Final Pondera

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL %	= (35.10 + 30.10)%			
	DD/	MM/	AAAA	ORIGEN:
FECHA DE ESTRUCTURACION:				
28 - IX - 2016				
Sustentación: Esta Junta considera que esta es la fecha de estructuración, la cual corresponde a la pérdida de su capacidad laboral.				Accidente:
				Laboral
				Común
				Enfermedad:
				Laboral
				Común

ALTO COSTO /CATASTRÓFICA

ESTA COPIA COINCIDE CON EL DOCUMENTO ORIGINAL QUE TUVE A LA BETA

12 MAY 2017

NOTARIA

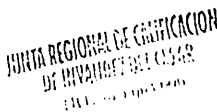
FERNEY PINEDA RUIZ

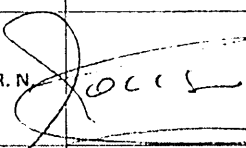
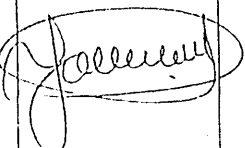
NOTARIO TERCERO DE VALLEJO

Valor Final.

65.20%

FECHA ACCIDENTE:		
DD	MM	AAAA

CLASIFICACION CONDICION DE SALUD-TIPO DE ENFERMEDAD (marcar con una X)						
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO			
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI		NO			
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO			
TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:		X	PROGRESIVA:		X

8. GRUPO CALIFICADOR					
GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO					
		Nombre	Cédula	Registro Médico	Firma
1	Médico Principal	CARLOS ARTURO MONTERO ARAUJO	70.032.170	2570 R. N.	
2	Médico Principal	EDUARDO MARRUGO CASTELLÓN	9.090.120	2526 R. N.	
3	Psicólogo(a)	YAMILE PÉREZ DOMÍNGUEZ	49.763.598	1510 R. N.	
4	Director Administrativo y Financiero de la Junta	MARIANO DE JESÚS AMARIS CONSUEGRA	77.010.734	71699 C. S. J.	



psiquiatria

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA
PSIQUIATRIA – CONTROL PSICC
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
VALLEDUPAR 04 DE ABRIL DE 2017

MERO
Vi-

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES

C.C. 77190268

EVOLUCION CLINICA:

"Control por Psiquiatría"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 39 años de edad, con impresión clínica: Trastorno Depresivo Mayor, en tratamiento con fluvoxamina (Luvox) tableta x 100mg (1-0-0), lorazepam tableta x 1mg (1-0-0).

Trastorno Depresivo Moderado en tratamiento con fluvoxamina, con respuesta parcial al tratamiento.

EXAMEN FISICO:

Se observa con la mirada triste

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD

Cordial, amable, se observa con la mirada triste

AFECTO

Triste, resonante

PENSAMIENTO

Lógico, coherente, niega ideas de auto o heteroagresión, ideas de preocupa

con su situación actual.

SENSOPERCEPCION

Niega y no se evidencia alteraciones sensoperceptivas

INTROSPECCION:

parcial

PROSPECCION

incierto

IMPRESION DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANALISIS Y PLAN:

Paciente a quien se intensifica tratamiento psicoterapéutico una vez por semana. Se expide incapacidad a partir del día 05 de Abril por 3 días.

Se dan indicaciones, recomendaciones,

Alex Sandro M.
MD Psiquiatra



Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra



Dr. Alex Sandro Mindiola
MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA
Universidad El Bosque / Clinica Monserrate
R.M. 70795 / 2001
R.D. 4076

Paciente: E J Wm Crg

Valledupar: 04104

2017

C.C.: 77190268

5022909416

R/.

1. Fluoroxone (Luvax) tableta x 100mg #30

uso: 1 tableta con agua

2. Citalopram tableta x 10mg #30

uso: 1 tableta con agua

At: 1. 1 tableta de Fluoroxone (Luvax) con agua, 1 tableta de Citalopram con agua

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 203

Edificio San Francisco



GOBERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1. DATOS DEL PACIENTE:		Ciudad:
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
Documento de Identidad No.		De.
Dirección Residencia		Muni
Afilación a la S.G.S.S.S.		Subsidio ☐ Contributivo ☐ Vinculado ☐ Noml
FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO COMPLETAMENTE O DE LO CONT		
2. MEDICAMENTO - NOMBRE GENÉRICO		Concentrac
1. <i>Lactation</i>		<i>Lr</i>
Dosificación		
2.		
Dosificación		
DIAGNÓSTICO: <i>Al parto en 20 semanas max</i>		
(ESTE RECETARIO SERÁ DEVUELTO SI NO ESTA DILIGENCIADO EN SU		
3. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☒ ODONT		
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO
C.C./T.E.		REGISTRO MÉDICO DPTAL
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO		
Apellidos y Nombres de quien recibe		No. de Identidad
Apellidos y Nombres de quien dispensa		No. de Identidad
Establecimiento Farmacéutico minorista		Dirección

Original-Blanca: Establecimiento • 1ra. Copia-Rosado: Paciente • 2da.



No. 135

Día	Mes	Año
04	Oct	17
NOMBRES		
Edad	Sexo	M ☒ F ☐
39		
Teléfono		
302280		
EN ENTREGADOS LOS MEDICAMENTOS		
Via de administración	Tiempo Tto Días	Cantidad Prescrita
oral	30	30
En Letras		
Trenta		
SE ACEPTAN DOS TIPOS DE LETRAS		
NOMBRES		
Ally Lina		
Ally Lina		
ECIMIENTO FARMACÉUTICO MINORISTA		
Fecha de Despacho		
Día	Mes	Año
Médico • 3ra. Copia-Amarillo: Archivo		

"VIGENCIA 15 DÍAS CALENDARIO"



Dr. Alvaro Gaitan
 MEDICO PSQUIATRA - PSE
 Universidad El Bosque
 R.M. 707957-2007
 E.D. 4016

Edwin Leo

09104

12

77,190,208 3022704116

R. paciente de signos de salud con
 expresión clínicamente instable
 mayor, en la actualidad a quien se
 incorpora x 30 días de evolución del su
 5104117.

[Handwritten signature]

Carrera 14 No. 14-09 Oficina 501

CONCEPTO DE MEDICINA OCUPACIONAL/ ESPECIALI

O REHABILITACION INTEGRAL

CIUDAD	E.P.S	DIA	MES
Valladolid			

NO

NOMBRES: EDWIN APELLIDOS: LEON
 IDENTIFICACION: 77190268 DE: Valladolid
 ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIA ESTADO CIVIL: _____
 OFICIO HABITUAL: ABOGADO
 TIEMPO EN EL OFICIO: _____
 EMPLEADOR: _____
 TIEMPO DE VINCULACION: _____
 ESPECIALIDAD: Psiquiatria

CONCEPTO PARA:

- ☐ ENFERMEDAD O ACCIDENTE POR RIESGO COMUN
- ☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRAB
- ☐ OTROS

DIAGNOSTICOS

TNO DEPRESIVO Mayor, Epinele
TNO DE SUEÑO
TNO con dolor asociado a E

NO

NO MEJOR

RESULTADO PRUEBAS DX Y VALORACIONES

CONCEPTO

Peto con TNO acompañado de dolor
Radiculopatia y de posturas de
extremidad superior izquierda en brazo con
posturas de troncos de la columna
abundante de dolor de restricción

Rehabilitar con
medicamentos
suplementos de
vitaminas y
ejercicios

PRONOSTICO

MALO - No Rehabilitable ya
que mayor de 40 años con

TNO before
no

REGISTRO MEDICO

1187

Edna Godin de Cuellar
IAH PSQUIATRA
atención y tratamiento
del paciente



Dr. Alex Sandro Mindiola Romero

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA

Universidad El Bosque / Clínica Monserrat

R.M. 70795 / 2004

R.D. 4076

Paciente: E. J. V. C. C. C.

Valledupar: 05/03 marzo de 2017

C.C.: 77.190.269 Tel. 52290446

R/. Paciente a quien se le dio el diagnóstico de
5/03/17 X 3 días

DX: 1. Trastorno depresivo mayor, episodio
unipolar

Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
M.D. Psiquiatra
R.M. 70795/2004

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 203 / Edificio Torre Premium / Teléfono: 5702844 / Valledupar-Cesar



Dr. Alex Sandro Mindiola Romero

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA

Universidad El Bosque / Clinica Monserrat

R.M. 70795 / 2004

R.D. 4076

R/. po oirte a quion de

S/03/17 X 3 @

IDK: 1. Trueto-vo en
weldado

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 203 / Edificio Torre Pro

vein Geo Lurto

183 marzo de 2017

269 Tel. 5224044/6

ity Leste el Lin

ceyor, eria lo

no: 5702844 / Valledupar-Cesar



GOBERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

No.

1. DATOS DEL PACIENTE:		Ciudad:	Día	Mes	Año
			08	02	12
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			
Luján	Castro	Edmundo			
Documento de Identidad No.	Edad	Sexo	M	F	
7711951266	24	M	☒	☐	
Dirección Residencia	Municipio	Teléfono			
Carretera 144 km 14	Villavicencio	310240			
Afiliación a la S.G.S.S.S.	Subsidio	Contributivo	Vinculado	Nombre de la Entidad	
☐	☐	☐	☐	EPS	
FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO COMPLETAMENTE O DE LO CONTRARIO NO SERÁN ENTREGADOS LOS MEDICAMENTOS					
2. MEDICAMENTO - NOMBRE GENÉRICO		Concentración	Forma Farmacéutica	Vía de Administración	Tiempo Tto. Días
1. Clonazepam		1 mg	tbls	ord.	30
Dosificación		1-2 x día			
2.					
Dosificación					
DIAGNÓSTICO: 1) Trastorno de pánico					
(ESTE RECETARIO SERÁ DEVUELTO SI NO ESTÁ DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD. NO SE ACEPTAN DOS TIPOS DE LETRAS)					
3. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☒ ODONTÓLOGO ☐					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
Mendoza	Ildefonso	Alfonso			
C.C.P.T.E.	REGISTRO MÉDICO DPTAL	FIRMA			
771195143	4076	Alfonso Mendoza			
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO MINORISTA)					
Apellidos y Nombres de quien recibe		No. de Identidad	Firma		
Apellidos y Nombres de quien dispensa		No. de Identidad	Firma		
Establecimiento Farmacéutico minorista		Dirección	Fecha de Despacho		
			Día Mes Año		

Original-Blanca: Establecimiento • 1ra. Copia-Rosado: Paciente • 2da. Copia-Verde: Médico • 3ra. Copia-Amarillo: Archivo



Dr. Alex Sandro Alindich Romero

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPISTA

Universidad El Bosque / Clínica Monserrate

R.M. 70795 / 2004

R.D. 4076

Paci

Val

C.C.

cin Geo Lunta

183 marzo de 2017

269 Tel 5022404416

by Leste el Lij

cuero, 2118 kw

R/. Po dante u quita de la

S103/17 X 3 @

IDK: 1. Trastorno de
madrodo

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 203 / Edificio Torre Prem

5702844 / Valledupar-Cesar

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
PSIQUIATRIA – CONTROL PSICOTERAPEUTICO
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
VALLEDUPAR 05 DE MARZO DE 2017 HORA: 7:15 P-M-

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES

C.C. 77190268

EVOLUCION CLINICA:

"Control por Psiquiatría"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 39 años de edad, con Impresión clínica: Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado en tratamiento con fluvoxamina (Luvox) tableta x 100mg (1-0-0), lorazepam tableta x 1mg (0-0-1) con respuesta parcial al tratamiento, sin embargo manifiesta : " Doctor la verdad es que emocionalmente no estoy, termine la relación con mi pareja y eso me tiene muy afectado".

EXAMEN FISICO:

Se observa con la mirada triste

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD

Cordial, amable, se observa con la mirada triste

AFECTO

Triste, resonante

PENSAMIENTO

Lógico, coherente, niega ideas de auto o heteroagresión, ideas de preocupación relacionada con su situación actual

SENSOPERCEPCION

Niega y no se evidencia alteraciones sensoperceptivas

INTROSPECCION:

parcial

PROSPECCION

incierta

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANALISIS Y PLAN:

Paciente a quien se intensifica tratamiento psicoterapéutico una vez por semana. Se dan indicaciones, recomendaciones, signos de alarmas. Se expide incapacidad a partir del día 05 de Marzo por 30 días.

Alex Sandro Mindiola
MD Psiquiatra
C.C. 77190268

Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra



Dr. Alex Sandro Minutiello Romero

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA

Universidad El Bosque / Clinica Montebello

R.M. 70795 / 2004

R.D. 4076

R/. 1. Fluvoxamina (Luvox)

uso: 100mg 1 tableta

2. Lorazepam (Lorax) 1 mg

uso: 10mg 1 tableta

3. Clonazepam (Klonopin) 0.5 mg

uso: 10mg 30 tabletas

17X 1. Trazodone 150mg

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 203 / Edificio Torre Pre

Examen Clínico

10.2.2004

20.02.2004

100mg 1/30

0

20

0.5mg

0.5mg

0.5mg

100mg 30 tabletas

17X 1. Trazodone 150mg

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
PSIQUIATRIA – CONTROL PSICOTERAPEUTICO
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
VALLEDUPAR 02 DE NOVIEMBRE DE 2016 HORA: 6:35 P-M-

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES

C.C. 77190268

EVOLUCION CLINICA:

Control por psiquiatria

"Doctor le cuento que los medicamentos no me han hecho nada no he podido dormir con la mama de mis hijos no estoy muy bien, en estos días me puse a llorar con mi hija porque trajo a colación el problema que yo tengo con la mama y eso me da duro"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

paciente de 39 años de edad,, durante la sesión del día de hoy se trata la historia familiar, describe a sus hermanos de la siguiente manera: Gabelis de 50m años , auxiliar de enfermería con quien manifiesta tener4 malas relaciones afectivas, Hector de 44 años edad quien es estudiante de derecho al respecto menciona: "el es mi hermano del alma hemos salido adelante", Liliana de 42 años edad auxiliar de enfermería "es muy buena hermana, es muy dócil me la llevo con ella, está pendiente de todo, me sabe llevar muy bien"

EXAMEN FISICO:

Se observa tranquilo

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD

Coriusual amable, colaborador

AFECTO

Eutimico

PENSAMIENTO

Lógico, coherente, niega en el momento ideas de auto o heteroagresión

SENSOPERCEPCION

Niega y no se evidencia alteraciones sensoperceptivas

INTROSPECCION:

Parcial

PROSPECCION

Incierta

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANALISIS Y PLAN:

Paciente a quien se inicia manejo antidepresivo, se dan indicaciones, recomendaciones, signos de alarmas control en 15 días.

Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
PSIQUIATRIA - CONTROL PSICOTERAPEUTICO
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
VALLEDUPAR 08 DE NOVIEMBRE DE 2016 HORA: 6:42 P-M-

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES

C.C. 77190268

EVOLUCION CLINICA:

"Control por Psiquiatria"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 39 años de edad, " Me he sentido tranquilo unos días, y otros días separados, las pastillas me han ayudado bastante, durmiendo mucho mejor, sin embargo me despierto otra vez me duerme, una plata que tengo que pagar, es una oficina de abogado, tengo que pagar 210.000000 millones, es un proceso grande que me va a salir, me tiene preocupado, ese compromiso y esta semana me toco arrancar yendo a la oficina, voy un rato y no quiero estar en la universidad me da un fastidio, alguna vaina, el sábado me fui para el parque de garupal, estaba sentado, tuvo que mi papa y mi mama irme a buscar, al ver que no llegaba se fueron ala a buscar, me fui a pensar a mirar , no pensé en eso, como estaban jugando fútbol, unas personas de edad, estaban en unas gradas, habia gente pero yo estaba solo, no se pensando en todo doctor, últimamente los pensamientos de ya no vivir, haciéndome una cantidad de preguntas, para que vivi para que estudie he sentido un vacío en mi corazón, no me importa si me atracan si la plata se va no se va, siento eso me da lo mismo, ahorita me puse a pensar en eso, la deuda si , si tengo expectativa, no me alcanza, me pongo a pensar que tanto afanes tantas cosas para nada, con mis hijos, tranquilos, no molestan si claro mi hija la mayor mi hija cumplió ella 16 años, los suegros míos, mi esposa, mi invito a comer unos amigos, la mando a hacer la mama de la niña, con una señora, si uuuuf, de la que usted me mando del sueño 2 de esa lorazepam con 2 si mucho mejor, en la última no me quería dar, entonces me la despacharon, saque del carro, mira que me le entregaron, con mis padres, hoy vine con Maura Viviana de 16 años, si mucho mejor"

"A veces, ella es receptiva con migo, yo creo que si, no se todavía, ella es una mujer muy fuerte y grosera, yo voy alla y me quedo a veces, y me quedo muy bien, a veces duermo con ella pero no estamos, yo pienso que si, yo estoy abierto, que no me ha gustado que me ha dicho que yo estoy loco, que yo he cambiado, me dijo que yo no era así, que yo no hablo, que aveces me ha dicho que recoja al niño y se me olvida, me dice despierta y me dice mi poco de vaina, me dice después, como si nada".

EXAMEN FISICO:

se observa tranquilo

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD

Cordial, amable, colaborador

AFFECTO

Eutímico

PENSAMIENTO

Lógico, coherente, niega ideas de auto o heteroagresión

SENSOPERCEPCION

Niega y no se evidencia alteraciones senso perceptivas

INTROSPECCION:

parcial

PROSPECCION

incierto

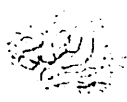
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado.

ANALISIS Y PLAN:

Paciente a quien se dan indicaciones, recomendaciones, signos de alarmas, control por consulta externa en 15 días, se ordena manejo con fluvoxamina (Luvox) tableta x 100mg (1-0-0), lorazepam (Ativan) tableta x 1mg (0-0-1), se dan indicaciones, recomendaciones, signos de alarmas.

Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra



Dr. Alex Sandro Mendiola Romero

MEDICO PSQUIATRA - PSICOTERAPEUTA

Universidad El Bosque / Clínica Monserrat

R.M. 70795 / 2004

R.D. 4076

Paci

Vall

C.C.

R/. 1. Fluorokumar (Luvax)

200. 70 mm 1 tubo 11h

200. 1. 1 a 10-00

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 200

20/260 (24) 16

20/260 de 20 16

20/260 Tel. 502290446

V 100 mg 30

no

no 2000.

14

5702844 Vallenogor-Cesar



GOBERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL



No. 806538

1. DATOS DEL PACIENTE:		Ciudad:	Día	Mes	Año
		V/L	28	11	16
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			
Ley	Montes	C. J. J. J.			
Documento de Identidad No.	De	Edad	Sexo:	M	F
77.180.268	V/L	27	M		
Dirección Residencia	Municipio	Teléfono			
W. J. J. J. J.	V/L	502.200			
Afiliación a la S.G.S.S.S.	Subsidio	Contributivo	Vinculado	Nombre de la Entidad	
				V/L	
FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO COMPLETAMENTE O DE LO CONTRARIO NO SERÁN ENTREGADOS LOS MEDICAMENTOS					
2. MEDICAMENTO - NOMBRE GENÉRICO		Concentración	Forma Farmacéutica	Vía de Administración	Tiempo Tto Días
1. Loxapropina (Atipico)		1mg	756	24h	30
Dosificación		30			
2.					
Dosificación					
DIAGNÓSTICO: TUBERCULOSIS ACTIVA					
(ESTE RECETARIO SERÁ DEVUELTO SI NO ESTÁ DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD. NO SE ACEPTAN DOS TIPOS DE LETRAS)					
3. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☒ ODONTÓLOGO ☐					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
Mintin		Prunier	A. J. J. J.		
C.C.T.E.	REGISTRO MÉDICO OPTAL	FIRMA			
771493, 553	4076	A. J. J. J.			
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO MINORISTA)					
Apellidos y Nombres de quien recibe		No. de Identidad	Firma		
Apellidos y Nombres de quien dispensa		No. de Identidad	Firma		
Establecimiento Farmacéutico minorista		Dirección	Fecha de Despacho		
			Día Mes Año		

"VIGENCIA 15 DÍAS CALENDARIO"

Original-Blanca: Establecimiento • 1ra. Copia-Rosado: Paciente • 2da. Copia-Verde: Médico • 3ra. Copia-Amarillo: Archivo

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA
PSIQUIATRIA - CONTROL PSICO
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO
VALLEDUPAR 21 DE NOVIEMBRE DE 2011

1ERO
2-M-

Nombre: Edwin Lea Montes

C.C.77190268

EVOLUCION CLINICA:
"Control Por Psiquiatria"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 39 años de edad, con antecedente de Trastorno Depresivo Mayor, me la ha pasado ha acostado, antes era más los días que paraba sí, me luvox me ha caído muy bien, esto me ha ayudado mucho, hoy he estado desesperado, ósea me molesta, me da hasta pena con migo mismo, en regular yo duermo en la mañana o duermo en la noche, no puedo ser lo poco preocupado por la mayor está enamorada es una niña quince de años, después me llamo le explique la situación eso me enredaría más la vida, le días estaba con usted, me dijo busca de Dios, le dije eso,

derado " Me he sentido 4 días bien, llorando con ganas de matarme, el día viernes y sábado, estuve, estaba he sentido mejor, el sueño doctor hijos bien en termino generales, un día a veces, yo no estoy de acuerdo con el psiquiatra, le dije que cada 15

EXAMEN FISICO:
Se observa tranquilo

EXAMEN MENTAL

<u>PORTE Y ACTITUD</u>
Cordial, amable, colaborador
<u>AFECTO</u>
Eutímico
<u>PENSAMIENTO</u>
Lógico, coherente, niega ideas de auto o heteroagresión
<u>SENSOPERCEPCION</u>
Niega y no se evidencia alteraciones sensorio perceptivas
<u>INTROSPECCION:</u>
parcial
<u>PROSPECCION</u>
incierto

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

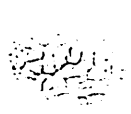
1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANÁLISIS Y PLAN:

Paciente a quien se ordena manejo con fluvoxamina (Luvox) tableta x 100mg indicaciones, recomendaciones, signos de alarmas, control por consulta externa

1 tableta x 1mg (0-0-1), se dan en 15 días.

Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra
RM 70114
Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra



Dr. Alex Sandra Miranda Romero
MEDICO PSICUATRA - PSICOTERAPEUTA
Universidad El Bosque / Clinica Monserrate
R.M. 70795 / 2004
R.D. 4076

Paciente: E. Luis Lina Quintero

Valladolid: 21/11 de 2016

C.C.: 77190283 Tel: 5027609916

R/. 1. Fluoxetina (Luvox) tableta 100mg #30
uso: por la mañana, 1 tableta diario

2. Venlafaxina (Effexor) tableta 150mg #30
uso: por la mañana y por la noche

FX. 1. Tratamiento farmacológico, evaluar
resultados

Carrera 14 No. 14-09

Oficina 203

Edificio Torre Principal

Teléfono: 502844

Valladolid-Cesar



Dr. Alex Gandra Mindiola Romero

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA

Universidad El Bosque / Clinica Monserrat

R.M. 70795 / 2004

R.D. 4076

Paciente

Valle

C.C.

R/. Si edicathy control t

15 hrs

75x. 1. Tacto-uo s
uolr ub p

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 203 / Edificio Torre Premium

sin 64 unidades

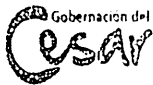
111 de 206

268 Tel. 301240-4466

ke extensa a.

uo uaka, 501r 6

5702244 Valledupar-Cesar



GOBERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL



No. 806474

1. DATOS DEL PACIENTE:		Ciudad:	Día	Mes	Año
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
Lina		Montes	J. Luis		
Documento de Identidad No.		Edad	Sexo	M	F
77, 190, 48		37	M	☒	☐
Dirección Residencia		Municipio	Teléfono		
W. E. C. 1		V. L. C.	202-260		
Afilación a la S.G.S.S.S.		Subsidio	Contributivo	Vinculado	Nombre de la Entidad
☐		☐	☐	☐	Unión
FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO COMPLETAMENTE O DE LO CONTRARIO NO SERÁN ENTREGADOS LOS MEDICAMENTOS					
2. MEDICAMENTO - NOMBRE GENÉRICO		Concentración	Forma Farmacéutica	Vía de Administración	Tiempo Tto. Días
1. W. E. C. 1		2 mg	tbl	orl.	30
Dosificación		En Números En Letras			
1. 100 mg, 100 mg x 100 mg		30 30 100			
2.					
Dosificación					
DIAGNÓSTICO: 1. Tumoración en la zona de la cabeza					
(ESTE RECETARIO SERÁ DEVUELTO SI NO ESTÁ DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD. NO SE ACEPTAN DOS TIPOS DE LETRAS)					
1. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☒ ODONTÓLOGO ☐					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES		
Lina		Montes	J. Luis		
C.C.T.E.		REGISTRO MÉDICO DPTAL	FIRMA		
77, 195, 558		4075	J. Luis		
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO MINORISTA)					
Apellidos y Nombres de quien recibe:		No. de Identidad	Firma		
Apellidos y Nombres de quien dispensa:		No. de Identidad	Firma		
Establecimiento Farmacéutico minorista		Dirección	Fecha de Despacho		
			Día Mes Año		

"VIGENCIA 15 DÍAS CALENDARIO"

OTROSA PER DIAM

Original-Blanca: Establecimiento • 1ra. Copia-Rosado: Paciente • 2da. Copia-Verde: Médico • 3ra. Copia-Amarillo: Archivo

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA
PSIQUIATRIA PRIMERA VE
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO M
VALLEDUPAR 25 DE OCTUBRE DE 2016. H

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre:	EDWIN LEA MONTES
Número de Identificación:	77190268
Edad:	39 años
Religión:	Católico
Estado Civil:	Casado
Ocupación:	Abogado
Natural:	Valledupar (Cesar)
Residente:	Valledupar (Cesar)
Procedente:	Valledupar (Cesar)
Dirección:	Manzana E Casa 1 Rosario Norte 1
Teléfono:	3022904416
Informantes:	El Paciente
Empresa:	Particular

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente remitido por fisiatría para valoración por psiquiatría
El Paciente refiere: "No estoy durmiendo"

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente con cuadro clínico de 15 días de evolución quien refiere insomnio " Me siento agotado por las cuestiones del trabajo" " Yo tengo problemas dolor de espalda, que me aqueja" " Yo soy docente en la universidad Popular, el fisiatrista me preocupa el dolor de espalda, ese dolor me aqueja, ese es el dolor que yo le es fueron las cuestiones del trabajo, mucho trabajo, he pensado en locura irme lejos pensado en tirarme de un puente, tirarme de un carro, una cantidad de cosas, que qui Funcionamiento Previo: "Antes de esta situación una persona alegre, como frustrado manejando mi hermano, antes me desvivía por entrar a la universidad y atender a mi un vuelco a la deriva no sé, me separo de mi esposa por la convivencia, muchos problemas falta de respeto, yo decidí alejar ella también"

o consistente en ansiedad, irritabilidad, se irradia la pierna derecha y ese es el no me tiene incapacitado por fisiatría, doctor el detonante de estos síntomas e he pensado pero me da miedo, he no sé porque".

mi esposa, eso prácticamente, lo está o he defendido lo que tengo, me dado comprensión de ambos, falta de tolerancia,

ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos:	Hipertensión Arterial
Psiquiátricos:	Lo descrito

ANTECEDENTES FAMILIARES

Patológicos:	Padres con antecedente de cirugía de corazón al Alcohol socialmente
Quirúrgico en el paciente:	Apendicitis- Circuncisión

Hipertensión Arterial + Artritis-

EXAMEN FISICO: se observa con labilidad emocional

EXAMEN MENTAL

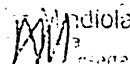
PORTE Y ACTITUD
Cordial, se observa con labilidad emocional
AFECTO :
Triste, resonante
PENSAMIENTO :
Lógico, coherente, ideas de preocupación relacionado con su situación actual
SENSOPERCEPCION
Niega y no se evidencia alteraciones senso perceptivas
INTROSPECCION
parcial
PROSPECCION
incierta

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANÁLISIS Y PLAN: Paciente a quien se observa manejo farmacológico con zolof tableta dan indicaciones, recomendaciones; signos de alarmas, psicoterapia por psiquiatría 1 ve

lorazepam tableta x 1mg (0-0-1), se


Dr. Alex Sandro Mirkidiola Romero
MD Psiquiatra

Dr. Alex Sandra Mindiola Romero

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA
Universidad El Bosque / Clinica Monserrate
R.M. 70795 / 2004
R.D. 4076

Paciente: Edwin Cepi Gutierrez

Valledupar: 25 / 10.

de 2016

C.C. 77.180.268 Tel. 3012904416

Rx. 1. 20 of folic/10 x 100mg #30.

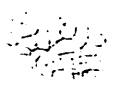
uso: 10mg. 1 folic/10 dia

2. Lowtrem (Ativan) folic/10 x 10mg #30

uso: 10mg. 1 folic/10 dia

IXX: 1. 7mg/100 p/100mg uso 10mg, cada 10 horas





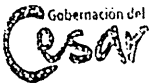
Dr. Alex Sandra Alendado Romero
MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA
Universidad El Bosque / Clinica Menserra
R.M. 70795 / 2004
R.D. 4076

Paciente
Valle
C.C.

R/. Se solicita Asesorar
x prescripción de
FDX: 1. Gasto de
medicamento
/

en la zona
10. de 20 16
Tel. 301 240 946

psicoterapia
siempre
maxi Erioste



GOBERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL



No. 798594

1. DATOS DEL PACIENTE:		Ciudad:	Día	Mes	Año
		Vidua	25	10	66
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES			
Loz	mate	Eduardo			
Documento de Identidad No.	De:	Edad:	Sexo:	M	F
77190268	Vidua	37	M	☒	☐
Dirección Residencia	Municipio	Teléfono			
Monte Cerril	Vidua	50220			
Afiliación a la S.G.S.S.S.	Subsidio	Contributivo	Vinculado	Nombre de la Entidad:	
☐	☐	☐	☐	Petróleo	
FAVOR DILIGENCIAR ESTE FORMATO COMPLETAMENTE O DE LO CONTRARIO NO SERÁN ENTREGADOS LOS MEDICAMENTOS					
2. MEDICAMENTO - NOMBRE GENÉRICO		Concentración	Forma Farmacéutica	Vía de Administración	Tiempo T.T.O. Días
1. Lovexon (Atenolol)		100	750	oral	30
Dosificación		En Numeros			
una 70 una 1 filodis x la noche		30			
4.		En Letras			
Dosificación		Petróleo			
DIAGNÓSTICO: 1) Trastorno depresivo mayor, episodio agudo					
ESTE RECETARIO SERÁ DEVUELTO SI NO ESTÁ DILIGENCIADO EN SU TOTALIDAD. NO SE ACEPTAN DOS TIPOS DE LETRAS					
3. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☒ ODONTÓLOGO ☐					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	
Wendy		Munio		Alex Jairo	
C.C./T.E.	REGISTRO MEDICO DPTAL	FIRMA			
77193322	4076	Alex Jairo		Alex Jairo	
4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO MINORISTA)					
Apellidos y Nombres de quien recibe.		No. de Identidad		Firma	
Apellidos y Nombres de quien dispensa		No. de Identidad		Firma	
Establecimiento Farmacéutico minorista		Dirección		Fecha de Despacho	
				Día Mes Año	

Original-Blanca: Establecimiento • 1ra. Copia-Rosado: Paciente • 2da. Copia-Verde: Médico • 3ra. Copia-Amarillo: Archivo



Dr. Alex Sandro Mindiola Romero

MEDICO PSQUIATRA - PSICOTERAPEUTA

Universidad El Bosque / Clinica Monserrat

R.M. 70795 / 2004

R.D. 4076

Paciente

Valledupar

C.C.

R/.

1. Flujo menstrual (Laxer) +

W: 70 mm + 15/10

2. Low-dose tablet + 1

(Aktion) W: 70 mm + 15/10

7.70: 1. 70 mm + 15/10

in la corte

12 de 20 16

268 Tel. 302290496

1000 H30.

42

variopuntualidad

My

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 303 - Edificio Torre Esmeralda

3702341 / Valledupar-Cesar



Dr. Alex Sandro Mendiola Romero

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA
Universidad El Bosque / Clinica Monserrate
R.M. 70795 / 2004
R.D. 4076

Paciente: ELIXIR GONZALEZ MARTO

Valledupar: OT/12 de 20 16

C.C.: 77, 140, 109 Tel. 30 290 4416

R/. Se solicita con el consentimiento de

Psiquiatra en el T. 1ro

Dr. J. W. Elvira Mendiola

M

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 203 - Edificio Torre Promesa - Teléfono: 5702844 / Valledupar-Cesar

GOVERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1- DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: Wendy J.
Documento de Identidad No.: 771401268 De: Yumbato
Dirección Residencia: Calle 100 No. 100 Municipio: Yumbato
Afiliación a la S.G.S.S.: ☐ Subsidio ☐ Contributivo ☐ Vinculado ☐ Nombre: Wendy J.

2. MEDICAMENTO - NOMBRE GÉNÉRICO
Concentración: 100 mg
Dosis: 100 mg
Frecuencia: 1 vez al día
Indicación: Para el dolor

3. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☒ ODONTÓLOGO ☐
PRIMER APELLIDO: Wendy SEGUNDO APELLIDO: J.
REGISTRO MEDICO DPTAL: Wendy J.
C.C.P.E.: 771401268

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE)
Apellidos y Nombres de quien recibe: Wendy J. No. de Identidad: 771401268
Apellidos y Nombres de quien dispensa: Wendy J. No. de Identidad: 771401268
Dirección: Yumbato

Original-Blanca: Establecimiento: 1ra. Copia-Rosado: Paciente - 2da. Copia-Amarillo: Archivo

GOVERNACIÓN DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RECETARIO OFICIAL
PARA MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

1- DATOS DEL PACIENTE:
Nombre: Wendy J.
Documento de Identidad No.: 771401268 De: Yumbato
Dirección Residencia: Calle 100 No. 100 Municipio: Yumbato
Afiliación a la S.G.S.S.: ☐ Subsidio ☐ Contributivo ☐ Vinculado ☐ Nombre: Wendy J.

2. MEDICAMENTO - NOMBRE GÉNÉRICO
Concentración: 100 mg
Dosis: 100 mg
Frecuencia: 1 vez al día
Indicación: Para el dolor

3. DATOS DEL MÉDICO: GENERAL ☐ ESPECIALISTA ☒ ODONTÓLOGO ☐
PRIMER APELLIDO: Wendy SEGUNDO APELLIDO: J.
REGISTRO MEDICO DPTAL: Wendy J.
C.C.P.E.: 771401268

4. ENTREGA DEL MEDICAMENTO (ESTE ESPACIO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL PACIENTE)
Apellidos y Nombres de quien recibe: Wendy J. No. de Identidad: 771401268
Apellidos y Nombres de quien dispensa: Wendy J. No. de Identidad: 771401268
Dirección: Yumbato

Original-Blanca: Establecimiento: 1ra. Copia-Rosado: Paciente - 2da. Copia-Amarillo: Archivo

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
PSIQUIATRIA – CONTROL PSICOTERAPEUTICO
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
VALLEDUPAR 05 DE DICIEMBRE DE 2016 HORA: 6:23 P.M-

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES

C.C. 77190268

EVOLUCION CLINICA:

"Control por Psiquiatria"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 39 años de edad, con impresión clínica: Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado en tratamiento con fluvoxamina (luvox) tableta x 100mg (1-0-0), lorazepam tableta x 1mg (0-0-1) con buena respuesta al tratamiento.

EXAMEN FISICO:

Se observa tranquilo

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD

Cordial, amable, colaborador

AFECTO

Eutimico

PENSAMIENTO

Lógico, coherente, niega ideas de auto o heteroagresión

SENSOPERCEPCION

Niega y no se evidencia alteraciones sensoperceptivas

INTROSPECCION:

Parcial

PROSPECCION

incierta

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANALISIS Y PLAN:

igual manejo farmacológico, se dan indicaciones, recomendaciones, signos de alarmas, control por consulta externa de psiquiatria en 15 días.

Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra
U. Bosque
Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA
PSIQUIATRIA – CONTROL PSICO
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDR
VALLEDUPAR 23 DE ENERO DE 2017

AERO
4-

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES

C.C. 77190268

EVOLUCION CLINICA:

"Control por Psiquiatria"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 39 años de edad, con impresión clínica: Trastorno Depresivo Moderado en tratamiento con fluvoxamina (Luvox) tableta x 100mg (1-0-0), lorazepam tableta x 1mg. En el último mes manifiesta: "Doctor tengo mi vida destrozada, las cosas con mi hijo están mal, a mi mamá le salió cáncer, ella está sufriendo mucho doctor, mi esposa me agarró con ella me exalté y le dije que me ayude."

Trastorno Depresivo Moderado en tratamiento con fluvoxamina (Luvox) tableta x 100mg (1-0-0), lorazepam tableta x 1mg. En el último mes manifiesta: "Doctor tengo mi vida destrozada, las cosas con mi hijo están mal, a mi mamá le salió cáncer, ella está sufriendo mucho doctor, mi esposa me agarró con ella me exalté y le dije que me ayude."

EXAMEN FISICO:

Se observa con la mirada triste

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD

Cordial, amable, se observa con la mirada triste

AFECTO

Triste, resonante

PENSAMIENTO

Lógico, coherente, niega ideas de auto o heteroagresión, ideas de preocuparse

SENSOPERCEPCION

Niega y no se evidencia alteraciones sensoperceptivas

INTROSPECCION:

parcial

PROSPECCION

incierto

con su situación actual.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANALISIS Y PLAN:

Paciente a quien se sugiere intervención familiar dada la complejidad de las indicaciones, recomendaciones, signos de alarmas, control por consulta externa

se muestra receptivo. Se dan indicaciones en 30 días.

Alex Sandro Mindiola
Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA
PSIQUIATRIA – CONTROL PSICOTERAPEUTICO
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO
VALLEDUPAR 03 DE FEBRERO DE 2017 HORA: 6:45 P-M-

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES

C.C. 77190268

EVOLUCION CLINICA:

"Control por Psiquiatría"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 39 años de edad, con Impresión clínica: Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado en tratamiento con fluvoxamina (Luvox) tableta x 100mg (1-0-0), lorazepam tableta x 1mg (0-0-1) con respuesta parcial al tratamiento, sin embargo manifiesta : " Doctor yo quiero que me mande para SION y me meta en el programa de Hospital/día; yo no se doctor estaba pensando en eso, me encontré con un colega en el palacio y me dijo que si yo estaba loco, lo mire me quede callado y seguí y al tipo como que le dio pena, la verdad doctor siento que no levanto y no me encuentro preparado para retomar mis clases".

EXAMEN FISICO:

Se observa con la mirada triste

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD

Cordial, amable, se observa con la mirada triste

AFECTO

Triste, resonante

PENSAMIENTO

Lógico, coherente, niega ideas de auto o heteroagresión, ideas de preocupación relacionada con su situación actual.

SENSOPERCEPCION

Niega y no se evidencia alteraciones sensorio perceptivas

INTROSPECCION:

parcial

PROSPECCION

incierto

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANALISIS Y PLAN:

Paciente a quien se intensifica tratamiento psicoterapéutico una vez por semana. Se dan indicaciones, recomendaciones, signos de alarmas. Se expide Incapacidad a partir del día 03 de febrero por 30 días.

Alex Sandro Mindiola

Dr. Alex Sandro Mindiola Romero

Dr. Alex Sandro Mindiola Romero
MD Psiquiatra

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA,
PSIQUIATRIA – CONTROL PSICOT
MEDICO ESPECIALISTA: Dr.: ALEX SANDRO
VALLEDUPAR 03 DE ENERO DE 2017 H

ERO

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES

C.C. 77190268

EVOLUCION CLINICA:

"Control por Psiquiatria"

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 39 años de edad, con impresión clínica: Trastorno Depresivo Mayor, episodio moderado. En tratamiento con fluvoxamina (Luvox) tableta x 100mg (1-0-0), lorazepam tableta x 1mg. Refiere: "Mi mamá se puso mala el 24 de diciembre y luego yo me descompuso, el doctor le dio una diarrea, le tomo lo del lupus, eso le dio, ese día me acordé de la cita, si usted quiere para que cuando venga me acompañara, yo de pronto el sábado llegue donde esté ella, está con los hijos, preocupado, ya eso con mi hija se aclaró el tema es la cuestión mañana, si duermo en la noche que a veces me desvelo, me siento como a Dios y se me quita, si no lo hago, me angustia más, me da un desespero corriendo, me entra un reparo, no se me entra una cosa loca no se"

dio Moderado en tratamiento con
uena respuesta al tratamiento, sin
o que llevarla porque se puso muy
nal, esos días no dormí, la memoria
que venga le dije la vez pasada que
ntento con migo, quererme mas no
sigue, duermo un día a veces en la
, que solo me pongo a rezar le pido
ar, me entra un desespero de Salir

EXAMEN FISICO:

Se observa con la mirada triste

EXAMEN MENTAL

PORTE Y ACTITUD

Cordial, amable, se observa con la mirada triste

AFECTO

Triste, resonante

PENSAMIENTO

Lógico, coherente, niega ideas de auto o heteroagresión, ideas de preocupar

SENSOPERCEPCION

Niega y no se evidencia alteraciones senso perceptivas

INTROSPECCION:

parcial

PROSPECCION

incierto

on su situación actual.

IMPRESION DIAGNOSTICA:

1. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Moderado

ANALISIS Y PLAN:

Paciente a quien se dan indicaciones, recomendaciones, signos de alarma: días, se expide incapacidad x 30 días a partir del día 4/01/16.

sulta externa de psiquiatria en 30

Dr. Alex Sandro Minicola Romero
MD Psiquiatra

Dr. Alex Sandro Mindiola

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOGERIATRA
Universidad El Bosque / Clínica Monseñor
R.M. 70795 / 2001
R.D. 4076

Prescripción: ELIACIN LEO CRISTO

Vallejo: 02101 de 20 16

77,120,268 Tel. 302 2909466

9777 Se exhorta a la admisión por 30 días
previo al día 4/10/17.

FX: 1. Tres foros de discusión, en la
usando

Alex Sandro Mindiola
Psiquiatra
Clínica Monseñor
1000 TUTUQUILLA

Carrera 14 No. 14-09 / Oficina 20

Teléfono: 5702844 / Vallejo-Cesar

Dr. Alex Sandro Alindola P. S.

MEDICO PSIQUIATRA - PSICOTERAPEUTA

Universidad El Bosque / Clínica Manguera

R.M. 70795 / 2004

R.D. 4076

PR

se expide la cédula

de la facultad.

Dr. A. Torres, no se

modificó Al

b.

Cartera 14 No. 14-09 / Oficina 203

4/12/2007

10.2

de 20/7

90,268 Tc. 302 240 446

30 días de quita

compar, en la LIO

indiola
ira
onserrat
04

702844 / Valledupar-Cesar

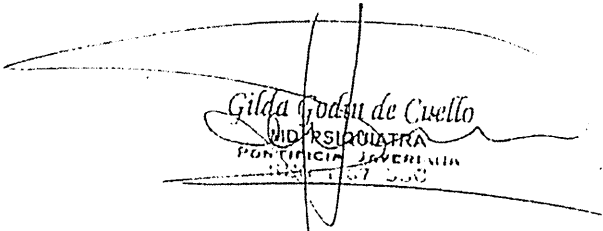
GILDA GODIN FERRER
MEDICO PSIQUIATRA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA JAVERIANA

CENS. CIVIL No. 16-80 CONS. 206 TEL. 5600052
CENTRO MEDICO MODERNO EL ROSARIO
VILLEROTTA - CESAR

FECHA: 26 de octubre de 2016

PACIENTE: EDUIN LEA

- | | |
|--------------------------------|-----|
| 1. Zolof - 50mgrs - tableta | #30 |
| Uso: tomar 1 tableta 8am | |
| 2. Rivotril - 2mgrs - tabletas | #30 |
| Uso: tomar 1 tableta 8pm | |


Gilda Godin de Cuello
MEDICO PSIQUIATRA
PONTIFICIA JAVERIANA

GILDA GODIN FERRER
MEDICO PSIQUIATRA
UNIVERSIDAD PONTIFICIA JAVERIANA

CONS. ORT
CENTRO A
VALLEDE

INS. 206 TEL. 5600052
CNO TEL ROSARIO

FECH

noviembre de 2016

PACIENTE: EDUIN LEA

1. Fluvoxamina - 100mgrs - tabletas
Uso: tomar 1 tab 8am
2. Lorazepam - 1mgrs- tabletas
Uso: tomar 1 tableta 8pm
3. Pregabalina - 75mgrs - tabletas
Uso: tomar 1 tableta 8pm

Gilda Godin de Cuello
MD/PSIQUIATRA
PONTIFICIA JAVERIANA
REG-1187-SSC

GILDA GONIN FERRERA
MEDICO PSIQUIATRA
UNIVERSITARIO CONVULSIONA JAVIERIANA
CONS. ORA 15 No. 16-30 CONS. 206 TEL. 5600052
CENTRO MEDICO MODERNO EL ROSARIO
E-Mail: gildagodin@hotmail.com
VALLEDUPAR - CESAR

HISTORIA CLINICA

FECHA: 20 de octubre de 2016 EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: EDUIN LEA
C.C.: 77.190.268 ESTADO CIVIL:
FECHA DE NAC: 16/09/1977 ACOMPAÑANTE:
DIRECCIÓN: Mz E CASA1 ROSARIO NORTE 1 TELEFONO: 3022904416
EDAD: 39 AÑOS N.: VALLEDUPAR R.P.: VALLEDUPAR
OFICIO: ABOGADO N. HIJOS: 6
SCOLARIDAD: UNIVERSITARIA RELIGIÓN: CATOLICA
| DX: CODIGO:

Paciente quien asiste solo a consulta, refiere que presenta cuadro clínico de aproximadamente 3 meses de evolución consistente en dolor en región lumbo sacra que se irradia a MIDerecho, con dificultad para la marcha, por lo cual consulta con neurocirujano quien hace dx de Radiculopatía + dolor crónico, ordena pregabalina, neurobién, terapia física, solicita RNM de columna lumbo sacra y remite a fisioterapia, posteriormente consulta con fisiatra donde acude con resultados de RNM que reporta disminución de altura de forma importante del cuerpo vertebral L2 por presencia de nódulo de Schmorl, en el platillo inferior y superior del mismo y cambio sugerente de fractura en su aspecto central, protrusión focal excéntrica posterolateral derecha, que disminuye la amplitud del foramen neural, por lo cual le hace dx de Radiculopatía lumbar derecha + Fractura patológica de L2, ordena sinalgen y solicita neuroconducción y EMG de Ms IS, además incapacita durante 30 días. El paciente concomitantemente ha presentado cuadro de gran monto de ansiedad, angustia, temor a quedar "invalido", desesperación, acompañado de apatía, astenia, adinamia, sensación de ganas de salir corriendo, depresión marcada, idea de muerte y de suicidio no estructurada, irritabilidad, intolerancia, discusiones frecuentes con su esposa, sueño irregular con despertar temprano, sueño no reparador, preocupaciones acerca de su futuro y el de su familia, "tengo miedo de caminar solo, porque me da miedo resbalarme y quedar invalido", por lo cual consulta a este servicio. Consultó a OTL por presentar dificultad ventilatoria con ahogos nocturnos, hace dx de desviación de tabique nasal, apnea de sueño, hipertrofia de cornetes nasales e hipertrofia de amígdalas.

Al examen mental alerta, orientado a las 3 esferas, facies de preocupación, hipoproxésico, lenguaje coherente, lento, con aumento del periodo de latencia, pensamiento lógico, lento, ideas de minusvalía, muerte y de suicidio no estructurada, rumiación y bloqueos de pensamientos, afecto de base triste, depresivo, con sentimientos de inutilidad, negativismo, temores infundados, disminución de autoestima, no hay alteraciones sensorio-perceptivas, inhibición motora, apatía, astenia, adinamia, memoria conservada, sueño irregular, insomnio de reconciliación, insight parcial, prospección incierta.

Se hace dx de TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO MODERADO + TRASTORNO DE SUEÑO + TRASTORNO POR DOLOR ASOCIADO A ENFERMEDAD MEDICA

Se ordena: Zolof - 50mgrs - tab (1-0-0)
Rivotril - 2mgrs - tab (0-0-1)

Cita en un mes.

Gilda Gonin de Chello
2015 OCT 20 VALLEDUPAR
206 VALLEDUPAR
SSC

GILDA GONZALEZ
MEDICO PSIQUIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL
CONS. ORA 15 No. 16-80 CONS. 2
CENTRO MEDICO MODERNO
E-Mail: gildaggon@hoti
VALLEDUPAR - CE

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: EDWIN LEA

IDX: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO MODERADO
DOLOR ASOCIADO A ENFERMEDAD MEDICA
18 de noviembre de 2016

Paciente quien asiste con un hermano a consulta,
psiquiatra de EPS, Dr Mindiola, quien hace dx de
ordena zolof 100mgrs/ y lorazepam 1mgr/noche
psicoterapéutico 1 vez por semana, presentando idea
por lo cual le ordena fluvoxamina. Ha continuado
psiquiatra de EPS, toma tratamiento ordenado, me
mejorpi de su cuadro depresivo, aunque persiste
estar solo, no quiere salir a caminar, teme tener
ruedas", además con apatia, astenia, adinamia,
irregular.

Se ordena: Fluvoxamina - 100mgrs - tab (1-0-0)
Lorazepam - 1mgrs- tab (0-0-1)
Pregabalina - 75mgrs - tab (0-0-1)
ata en un mes.

NO DE SUEÑO + TRASTORNO POR

e ha estado en consulta con
vo mayor, episodio moderado,
s solicita acompañamiento
y persistencia de depresión
proceso psicoterapéutico con
que se siente con discreta
onto de ansiedad, no quiere
teme quedar "en silla de
cerca de su futuro, sueño

Gilda González de Cuello
MD. PSIQUIATRA
PORTAFOLIO JAVIERIANA
1987 SSC

OPTORINO

40

FECHA:

UBRE DE 2016.

NOMBRE : EDWIN LEA MONTES.
IDENTIF : 77190268.
EDAD : 39 AÑOS.
ESTUDIO : TAC DE SENOS PARANAS
ORDENADOR : COOMEVA EPS S.A.

Se realizaron cortes tomográficos del macizo
endovenoso, evidenciándose.
Seno frontal con buena neumatización.
Celdillas etmoidales anteriores y posteriores
hipertrofia y engrosamiento de su mucosa n
mucosa del antro maxilar derecho con opacificac
Antro maxilar izquierdo con buena neumatización
Seno esfenoidal con buena neumatización.
Cortes medios e inferiores sin alteración.
Región de la orofaringe, nasofaringe, glotis y epi
Globos ocupantes simétricos.
Elementos del cono orbitario sin alteración.
Planos blandos y óseos indemnes.

CONCLUSION: Hipertrofia y engrosamiento
etmoidales anteriores y posteriores, así como h
maxilar derecho, y opacificación parcial del
inflamatorio crónico tipo sinusitis.

infusión de contraste

neumatización, con
como hipertrofia de la

eración.

nasal de celdillas
la mucosa del antro
que sugiere proceso

Atentamente;


DR. OLMEDO SAMPER.
Medico Radiólogo.
RM.165.
DG.



Sinergia Global en Salud

Centro : 22004 Ordenamiento : 356636 Orden : 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ANEXO TÉCNICO No. 4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: Sinergia Global En Salud S.a.s Código:

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1616893729	03/11/2016 15:02:40	169875548	03/11/2016 15:02:12

Nombre: Laboratorio Clínico Vida Sas		No. Identificación: NIT - 900361962 - 3	Contratación: Evento
Dirección: CARRERA 17A # 16-17 - VALLEDUPAR - CESAR		Teléfono: (0_5) 5804581	Código: 2000101365

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeod			
No. Identificación: CC-77190268	Fecha de Nacimiento: 1977/09/16	Dirección de Residencia habitual: CALLE 5C 37 31	Régimen Contributivo
Teléfono Celular: 3003405745	Teléfono: 5810723	Correo Electrónico: robinjurado@unicesar.edu.co	
Departamento: CESAR	Municipio: VALLEDUPAR	IPS Afiliado: Unidad Basica Alfonso Lopez	Oficina: Valledupar

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA		Diagnóstico: J342	Finalidad: Enfermedad General
Tipo Código	Código Descripción		Cantidad
CUPS	902045 Tiempo De Protrombina [pt]		1
CUPS	902049 Tiempo De Tromboplastina Parcial [ptt]		1
CUPS	902210 Hemograma Iv (hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Indices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Indices Plaquetarios Y Morfología Electrónica E Histograma) Automatizado		1
CUPS	903825 Creatinina En Suero, Orina U Otros		1
CUPS	903841 Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina		1
CUPS	903856 Nitrógeno Ureico [bun] **		1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100				Tipo de Recobro : Ninguno Observaciones: Solicitud POS
Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)		
Recargo Del Prestador				
Cuota Moderadora	9,100	10,600		
Copago	0	0		
Cuota de Recuperación	0	0		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Carlos Mano Aguilar De Los Reyes	Cargo: Auxiliar Unidad Basica Alfonso Lopez	Teléfono: 5335348
Facturar a: Sinergia Global En Salud S.a.s		

 Vigilado Supersalud
 Línea de Atención al Usuario 0028271 - Bogotá D.C.
 1 Linea Gratuita Nacional 002827111

Cooameva | EPS

AUTORIZ

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

MINI

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud	Fecha y Hora
1735558	07/02/2017 03:20:44	1723686	03/01/2017 07:49:55

INFORMACION DEL PRESTA

Nombre: Rodrigo Alfonso Córdoba Fragozo
Dirección: Carrera 16 N° 14 - 92, 2do Piso - VALLEDUPAR - CESAR

DATOS DEL PACI

Afiliado: Lea Montes Edwin Yecid

No. Identificación: CC-77190263 Fecha de Nacimiento: 1977/09/16 Dirección d
Teléfono Celular: 3003405745 Teléfono: 5830723 Correo Elec
Departamento: CESAR Municipio: VALLEDUPAR IPS Afiliado

SERVICIOS AUTORI

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Tipo Código	Código	Descripción
CUPS	891802	Pruebas Funcionales Del Trastorno Del Sueño

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pa

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor t
Recaudo Del Prestador	0	
Cuota Moderadora	0	
Copago	0	
Cuota de Recuperación	0	

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RES

Nombre de quien Autoriza: Yuli Yaneth Jurado Mercado Cargo: Auxiliar Sala Sip V
Facturar a: COOME

VIGILADO Supersalud

Linea de Atención al Usuario: 0100000-8 Bogotá, D.C.
Cooameva E.P.S. S.A. Vigilancia Supersalud: 0100000-8

EPS-FT-063

No Aplica Copago.

No

Esta autorización es válida por 60 días a par

Orden: 1
SERVICIOS DE SALUD
ICO No. 4
ROTECCIÓN SOCIAL



79673250 Contratación: Evento
Código: 200010105701



ALLE SC 37 31 Régimen Contributivo
icetar edu co
opca Oficina: Valledupar

Clasificación: 1342 Finalidad: Enfermedad General
Cantidad

Tipo de Recibo: Ninguno
Observaciones:
Selección POS

QUE AUTORIZA
Tratadores At1

Teléfono: No aplica

o de identificación del paciente o quien reclama
dición

Mod Sep/2011

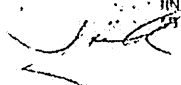
Dra. Janeth Murillo de Arciniegas
Otorrinolaringóloga
Pontificia Universidad Católica del Brasil

Jul 01/2011.

Edwin Ica Montes

Re de tener presente,

IDA: Hipotese de conducta asfuer

Murillo de
Arciniegas


Calle 7 N° 1-78 Consultorio 206 Edificio Medico San Juan Tel: 0957740806 // 3214903860 E-Mail: jmurillo15@hotmail.com
San Juan del Cesar - La Guajira

Dra. Janeth Murillo de Arc
Otorrinolaringóloga
Pontificia Universidad Católica

Feb 04/2017

Edwin Leo Morales

1. Monitoreo spy nasal
int: 2 aplicaciones en nariz
2. Collegra comp. tid 4y
int: 1 vez una semana

acta en act/for

Dra. Janeth Murillo de Arc
Otorrinolaringóloga
Pontificia Universidad Católica
San Juan del Cesar - La Guajira

Calle 7 N° 1-78 Consultorio 206 Edificio Medico San Juan Tel: 0957740806 //
San Juan del Cesar - La Guajira

l: jmurillo15@hotmail.com



RODRIGO CORDOBA FRAGOZO

Nit: 79673250 - 1

CARRERA 16 # 14-98 2do PISO BARRIO: ALFONSOL LOPEZ tel: PBX.5715035 3157501165

Informe NASOFIBROLARINGOSCOPIA

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: LEA MONTE	NOMBRES: EDWIN YECID	EDAD: 39 AÑOS	SEXO: Masculino
IDENTIFICACION: CC 77190268	TELEFONO: 3022904416	DIRECCION: MZ E CASA 1	TIPO USUARIO: 1
ESTADO CIVIL: Casado(a)	EMPRESA: COOMEVA E.P.S. S.A (PROCEDIMIENTO)	FECHA DE NACIMIENTO: 16-09-1977	
Ocupacion: ABOGADO	acompañante: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
PARENTESCO: NO TIENE	RESPONSABLE: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
CIUDAD: VALLEDUPAR	NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO		

Fecha atención 02-11-2016 17:10

... NASALES
... ERMEABLES
... Cornetes
... HIPERTROFICOS CONGESTIVOS
... Septum nasal
... DESVIACION A LA IZQUIERDA CON COMPROMISO VALVULAR
... testos
... ERM... ILES
... oanas
... ERMEABLES
... ASOFARINGE
... IBRE
... OFARINGE
... ORMAL
... IPOFARINGE
... IPERTROFIA DE AMIGDALAS LINGUALES, ESTRECHAMIENTO CONCENTRICO
... ARINGE
... upraglottis
... IFLAMACION DE LA MUCOSA DE LA CORONA LARINGEA
... lotis
... LIEGUES VOCALES LIBRES Y MOVILES
... Diagnostico de Manejo:
... 42 ... SVIACION DEL TARIQUE NASAL J343 - HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES J328 - OTRAS SINUSITIS CRONICAS G473 - APNEA DEL
... po de Diagnostico
... AN
... CORRELACIONA CON TOMOGRAFIA DE SENOS PARANASALES Y SE DECIDE:
... DEOSOMNOENDOSCOPIA.
... EMPO DE PROTROMBINA PT.
... EMPO ... TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT).
... IMOG. ... MA IV (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES E.
... REATININA SUERO ORINA Y OTROS.
... ICEMIA EN AYUNAS.
... TROGENO UREICO (BUN).
... RCIAL DE ORINA O UROANALISIS.
... TERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA-ANESTESIOLOGIA.

CORDOBA FRAGOZO RODRIGO ALFONSO
OTORRINOLARINGOLOGO

RM. 5365



SOLICITUD JUSTIFICACION DE SERVICIOS NO POS

I. Datos Generales

Acta No:	Caso N°:	Ciudad:	Fecha:
		Ugachapur.	5
Nombre del Afiliado	Edad	Tipo de Identificación	
Edwin Ay Monte	37	RC ☐ TI ☐ CC ☐	
I.P.S. Asignada	Oficina		
COOMEVA E.P.S.			
Médico Tratante	Sexo	Historia Clínica	
Andrés Córdoba F	F ☐ M ☐	No	
Especialidad	IPS que Presta el Servicio		
Otorrinolaringología	COOMEVA		

II. Caso Clínico

Diagnóstico: Desviación del tabique nasal
constricción nasal

Código CIE: J342-J343-J328 - Alaprima del

Descripción del Caso Clínico (Breve Resumen de la Historia Clínica del Paciente): Señor con
mas fibrosis en la cavidad
nasal de carácter bilateral
que ocasiona dificultad para
respirar y roncar en la
noche

Tratamientos Realizados (Resumen de las Prescripciones Previas Relacionadas con el Caso Clínico):

Resultados de Ayudas Diagnósticas Relevantes:

III. Servicios Médicos y Prestaciones de Salud No Pos Solicitado

Concepto	Descripción	Clasificación	Prescripción
1	Videoscopia		
2			
3			

Tipo	Amo ☐ Hosp ☐ Urg ☐						
Otro							
No:	77190268						
Tipo de Afiliado							
Col ☐ Ben ☐ Otro ☐							
Fecha de Diagnóstico							
3	4	5	6	7	8	9	0

p.s

Intervención de la

nasal

Video

transcurre

de la nariz

Homólogo	Nombre del Servicio que se Reemplaza o Sustituye
No	



RODRIGO CORDOBA FRAGOZO

Nit: 79673250 - 1

CARRERA 16 # 14-98 2do PISO BARRIO: ALFONSOL LOPEZ tel: PBX.5715035 3157501165

nu!!

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: LEA MONTE	NOMBRES: EDWIN YECID	EDAD: 39 AÑOS	SEXO: Masculino
IDENTIFICACION: CC 77190268	TELEFONO: 3022904416	DIRECCION: MZ E CASA 1	TIPO USUARIO: 1
ESTADO CIVIL: Casado(a)	EMPRESA: COOMEVA E.P.S. S.A (PROCEDIMIENTO)	FECHA DE NACIMIENTO: 16-09-1977	
OCUPACION: ABOGADO	ACOMPANANTE: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
PARENTESCO: NO TIENE	RESPONSABLE: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
CIUDAD: VALLEDUPAR	NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO		

Fecha: 02-11-2016 Hora: 17:09

Código	Descripción	Via	Observaciones
2214012	VIDEOSOMNOENDOSCOPIA		
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA PT		
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)		
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES E		
903825	CREATININA SUERO ORINA Y OTROS		
903841	GLICEMIA EN AYUNAS		
903856	NITROGENO UREICO (BUN)		
907107	PARCIAL DE GRINA O UROANALISIS		
890402-2	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA EN ANESTESIOLOGIA		VALORACION PREANESTESICA

Diagnóstico principal:

Diagnóstico relacionado2

Diagnóstico relacionado1

Diagnóstico relacionado3

CORDOBA FRAGOZO RODRIGO ALFONSO
OTORRINOLARINGOLOGO
RM 5365



RECIBIDO SOLICITUD JUSTIFICACION DE SERVICIOS/			
Nro Solicitud:	1518888	Fecha de Respuesta:	23/
Fecha de Recepción:	15/11/2016	Identificación del Afiliado:	CC
Nombre de Afiliado:	Edwin Yecid Lea Montes	Teléfono de Contacto:	S8:
Tipo de Solicitud:	CTC Ambulatorio		
Chequeo de Documento			
Solicitud CTC			
Historia Clínica			
Formula Medica			
Observaciones			
Funcionario Coomeva EPS S.A:		Luz Elena San Juan Machado	Oficina:
Mod. Abril de 2014			BAR ESP

TO POS

TRO DE AUTORIZACIONES

EPS-FT-381



RODRIGO CORDOBA FRAGOZO

Nit: 79673250 - 1

CARRERA 16 # 14-98 2do PISO BARRIO: ALFONSOL LOPEZ tel: PBX.5715035 3157501165

HISTORIA CLINICA

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: LEA MONTE	NOMBRES: EDWIN YECID	EDAD: 39 AÑOS	SEXO: Masculino
IDENTIFICACION: CC 77190268	TELEFONO: 3022904416	DIRECCION: MZ E CASA 1	TIPO USUARIO: 1
ESTADO CIVIL: Casado(a)	EMPRESA: COOMEVA E.P.S S.A (CONSULTA)	FECHA DE NACIMIENTO: 16-09-1977	
Ocupacion: ABOGADO	acompañante: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
PARENTESCO: NO TIENE	RESPONSABLE: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
CIUDAD: VALLEDUPAR	NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO		

Fecha y hora 14-10-2016 16:11

Motivo de la consulta
DIFICULTAD VENTILATORIA

Enfermedad actual
PACIENTE REFIERE DIFICULTAD VENTILATORIA CON AHOGOS
NOCTURNOS QUE HA REQUERIDO ATENCION POR URGENCIAS. 3
MESES DE EVOLUCION

ANTECEDENTES

Personales	Familiar
HIPERTENSION ARTERIAL (OLMETEC/AMLODIPINO)	
Alergicos	Quirurgico
NIEGA	APENDICECTOMIA, CIRCUNCISION
Habitos toxicos 0-0-0	

SIGNOS VITALES

TA	FC	FR	Peso	107 Kg	Talla	1 83 m	Imc	31 95
----	----	----	------	--------	-------	--------	-----	-------

EXAMEN FISICO

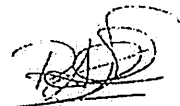
Oído	Cavidad oral
NORMAL	NORMAL
Otoscopia	Orofaringe
NORMAL	HIPERTROFIA AMIGDALINA GRADO 3
Nariz	Cuello
NORMAL	NORMAL
Rinoscopia	Laringe
CON SEPTAL A LA IZQUIERDA CON COMPROMISO VALVULAR	
CON HIPERTROFIA DE CORNETES INFERIORES CONGESTIVOS CON	
CORIZA	
Otros	

DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico principal	Diagnóstico relacionado
J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J343 - HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NAALES
Diagnóstico relacionado 2	Diagnóstico relacionado 3
G473 - APNEA DEL SUEÑO	J351 - HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS
Tipo de diagnóstico	Confirmado nuevo

Plan de manejo
TOMOGRAFIA DE SENOS PARANASALES SIMPLE.
IASOFISROLARINGOSCOPIA.

AMETASYN FREE.
EVOC NF: CAPSULAS X 10 # 2.



CORDOBA FRAGOZO RODRIGO ALFONSO
OTORRINOLARINGOLOGO
RM. 5365



RODRIGO CORDOBA FRAGOZO

Nit: 79673250 - 1

CARRERA 16 # 14-98 2do PISO BARRIO: ALFONSOL LOPEZ tel: PBX.5715035 3157501165

ORDEN FARMACEUTICA

DATOS DEL PACIENTE

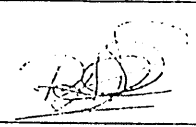
APELLIDOS: LEA MONTE	NOMBRES: EDWIN YECID	EDAD: 39 AÑOS	SEXO: Masculino
IDENTIFICACION: CC 77190268	TELEFONO: 3022904416	DIRECCION: MZ E CASA 1	TIPO USUARIO: 1
ESTADO CIVIL: Casado(a)	EMPRESA: COOMEVA E.P.S. S.A (CONSULTA)	FECHA DE NACIMIENTO: 16-09-1977	
OCUPACION: ABOGADO	ACOMPANANTE: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
PARENTESCO: NO TIENE	RESPONSABLE: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
CIUDAD: VALLEDUPAR	NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO		

NÚMERO: 30

FECHA: 14-10-2016

VIGENCIA: 17-10-2016

tipo	Nombre	Dosis	Via	Frecuencia	Duracion	Cantidad	Observacion
	MOMETASYN FREE	1 PUFF EN CADA FOSA	NASAL	NOCHE	3 MESES	1	
10126	LEVOC NIF: CAPSULAS X 10 # 2	1 TABLETA	ORAL	CADA 12HS	10 DIAS	20	


CORDOBA FRAGOZO RODRIGO ALFONSO
OTORRINOLARINGOLOGO
RM 5365



RODRIGO CORDOBA

Nit: 79673250 - 1

CARRERA 16 # 14-98 2do PISO BARRIO: ALFONSOL L

null

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: LEA MONTE NOMBRES: EDWIN YECID
IDENTIFICACION: CC 77190268 TELEFONO: 3022904416
ESTADO CIVIL: Casado(a) EMPRESA: COOMEVA E.P.S. S.A
OCUPACION: ABOGADO (CONSULTA)
PARENTESCO: NO TIENE ACOMPAÑANTE: NO TIENE
CIUDAD: VALLEDUPAR RESPONSABLE: NO TIENE
NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO

Fecha: 14-10-2016 Hora: 16:07

Código	Descripción	Via
079131	TOMOGRAFIA DE SENOS PARANASALES SIMPLE	
4201	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	

Diagnóstico principal

Diagnóstico relacionado2

Diagnóstico

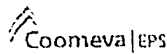
Diagnóstico

15035 3157501165

AÑOS SEXO: Masculino
E CASA 1 TIPO USUARIO: 1
FECHA DE NACIMIENTO: 16-09-1977
TELEFONO: NO TIENE
TELEFONO: NO TIENE

Observaciones

CORDOBA FRAGOZO RODRIGO ALFONSO
OTORRINOLARINGOLOGO
RM 5365



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Centro : 22004 Ordenamiento : 347212 Orden : 1
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1615888400	14/10/2016 16:54:03	169295863	14/10/2016 16:53:49

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Imagen Radiologica Diagnostica Ltda No. Identificación: HIT - 824006480 - 9 Contratación: Evento
 Dirección: CARRERA 17A 16-17 - VALLEDUPAR - CESAR Teléfono: (0_5) 5891005 Código: 100010077901

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeod No. Identificación: CC-77190268 Fecha de Nacimiento: 1977/09/16 Dirección de Residencia habitual: CALLE SC 37 31 Régimen Contributivo
 Teléfono Celular: 3003405745 Teléfono: 5830723 Correo Electrónico: robenjurado@unicesar.edu.co
 Departamento: CESAR Municipio: VALLEDUPAR IPS Afiliado: Unidad Básica Alfonso Lopez Oficina: Valledupar

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA Diagnóstico: J342 Finalidad: Enfermedad General

Tipo Código	Código	Descripción	Cantidad
CUPS	879131	Tomografía Axial Computada De Senos Paranasales O Cara (cortes Axiales Y Corronales)	1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recaudo Del Prestador	0	0
Copago	0	0
Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recobro : Ninguno
 Observaciones:
 Solicitud POS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrades Taborda Cargo: Auxiliar Unidad Básica Alfonso Lopez Teléfono: 5838310
 Facturar a: COOMEVA EPS

No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de Identificación del paciente o quien reclama

Esta autorización es valida por 60 días a partir de la fecha de expedición.

Mod. Sep2013

EPS-FT-05)

 VISADO SUPERVISOR
 Caudera EPS S.A. Vigilancia Super Salud Res. 038855 Afiliada a AGENE

Cooameva EPS Centro: 22004
AUTORIZACIÓN
 ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016
 MINIS

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1615888396	14/10/2016 16:53:54	169295863	14/10/2016 16:53:44

Nombre: Rodrigo Alfonso Cordoba Fragoso
 Dirección: Carrera 16 No 14 - 98, 2do Piso - VALLEDUPAR - CESAR

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR
 No. Tal

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeod
 No. Identificación: CC-77190268
 Fecha de Nacimiento: 1977/09/16
 Dirección de Residencia: 3003405245
 Teléfono: 5820723
 Correo Electrónico:
 Departamento: CESAR
 Municipio: VALLEDUPAR
 IPS Afiliado: UNK

SERVICIOS AUTORIZADOS
 Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Tipo Código	Código	Descripción
CUPS	314201	Nasofibrolaringoscopia
CUPS	555114	Material De Sutura y Curación, Agentes Y Gases Anestésicos, En Sol
CUPS	522228	Sala De Endoscopia De 51 Hasta 60 Uvr

PAGOS COMPARTIDOS
 Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable de

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo
Recargo Del Prestador	0	
Copago	0	
Cuota de Recuperación	0	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE
 Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrades Taborda
 Cargo: Auxiliar
 Facturar a: COOMEVA

No Aplica Copago.

EPS-FT-003

Esta autorización es válida por 90 días a partir

1 Orden: 1
CIOS DE SALUD
 O No. 4
 RECEPCIÓN SOCIAL

73250 Contratación: Evento
 Código: 200010105701

C 37 31 Régimen Contributivo
 Edu.co
 Oficina: Valledupar

0: 3342 Finalidad: Enfermedad General
 Cantidad
 1
 1
 1

Tipo de Recibo: Pungu
 Procedimientos Autorizados: -
 Nasofibrolaringoscopia
 Observaciones:
 Solicitud POS

AUTORIZA
 IPET
 Teléfono: 5838348

tro de identificación del paciente o quien reclama
 ción.

Mod. Sep/2011



RODRIGO CORDOBA FRAGOZO

Nit: 79673250 - 1

CARRERA 16 # 14-98 2do PISO BARRIO: ALFONSOL LOPEZ tel: PBX.5715035 3157501165

Informe NASOFIBROLARINGOSCOPIA

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: LEA MONTE	NOMBRES: EDWIN YECID	EDAD: 39 AÑOS	SEXO: Masculino
IDENTIFICACION: CC 77190268	TELEFONO: 3022904416	DIRECCION: MZ E CASA 1	TIPO USUARIO: 1
ESTADO CIVIL: Casado(a)	EMPRESA: COOMEVA E.P.S. S.A (PROCEDIMIENTO)	FECHA DE NACIMIENTO: 16-09-1977	
Ocupacion: ABOGADO	ACOMPANANTE: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
PARENTESCO: NO TIENE	RESPONSABLE: NO TIENE	TELEFONO: NO TIENE	
CIUDAD: VALLEDUPAR	NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO		

Fecha atención 02-11-2016 17:10

FOSAS NAALES

PERMEABLES

Cornetas

HIPERTROFICOS CONGESTIVOS

Septum nasal

DESVIACION A LA IZQUIERDA CON COMPROMISO VALVULAR

Me

PERMEABLES

Coanas

PERMEABLES

NASOFARINGE

LIBRE

OROFARINGE

NORMAL

HIPOFARINGE

HIPERTROFIA DE AMIGDALAS LINGUALES, ESTRECHAMIENTO CONCENTRICO

LARINGE

Supraglotis

INFLAMACION DE LA MUCOSA DE LA CORONA LARINGEA

Glottis

PLIEGUES VOCALES LIBRES Y MOVILES

Tiempo de Manejo:

DESVIACION DEL TABIQUE NASAL J343 - HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NAALES J328 - OTRAS SINUSITIS CRONICAS G473 - APNEA DEL SUEÑO

Tipo de Diagnostico

PLAN

SE CORRELACIONA CON TOMOGRAFIA DE SENOS PARANAALES Y SE DECIDE:

VIDEOSOMNOENDOSCOPIA.

TIEMPO DE PROTROMBINA PT.

TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT).

HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES E.

CREATININA SUERO ORINA Y OTROS.

GLICEMIA EN AYUNAS.

NITROGENO UREICO [BUN].

PARCIAL DE ORINA O UROANALISIS.

INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA-ANESTESIOLOGIA.

CORDOBA FRAGOZO RODRIGO ALFONSO
OTORRINOLARINGOLOGO

RIM 5355



RODRIGO CORDOBA

Nit: 79673250 - 1

CARRERA 16 # 14-98 2do PISO BARRIO: ALFONSOL

null

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS: LEA MONTE
IDENTIFICACION: CC 77190268
ESTADO CIVIL: Casado(a)
OCUPACION: ABOGADO
PARENTESCO: NO TIENE
CIUDAD: VALLEDUPAR

NOMBRES: EDWIN YECID
TELEFONO: 3022904416
EMPRESA: COOMEVA E.P.S. S.A.
(PROCEDIMIENTO)
ACOMPAÑANTE: NO TIENE
RESPONSABLE: NO TIENE
NIVEL EDUCATIVO: NINGUNO

Fecha: 02-11-2016 Hora: 17:09

Código	Descripción	Via
2214012	VIDEOSOMNOENDOSCOPIA	
902045	TIEMPO DE PROTROMBINA PT	
902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT)	
902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECuento DE ERITROCITOS, INDICES E	
903325	CREATININA SUERO ORINA Y OTROS	
903841	GLICEMIA EN AYUNAS	
903856	NITROGENO UREICO (BUN)	
907107	PARCIAL DE ORINA O UROANALISIS	
990402-2	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGIA	VA

Diagnóstico principal

Diagnóstico relacionado 2

Diagnóstico 1

Diagnóstico 2

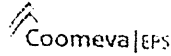
3715035 3157501165

AÑOS
E CASA 1
SEXO: Masculino
TIPO USUARIO: 1
FECHA DE NACIMIENTO: 16-09-1977
TELEFONO: NO TIENE
TELEFONO: NO TIENE

Observaciones

ANESTESICA

CORDOBA FRAGOZO RODRIGO ALFONSO
OTORRINOLARINGOLOGO
RM 5355



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Centro: 22004 Ordenamiento: 356635 Orden: 1
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud	Fecha y Hora
1644893713	09/11/2016 10:06:04	169875548	03/11/2016 15:02:02

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Centro Especializado En El Manejo Integral Del Dolor Dr. Sergio Castro S.A.s
 No. Identificación: NIT - 900485790 - 6
 Contratación: Evento
 Dirección: CALLE 13B # 17-05 - VALLEDUPAR - CESAR
 Teléfono: (0_5) 5802552
 Código: 200010155403

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin recid
 No. Identificación: CC-77190268
 Fecha de Nacimiento: 1977/09/16
 Dirección de Residencia habitual: CALLE 5C 37 31
 Régimen Contributivo
 Teléfono Celular: 3003405745
 Teléfono: 5830923
 Correo Electrónico: robinjurado@unicesar.edu.co
 Departamento: CESAR
 Municipio: VALLEDUPAR
 IPS Afiliado: Unidad Basica Alfonso Lopez
 Oficina: Valledupar

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA
 Diagnóstico: 1342
 Finalidad: Enfermedad General
 Tipo Código
 Código Descripción
 CUPS 139144 Consulta Preanestesia - Anestesiología Y Reanimación
 Cantidad
 1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: 100

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recaudo Del Prestador	10,600	10,600 -
Copago	0	0
Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recobra: Ninguno
 Observaciones:
 Solicitud POS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Carlos Mario Aguilar De Los Reyes
 Cargo: Auxiliar Unidad Basica Alfonso Lopez
 Teléfono: 5838348
 Facturar a: COOMEVA EPS

El pago se realiza en: Sala Sip Valledupar con el recibo No. 16
 No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama
 Esta autorización es válida por 120 días a partir de la fecha de expedición.

EPS-FT 063

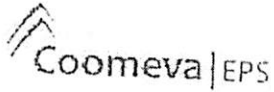
Mod. Sep/2013

VIGILADO
 COOMEVA EPS S.A. Vigilancia Supersalud Mes 09/2016, ciudad de ALCEH

Recibo de caja

http:

m.co/ciklos/php/vista/facturacion/imprimirRec...



Recibo de Caja - Ciklos

SALA SIP VALLEDUPAR

Nit: 805000427-1

No. Recibo : 16

Caja : Caja Virtual Eps - 14080 - 3

Fech

16

Estado : Pagado

Auxi

na Arevalo Ospino

Documento Generador: Orden De Servicio

No. 1

entro : 22004 Ordenamiento :

3566

vicio : 1

CC - 77190268

Información Del Afiliado.

Identificación :

Nombre : Edwin

Tipo : Cotizante

Rango : Rango 2

Conceptos a Cancelar

Concepto

Valor Fo

Cuota Moderadora

10600 Eléctrico

VIGILADO
Asociación E.P.S. S.A. Vigilancia Supersalud Ros. Ribes de Alvarado A.C.F.A.

Dr. Rafael Porto Antequera
OTORRINOLARINGOLOGO
OIDOS - NARIZ - GARGANTA - LARINGE
Universidad de Cartagena

CENTRO MEDICO EL ROSARIO
CRA. 15 N° 16-80 CONSULTORIO 401
Tel: 570 06 12 Tel. Res: 574 99 78
VALLEDUPAR - CESAR

HISTORIA CLINICA

No. Historia : 77190268 Fecha HC: 12-Oct.-16
Entidad : PARTICULAR
Paciente : EDWIN LEA MONTES
F/nacimiento : 16-09-1977 Edad: 39 Años Estado civil : CASADO
Dirección : VALLEDUPAR Teléfonos : 5887211

ANTECEDENTES

Ant. Patológicos Personales y Toxicológicos:
Antecedente Patológicos Familiares:
Antecedentes Qx:

CONSULTAS

No. Consulta: 1 Fecha Atención: 12-10-2016

Motivo de consulta y/o Enfermedad actual:

PACIENTE QUE CONSULTA POR OBSTRUCCION NASAL, SE LEVANTA DE NOCHE AHOGÁNDOSE, USA RHINOFRENOL DESDE HACE TIEMPO, PACIENTE OBESO, TIENE DERECHO A COOMEVA

Examen Físico:

FC: FR: PESO:

Oídos: NORMAL
Otoscofia: NORMAL
Nariz: NORMAL

Rinoscofia Anterior: MARCADA DESVIACION SEPTAL
Rinoscofia Posterior: NORMAL

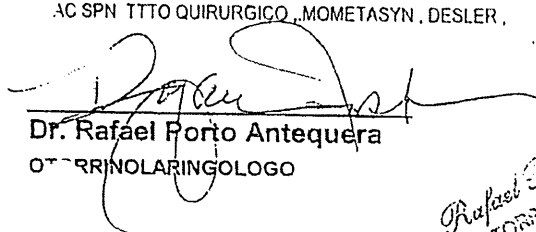
Cavidad Oral: NORMAL
Orofaringe: NORMAL
Laringoscopia Directa o/y Indirecta: NORMAL
Cuello: NORMAL

Diagnóstico:

1) DESVIACION SEPTA J 342 2) APNEA DEL SUEÑO

Tratamiento:

AC SPN TTTO QUIRURGICO, MOMETASYN, DESLER,


Dr. Rafael Porto Antequera
OTORRINOLARINGOLOGO

Rafael Porto Antequera
OTORRINOLARINGOLOGO
Univ. de Cartagena

Software KIBOX (Hanner J Coronel 57-3185270050)

Dr. Rafael Porto Antequera
OTORRINOLARINGOLOGO
OIDOS - NARIZ - GARGANTA - LARINGE
Universidad de Cartagena

NOMBRE: EDWIN LEA MONTES Mº Doc. 77190268
ENTIDAD: PARTICULAR

- R/
1. DESLER: TABLETAS # UNA CAJA
TOMAR UNA TABLETA DIARIA EN LAS NOCHES
 2. MOMETASYN: SPRAY NASAL # UN FCO
APLICAR DOS PUFF AMBAS FOSAS NAALES DIARIO

D(x): 1) DESVIACION SEPTA J 342 2) APNEA DEL SUEÑO

CENTRO MEDICO EL ROSARIO
A. 15 N° 16-80 CONSULTORIO 401
el: 570 06 12 Tel. Res: 574 99 78
VALLEDUPAR - CESAR

FECHA: 12-10-2016

Rafael Porto Antequera
OTORRINOLARINGOLOGO
Universidad de Cartagena

Dr. Rafael Porto Antequera
OTORRINOLARINGOLOGO

Software KiBOX (Hanner J Coronel 57-3185270050)

Dr. Rafael Porto Antequera
OTORRINOLARINGOLOGO
OIDOS - NARIZ - GARGANTA - LARINGE
Universidad de Cartagena

CENTRO MEDICO EL ROSARIO
CRA. 15 N° 16-80 CONSULTORIO 401
Tel: 570 06 12 Tel. Rés: 574 99 78
VALLEDUPAR - CESAR

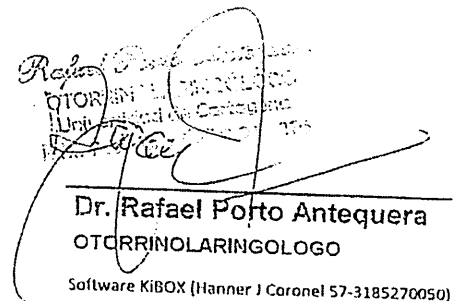
NOMBRE: EDWIN LEA MONTES N° Doc. 77190268

ENTIDAD: PARTICULAR

FECHA: 12-10-2016

R. / TAC DE SENOS PARANASALES
IC DESVIACION SEPTAL

D(x): 1) DESVIACION SEPTA J 342 2) APNEA DEL SUEÑO


Dr. Rafael Porto Antequera
OTORRINOLARINGOLOGO
Software KiBOX (Hanner J Coronel 57-3185270050)

CONCEPTO DE MEDICINA OCUPACIONAL/ ESPECIALISTA

O REHABILITACION INTEGRAL

CIUDAD	E.P.S	DIA	MESES	AÑO
Guayaquil	COMERCA	10	11	2017

NOMBRE: Edwin Yellu APELLIDOS: de Montan
 IDENTIFICACION: 77.190.268 DE: Venezuela
 ESCOLARIDAD: ESPECIALISTA ESTADO CIVIL: SEPARADO
 OFICIO HABITUAL: LIBRE
 TIEMPO EN EL OFICIO: 18 años
 EMPLEADOR: Univ. Popular del Cesar
 TIEMPO DE VINCULACION: 1 año
 ESPECIALIDAD: Docente

CONCEPTO PARA:

- ☒ ENFERMEDAD O ACCIDENTE POR RIESGO COMUN
☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO
☐ OTROS

DIAGNOSTICOS

Enfermedad profesional - Leontes Obstrucción

RESULTADO PRUEBAS DX Y VALORACIONES

Examen físico: Leontes Obstrucción
Postura de Leontes. Dolor en el
Hipertrofia de la glándula

CONCEPTO

No favorable. Por Leontes Secundario
Aplicar del Leontes - Cambio de Vida. Hacer
Tratamiento farmacológico correspondiente por apnea del sueño

PRONOSTICO

N/A

REGISTRO MEDICO

8/10/17 Tulio Valdez H. - Dr. en

Dr. Tulio Valdez H. Valdez
 OTORRINOLARINGOLOGO
 S.M. 453171

Otorrinolaringólogo

Nombre: Ed Wilson

Fecha: 1/1/74

Edad: _____

OR SS. Examen de

TP -

Q1. Examen -

Examen de

Examen de

Examen de

Rx

Examen

Examen

Examen

Examen

Presente est: U
Calle 66 No 38 - 100 * Tel.: 30
Barranquilla -

ma consulta
321 521 4408

DIAGNOSTICOS CONTABLES

DIAGNOSTICOS CONTABLES

Endología Digital - Escanografía - TAC - Densitometría
Escribiendo en el futuro

C.R. 100 No. 80 - 18 Local 4

Tel. 378 5004 - 356 2530

Cel. 309 3147867 - 309 2306554

tomasmilicardiologos@hotmail.com

Barranquilla - Colombia

NOMBRE: Adrian Yessir de la Cruz

FECHA: 11 - 10 - 018

EDAD: 39 A

MEDICO: Valdez

• SOLICITA RADIOGRAFÍA DE:

• BIOPSIAS ☐

• SOLICITA MAMOGRAFÍA: ☐

• ESCANOGRAFÍAS - TAC ☐

• SOLICITA ECOGRAFÍA: ☐

• DENSITOMETRIA ☐

• OTRA ☐

SIGNOS Y SINTOMAS

Desarrollo de la enfermedad
Ex. Simple de forax
SS. 2. TAC Simple de forax

Jr. Tulio Valdez
OTORRINO LARINGOLOGO
R.M. 465174

MEDICO: _____

TELEFONO: _____

INTERST

INT

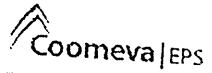
Imprimir Autorización

http://

co/cikles/php/vista/4747/imprimirFormularioA...

VIGILADO Supersalud

Línea de Atención al Usuario: 011-26000000
Línea de Atención al Usuario: 011-26000000
Línea de Atención al Usuario: 011-26000000



Ce
AUTORI

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016 MIR

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud	Origen	Fecha y Hora
13512-1918747-1	17/02/2017 09:43:35	1918747	17022017 (09:43:35)	

Nombre: Audifarma S.a
Dirección: RED DE DISPENSACION DE CADA MUNICIPIO PEREIRA - RISARALDA

Afiliado: Lea Montes Edwin Yecid
No. Identificación: CC-77190265 Fecha de Nacimiento: 1977/09/16 Dirección d
Teléfono Celular: 3001405745 Teléfono: 3830723 Correo Elec
Departamento: CESAR Municipio: VALLEDUPAR IPS Afiliado

Relación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Tipo	Código	Nombre Invlm / Descripción
CUM	20063395-2	Olmesartan 11 40/12 5mg/Tab / Olmesartan - Hidroclorotiazida Tableta Recubierta
CUM	20051245-6	Concor 5 mg/5mg / Bisoprolol + Amlodipino Tableta 5 Mg + 5 Mg (rod

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago

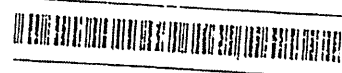
Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Adicional
Recargo Del Prestador		
Cuota Moderadora	11,300	
Copago	0	
Cuota de Recuperación	0	

Nombre de quien Autoriza: Margarita Del Carmen Mendoza Mendoza Cargo: Auxiliar
Facturar a: COOMEVA

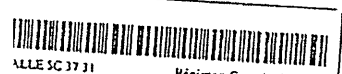
Los Pagos Moderadores NO se han cancelado

Esta autorización es valida por 30 días a partir de

No: 1918747 Orden: 1
SERVICIOS DE SALUD
VICO No. 4
PROTECCION SOCIAL



Int: NIT - 816001182 - 1 Contratoriano: Exento
Código: 816001182



ALLE SC 37 31 Régimen Contributivo
es ar edu.co Oficina: Valledupar

Indicador	Finalidad: Enfermedad General	Cantidad Prescripción	Días
335 - Mapirifur	30	100mg 1 tab al día	10
	30	1/2 TAB cada noche	10

Tipo de Recobro: Medicamentos Servicios Médicos Y Prestaciones De Salud No Pos Cic
Observaciones:
Solicitud NOPOS: 3151748 - 1704165 Ppio Act
Olmesartan - Hidroclorotiazida Resp: 1 Entrega: 1/
Numero Acta: 201776039 Fecha Respuesta:
17/02/2017 Ppio Act: Bisoprolol + Amlodipino Resp:
Entrega: 1/ Numero Acta: 201776039 Fecha Respuesta: 17/02/2017

AUTORIZA
Especialista Canbe Teléfono: NA

Identificación del paciente o quien

Med. 20/07/17

NOTA: No hay Fluido Electrolico en el momento de la consulta.

Dr. Maria Angela Mendoza
MEDICINA INTERNA
R.M. 44873 - C.C. 56078249

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR "Dr. CARLOS ARVELO"
HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES:

ENTIDAD: PARTICULAR.
PACIENTE: EDWIN LEA MONTES.
DIRECCION: VALLEDUPAR.

FECHA: 14/03/17.
IDENTIFICACION: 77190268.

DATOS DE CONSULTA:

MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a control por Bronquitis, manifesta unopio tartumiento. Actualmente refiere, disforesis, palpitations. Refiere como con otros episodios.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES: HTA, Hemia lumbur y cervical, Fractura L. Farmacologicos: Lorazepam 5/5mg x 1, Clonidine 4mg x 1, NSA.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

MADRE: LES 4 AÑITOS. PADRE: CARDIOPATIA.

REVISION POR SISTEMAS:

disforesis, palpitations.

EXAMEN FISICO:

FC: 72x FR: 16x TA: 190/100 PESO: 107kg. TALLA: 182. IMC: 32

ESTADO GENERAL: Normal.

PIEL: Normal.

CCC: Normal sin alteraciones, dolor a la manipulación.

CARDIOPULMONAR: Rales, sin ruidos, pulmones sin crepantes.

ABDOMEN: Blando, no doloroso.

GENITOURINARIO: Normal-figura.

EXTREMIDADES: Sin edemas.

NEUROLOGICO: Sin deficit aparente.

DIAGNOSTICO:

1. HTA Controlada.

2. Hemia cervical. 3. Fractura lumbur y cervical.

TRATAMIENTO Y CONDUCTA:

Se administran 4 dosis de Clozapina 25mg oral y 25mg oral con posterior Administracion de tratamiento de control preventivo.

TA: 150/100mmHg.

Plan: Igual tratamiento medico.
val x psicologica - Inseguridad por CS diario.

R.M. 44873 - C.C. 56078249

Dr. Maria Angela Mendoza
MEDICINA INTERNA

FIRMA:



MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR - "Dr. Carlos Arvelo"

s, 06 de marzo de 2017
PARTICULAR
WIN YECID LEA MONTES
TO: 77190268
s 5 Meses y 17 Días Años

Rp/

PACIENTE CON CC DE APROX 5 DIAS DE EVOLUCION
OCASIONES ALZAS TERMICAS NO CUANTIFICADAS, N
IDX: BRONQUITIS AGUDA

INCAPACIDAD POR 8 DIAS A PARTIR DE LA FECHA

EXPECTORACION VERDOSA, EN
ENERAL.

Maria Angela Mendoza

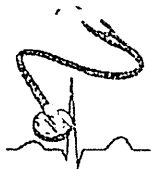
MEDICINA INTERNA

R.M. 44873 - C.C. 56078249

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

CALLE 7 N° 1-78 CONSULTORIO 205 EDIFICIO MEDICO SAN JUAN TEL: (

UAN DEL CESAR - GUAJIRA
kthor.com.co Cel: 3185270050 hannercoornel@gmail.com]



MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR - "Dr. Carlos Arvelo"

N°. Historia Clínica: 77190268

DATOS PERSONALES

ENTIDAD: PARTICULAR

PACIENTE: EDWIN YECID LEA MONTES N° DOCUMENTO: CC. 77190268 EDAD: 39 Años 5 Meses y 17 Días Años SEXO: M

DIRECCIÓN: VALLEDUPAR TELÉFONOS: 3022904416

HISTORIA CLINICA

DATOS DE CONSULTA

FECHA CONSULTA: lunes, 06 de marzo de 2017

MOTIVO CONSULTA:

GRIPA

ENFERMEDAD ACTUAL:

REFIERE PACIENTE CC DE APROX 5 DIAS DE EVOLUCION CON TOS Y EXPECTORACION VERDOSA, EN OCASIONES ALZAS TERMICAS NO CUANTIFICADAS, MALESTAR GENERAL. TRAE RX DE TORAX: 01/03/17: AUMENTO DE LA TRAMA BRONQUIAL, CON HILIOS PULMONARES REFORZADOS.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

HTA EN TTO OLMETEC HCT 40/12.5MGX1, CONCOR AM 5/5MG X1, HERNIA CERVICAL C3-C6, FRACTURA L2. NIEGA DM, ASMA ALERGIAS: NIEGA QX: APENDICECTOMIA, CIRCUNCISION. TABAQUISMO: NIEGA OH: OCASIONAL

OTROS ANTECEDENTES:

MADRE: ARTRITIS + LES

PAORE: CARDIOPATA. HTA

REVISION POR SISTEMAS

LO REFERIDO

EXAMEN FISICO

FCARDIACA	FRESPIRATORIA	PIARTERIAL	PESO EN Kg	TALLA EN Mts	IMC	CLASIFICACIÓN
62	18	123 / 86	108,6	1,82	32,79	OBESIDAD I

CCC: FARINGE HIPEREMICA

C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS CON RONCUS DISPERSOS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO TIRAJES

ABD: BLANCO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

EXT: SIN EDEMAS

NEUROLOGICO: SIN DEFECT APARENTE

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICOS PRINCIPAL: BRONQUITIS AGUDA

OTROS DIAGNOSTICOS: 2. HTA STI CONTROLADA 3. OBESIDAD GRADO I.

PLAN DE ACCION:

MANTENER IGUAL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO:

OLMETEC HCT 40/12.5MG DIA

CONCOR AM 5/5MG 1/2 TAB NOCHE

CARDIOASWIN 100MG DIA

TRUXA 750 MG VO AL DIA POR 7 DIAS

DESLODEX 1 TAB VO DIA POR 10 DIAS

BUDESONIDA 2 PUFF CADA 12 HORAS

ACETAMINOFEN 500MGVO POR FIEBRE

REPOSO EN CASA

INCAPACIDAD POR 8 DIAS A PARTIR DE LA FECHA

RECOMENDACIONES:

EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A LA URGENCIAS

MEDICAMENTOS Y EXAMENES SOLICITADOS

#Error

Dra. Maria Angela Mendoza
MEDICINA INTERNA
R.M. 44873 - C.C. 56078249

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

CALLE 7 N° 1-78 CONSULTORIO 205 EDIFICIO MEDICO SAN JUAN TEL: (57) 740806 SAN JUAN DEL CESAR - GUAJIRA

Software KIBOX (www.kibox.com.co Cel: 3185270050 hannercoornel@email.com)



Dra. María Angela Mendoza
 ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
 HOSPITAL GENERAL DE LIMA
 ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
 ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

ENFERMERÍA DE ESPECIALIDADES INTERNAS
 EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE ENFERMERÍA

R: Paciente acude a consulta
 refiriendo tensiones altas
 y dolor, posterior a un
 stress por lo que se
 a partir de la fecha

- DX: CRISIS HTA RUGA
- HTA ST I
 - HTA GRAVE
 - FRACCIÓN CORONARIA
 - VASODILATACIÓN

14/05/19

Edwin León

97190258

se continúa
 seguimiento, logrando
 a Paciente con
 control por C.E. días

Dra. María Angela Mendoza
 MEDICINA INTERNA
 R.M. 44873 - C.C. 56078249



Dra. María Angela Mendoza
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR GENERAL

PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS - SERVICIO DE URGENCIAS - SERVICIO DE
SALUD DEL CIEGOS - SERVICIO DE

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES - ENFERMEDADES RENALES - ENFERMEDADES
EVALUACIÓN PREOPERATORIA - ELECTROCARDIOGRAMAS - HEMOGLOBINOPATÍAS

01/02/17.

Edwin Leg M.

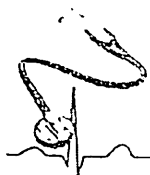
77190266.

R: 1. Olmesartín/Hidroclorotiazida. 40/12.5mg
una vez al día # 90.

2. Fumarcato de Bisoprolol/Amlodipino 5/5mg
una vez al día # 90.

Dra. María Angela Mendoza
MEDICINA INTERNA
R.M. 44873 - C.C. 56078249

PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS - SERVICIO DE URGENCIAS - SERVICIO DE



MARIA ANGELA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTE
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUE
HOSPITAL MILITAR - "Dr. Carlos Arv

N°. Historia Clínica: 77190268

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

ENTIDAD: PARTICULAR

PACIENTE: EDWIN YECID LEA MONTES N° DOCUMENTO: CC. 77190268 EDAD:

DIRECCIÓN: VALLEDUPAR TELÉFONOS: 3022904416

y 16 Dias Años SEXO: M

DATOS DE CONSULTA

FECHA CONSULTA: miércoles, 01 de febrero de 2017

MOTIVO CONSULTA:

ENTREGA DE RESULTADOS

ENFERMEDAD ACTUAL:

TRAE: MAPA 24 HORAS 14/01/17: HTA ST I, PATRON RISSE, VARIABILIDAD B.
FRECUENCIA CARDIACA ADECUADA.

A, PRESION DE PULSO DIURNA ELEVADA,

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

HTA EN TTO OLMETEC HCT 20/12.5MGX1, NIEGA DM, ASMA ALERGIAS: NIEG
NIEGA OH: OCASIONAL

OTROS ANTECEDENTES:

MADRE: ARTRITIS + LES

PADRE: CARDIOPATA. HTA

ECTOMIA, CIRCUNCISION. TABAQUISMO:

REVISION POR SISTEMAS

INSOMNIO

EXAMEN FISICO

F/CARDIACA	F/RESPIRATORIA	PI/ARTERIAL	PESO EN Kg	TALLA EN Mts	IMC
70	17	120 / 82	108,6	1,82	32,79

CGC: NORMAL

C/P: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS S

ABD: BLAND, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

EXT: SIN EDEMAS

NEUROLOGICO: SIN DEFICIT APARENTE

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICOS PRINCIPAL: HTA MAL CONTROLADA

OTROS DIAGNOSTICOS: 2.OBESIDAD GRADO I

PLAN DE ACCION:

SE SUBE DOSIS DE OLMETEC HCT 40/12.5MG DIA

SE ASOCIA CONCOR AM 5/5MG 1/2 TAB NOCHE

CARDIOASWIN 100MG DIA

CONTROL DE LA PRESION ARTERIAL EN CASA

CITA EN 1 MES

RECOMENDACIONES:

CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA Y HABITOS ALIMENTARIOS

RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

Dra. Maria Angela Mendoza

MEDICINA INTERNA

R.M. 44873 - C.C. 56078249

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

CALLE 7 N° 1-78 CONSULTORIO 205 EDIFICIO MEDICO SAN JUAN TEL

JUAN DEL CESAR - GUAJIRA

w.kibox.com.co Cel: 3185270050 liannercoornel@gmail.com}

Solicitud Justificación De Medicamentos No Pos

I. Datos Generales

Acta No:	Caso N°:	Ciudad Barranquilla	Fecha de Diligenciamiento	Tipo Amb ☒ Hosp ☐ Urg ☐
Nombre del Afiliado EDWIN YECID LEA MONTES		Edad 69 años	Tipo de Identificación RC ☐ TI ☐ CC ☒ CE ☐ NUIP ☐ No: 77190268	
I.P.S. Asignada		Oficina	Tipo de Afiliado Col ☐ Ben ☐ Otro ☐	
Médico Tratante: DRA MARIA ANGELA MENDOZA		Sexo M ☒ F ☐	Historia Clínica No:	Fecha de Diagnóstico Día Mes Año
Especialidad MEDICINA INTERNA	IPS que Presta el Servicio			

II. Caso Clínico.

Diagnóstico: Hipertensión arterial de difícil manejo

Código CIE I10X-

Descripción del Caso Clínico (Breve Resumen de la Historia Clínica del Paciente): diagnóstico de HTA, se realiza MAPA 24 horas reportando mal control de cifra se ajusta tratamiento con base a reporte, y así disminuir los Ingreso a urgencias por crisis hipertensivas,

aumento del riesgo de ACV, IAM, y aumento de la presión de su enfermedad renal, por lo cual se ordena tratamiento NO POS

Con el objetivo primordial de lograr cifras óptima de presión arterial, según las guías del JNC 8 de medicina basada en la evidencia

con base a MAPA de 24 HORAS

Tratamientos Realizados (Resumen de las Prescripciones Previas Relacionadas con el Caso Clínico):

losartan

amlodipino

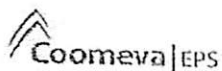
metoprolol

III. Medicamento No Pos Solicitado

No.	Principio(s) Activo(s)	Grupo Terapéutico según ATC	Dosis	Forma Farmacéutica	Tratamiento	Número de Dosis	Cantidad Solicitada	Posología
1	olmesartan/hidroclorotiazida		40/12.5mg	Tabletas	90	1	90	1 Comp. cada 24 h
2	Fumato de Bisoprolol/Amlodipino		5/5mg	tabletas	90	1	90	1/2 tab noche
3								

IV. Medicamentos POS del Mismo Grupo Terapéutico que se Reemplaza o Sustituye

No.	Principio(s) Activo(s)	Genéricación	Forma Farmacéutica	Tratamiento	Número de Dosis	Cantidad Equivalente
1	No aplica					
2						
3						



Solicitud Justificación De Medicamentos No Pos

V. Justificación Medicamentos

Justificación General Se ordena Tratamiento NO POS con el fin: 1- L
2- Reduccion del riesgo de ACV en un 23%, El IAM en un 10% y reduccion del riesgo relativo
por crisis hipertensivas

Señale la Evidencia Científica en Casos Similares con Grado de Recomendación y Relación Soporte
IDNT, IRMAII, Pretella, Bolusii

Bvo comité de HTA 2013

Casística del Ordenador Sobre el Medicamento Solicitado IDEM

Justificación General SU RIESGO CARDIOVASCULAR Y EVITA EVENTOS MAYORES COM
COMPLIQUEN SU ESTADO O PRODUZCAN SU MUERTE.

Señale la Evidencia Científica en Casos Similares con Grado de Recomendación y Relación Soporte
Bvo comité de HTA 2013

Casística del Ordenador Sobre el Medicamento Solicitado

Justificación General

Señale la Evidencia Científica en Casos Similares con Grado de Recomendación y Relación Soporte

Casística del Ordenador Sobre el Medicamento Solicitado

VI. Aspectos Relacionados con Farmaco y Tecnovigilancia

Medicamento 1 hipotension

Medicamento 2 arritmia, bloqueo AV, leucopenia

Medicamento 3

Consentimiento Informado.

Se ha obtenido consentimiento informado: SI ☐ No ☒

DRA MARIA A. MENDOZA DAZA

Nombre del Médico Tratante

A LA SOLICITUD FAVOR ANEXAR:

☒ COPIA DE DOCUMENTO IDENTIDAD

☐ COPIA FORMULA MEDICA

EPS FT-121

presión arterial

70% 3- Reduccion del Ingreso a urgencias

Estudios: Kester Taulu, Mancia, Cosima

QUE

NO POS SOLICITADO

###

41073

Registro Médico

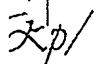
IA CLINICA ACTUALIZADA

Mod Feb/20


MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR - "Dr. Carlos Arvelo"

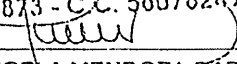
FECHA: miércoles, 01 de febrero de 2017

ENTIDAD: PARTICULAR
PACIENTE: EDWIN YECID LEA MONTES
N° DOCUMENTO: 77190268
EDAD: 39 Años 4 Meses y 16 Días Años


OLMETEC HCT: TAB 40/12,5MG # 28
TOMAR UNA TAB VO AL DIA

CONCOR AM: TAB 5/5MG # 28
TOMAR 1/2 TAB POR LA NOCHE

CARDIOASAWIN: TAB 100MG # 30
TOMAR 1 TAB VO DIA

Dr. Maria Angela Mendoza
MEDICINA INTERNA
R. 44873 - C.C. 56078249


MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
SPF ALISTA EN MEDICINA INTERNA

CALLE 7 N° 1-78 CONSULTORIO 205 EDIFICIO MEDICO SAN JUAN TEL: (57) 740806 SAN JUAN DEL CESAR - GUAJIRA

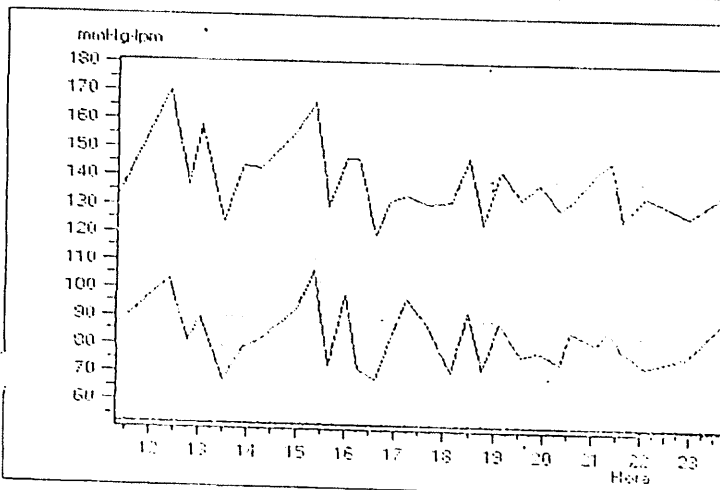
Software KIBOX (www.kibox.com.co Cel: 3185270050 liannercoornel@gmail.com)

REPORTE DE PRESIÓN SANGÜEA

SunTech

Campos N.: EDWIN LEA MONTES

ID. paciente: 771902



Periodo	Hora	Muestras	Med. Sist. (mmHg)	Med. Dia. (mmHg)
En general	11:21-09:33 (22:12)	45	144 (14,3)	91
Periodo diurno	07:00-22:00	34	144 (14,4)	86
Periodo nocturno	22:00-07:00	11	145 (14,3)	92
Desc. noc.: Sis = -0,7% Dia = -0,6%				

Medicación actual

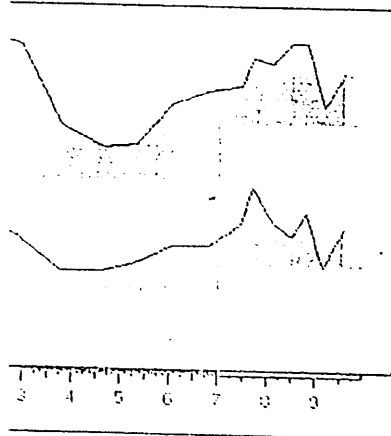
OLMETEC 20 MG X 2

Interpretación del médico

- HTA ST I - PATRON RISER - VARIABILIDAD BAJA - ALTA CARGA - PRESION D ADECUADA.

LATOPIA

Fecha de la prueba: 14-ene.-2017



Med. FC (bpm)	Carg TA Sis (%)	Carg TA Dia (%)
1 (11,8)	67	47
1 (10,5)	56	35
1 (9,3)	100	92

ELEVADA - FRECUENCIA CARDIACA

Médico que refiere:

Médico que:

Firma

Fecha

Firma

Informe de monit. ambulat. de PA: Bravo

Copyright 1998 - 2009 SunTech Me

Dra. María Angélica Mendoza
MENDOZA
R.M. 44673 - C.E. 56078249
MÉDICINA INTERNA

Fecha



REPORTE DE PRESIÓN SANGUÍNEA AMBULATORIA

Campos N.: EDWIN LEA MONTES

ID. paciente: 77190208

Fecha de la prueba: 14-ene.-2017

Información del paciente

Fecha de nacimiento:

Sexo:

Dirección:

Raza:

Teléfono:

Altura:

Peso:

Historia

Razón de prueba



REPORTE DE PRESIÓN SANGUÍNEA

Campos N.: EDWIN LEA MONTES

ID. paciente: 7719020

Estadísticas MPSA

En general Tiempo: 11:21 - 09:33 Duración: 22:12 Muestras: 45 de 50 (90%)

	Med.	Est. Desv.
Sistólica (mmHg)	144	+/- 14,3
Diastólica (mmHg)	89	+/- 12,4
Frec. cardíaca (lpm)	82	+/- 11,9
PAM (mmHg)	107	+/- 12,5
Presión del pulso (mmHg)	55	+/- 8,2

Carg TA: 67% de lecturas SIS > 140 mmHg diurnas y > 120 mmHg nocturnas
47% de lecturas DIA > 90 mmHg diurnas y > 80 mmHg nocturnas

Periodo diurno Tiempo: 07:00 - 22:00 Muestras: 34 of 38 (89%)

	Med.	Est. Desv.
Sistólica (mmHg)	144	+/- 14,4
Diastólica (mmHg)	88	+/- 12,9
Frec. cardíaca (lpm)	85	+/- 10,5
PAM (mmHg)	106	+/- 12,9
Presión del pulso (mmHg)	56	+/- 8,1

Carg TA: 55% de lecturas SIS > 140 mmHg
35% de lecturas DIA > 90 mmHg

Periodo nocturno Tiempo: 22:00 - 07:00 Muestras: 11 of 12 (92%)

	Med.	Est. Desv.
Sistólica (mmHg)	145	+/- 14,8
Diastólica (mmHg)	92	+/- 10,3
Frec. cardíaca (lpm)	71	+/- 8,3
PAM (mmHg)	109	+/- 11,3
Presión del pulso (mmHg)	53	+/- 8,5

Carg TA: 100% de lecturas SIS > 120 mmHg
92% de lecturas DIA > 80 mmHg

ATOPIA

Fecha de la prueba: 14-ene.-2017

h. (h.)	T. (min.)
0:00)	120 (16:35)
0:40)	67 (13:31)
0:21)	62 (04:36)
0:40)	85 (16:35)
0:15)	37 (17:14)

Desc. noc.: -0,7% SIS y -4,6% DIA
reducciones nocturnas.

h. (h.)	T. (min.)
0:25)	120 (16:35)
0:40)	67 (13:31)
0:21)	63 (07:25)
0:40)	85 (16:35)
0:15)	37 (17:14)

h. (h.)	T. (min.)
0:00)	128 (22:57)
0:08)	74 (22:04)
0:04)	62 (04:36)
0:09)	94 (22:04)
0:56)	42 (05:18)

REPORT DE PRESION SANGUINEA AMBULATORIA

Suntech

Campos N.: EDWIN LEA MONTES

ID, paciente: 77190260

Fecha de la prueba: 14-ene-2017

Datos de PSA editados (continuación)

#	Hora	Sis/Dia	FC	PSP	CE	Comentario
31	21:37	126/ 80	73	95		
32	22:04	135/ 74	87	94		
33	22:57	128/ 78	76	95		
34	23:39	136/ 90	69	105		
35	00:27	156/106	70	123		
37	02:08	171/107	74	128		
38	02:56	167/ 98	82	121		
39	03:46	139/ 87	67	104		
40	04:36	131/ 87	62	102		
41	05:18	132/ 90	64	104		
42	06:03	147/ 96	63	113		
43	06:47	151/ 96	63	114		
44	07:25	153/104	63	120		
45	07:40	163/117	74	132		
46	08:03	161/105	72	124		
47	08:27	168/100	70	123		
48	08:47	168/108	87	128		
49	09:09	146/ 89	82	108		
50	09:33	158/103	81	121		

Datos de PSA omitidos

#	Hora	Sis/Dia	FC	PSP	CE	Comentario
2	11:28	0/ 0	0	0		Artefacto / señal errática
3	11:45	0/ 0	0	0		Via de mira obstruida
4	12:10	130/ 87	90	101		Finalizó el tiempo de medición
11	14:34	0/ 0	0	0		Via de mira obstruida
36	01:21	0/ 0	0	0		Artefacto / señal errática

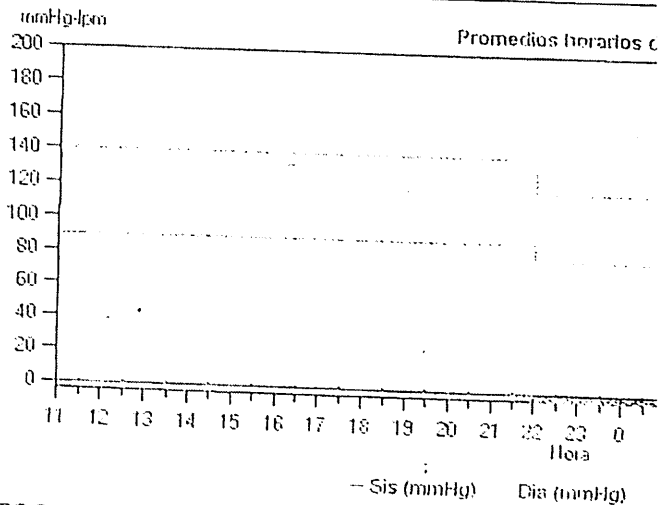


REPORTE DE PRESIÓN SANGU

Campos N.: EDWIN LEA MONTES

ID. paciente: 77190

Bravo Promedios horarios de PS

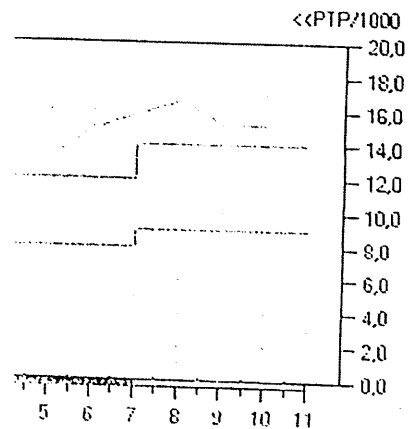


DATOS promedio de P&A

Hora	#	Sis/Dia (mmHg)	FC (lpm)	PSP (mmHg)
11:00 - 11:59	1	132/86	87	101
12:00 - 12:59	2	154/92	92	112
13:00 - 13:59	3	142/79	95	100
14:00 - 14:59	2	150/88	96	106
15:00 - 15:59	3	140/93	100	111
16:00 - 16:59	3	133/74	92	94
17:00 - 17:59	2	132/93	85	106
18:00 - 18:59	3	135/79	78	97
19:00 - 19:59	3	136/82	79	101
20:00 - 20:59	2	132/80	84	98
21:00 - 21:59	3	139/83	82	101
22:00 - 22:59	2	132/76	82	94
23:00 - 23:59	1	136/90	69	105
00:00 - 00:59	1	156/106	70	123
01:00 - 01:59	0			
02:00 - 02:59	2	169/102	78	124
03:00 - 03:59	1	139/87	67	104
04:00 - 04:59	1	131/87	62	102
05:00 - 05:59	1	132/90	64	104
06:00 - 06:59	2	149/96	63	114
07:00 - 07:59	2	158/110	68	126
08:00 - 08:59	3	166/104	76	125
09:00 - 09:59	2	152/96	82	114
10:00 - 10:59	0			

PLATOPIA

Fecha de la prueba: 14-ene.-2017



PTP/1000
11.5
14.2
13.5
14.3
15.0
12.3
11.3
10.5
10.9
11.0
11.4
10.7
9.4
10.9
13.2
9.3
8.1
8.4
9.4
10.9
2.7
2.4

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR - "Dr. Carlos Arvelo"

Nº. Historia Clínica: 77190268
HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

ENTIDAD: PARTICULAR
PACIENTE: EDWIN YECID LEA MONTES Nº DOCUMENTO: CC. 77190268 EDAD: 39 Años 3 Meses y 26 Días Años SEXO: M
DIRECCIÓN: VALLEDUPAR TELÉFONOS: 3022904416

DATOS DE CONSULTA

FECHA CONSULTA: miércoles, 11 de enero de 2017
MOTIVO CONSULTA: HTA

ENFERMEDAD ACTUAL:
REFIERE DX RECIENTE DE HTA, MANIFIESTA ESTAR EN TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO. TRA EKG 11/01/17: NORMAL
ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:
HTA EN TTO OLMETEC HCT 20/12.5MGX1, NIEGA DM, ASMA, ALERGIAS, NIEGA OX, APENDICECTOMIA, CIRCUNSIÓN, TABAQUISMO;
NIEGA OH; OCASIONAL
OTROS ANTECEDENTES:
MADRE: ARTRITIS + LES
PADRE: CARDIOPATIA HTA

REVISIÓN POR SISTEMAS

LO REFERIDO

EXAMEN FÍSICO

70	FRIGORICA
17	FRIGORICA
160 / 120	PIA TERIAL
108,6	PESO EN Kgs
1,82	TALLA EN Mts
32,79	IMC
OBESIDAD I	CLASIFICACIÓN

CCC: NORMAL
C/P: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, PULMONES VENTILADOS SIN AGREGADOS
ABD: BLANCO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO
EXT: SIN EDEMAS
NEUROLÓGICO: SIN DEFICIT APARENTE

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICOS PRINCIPAL: HTA ST I MAL CONTROLADA
OTROS DIAGNÓSTICOS: 2. OBESIDAD GRADO I

PLAN DE ACCIÓN:
S/S MONITOR DE PRESIÓN ARTERIAL 24 HORAS
S/S LABORATORIOS

RECOMENDACIONES:
MANTENER IGUAL TRATAMIENTO MEDICO

CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA Y HABITOS ALIMENTARIOS
REFIERE EN EL DIA DE HOY NO HA TOMADO EL MEDICAMENTO Y EN HORAS DE LA MAÑANA UN DISGUTO FAMILIAR

Dr. Maria Angela Mendoza
MEDICINA INTERNA
R.M. 44873 - C.C. 56078249

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA


MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR - "Dr. Carlos Arvelo"

les, 01 de febrero de 2017

CULAR
IN YECID LEA MONTES
): 77190268
4 Meses y 16 Días Años

VALNOC: TAB 3MG # 30
TOMAR 1/2 TAB 6PM

Dr. *Maria Angela Mendoza*
MEDICINA INTERNA
R.I. 44873 - C.C. 56078249

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
SPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

CALLE 7 N° 1-70 CONSULTORIO 205 EDIFICIO MEDICO SAN JUAN TEL: (57)
Soli

IN DEL CESAR - GUAJIRA
ox.com.co Cel: 3185270050 hannercoornel@gmail.com)



MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR - "Dr. Carlos Arvelo"

FECHA: miércoles, 11 de enero de 2017

ENTIDAD: PARTICULAR
PACIENTE: EDWIN YECID LEA MONTES
N° DOCUMENTO: 77190268
EDAD: 39 Años 3 Meses y 26 Días Años



S/S MONITOREO DE PRESION ARTERIAL 24 HORAS

Dra. Maria Angela Mendoza
MEDICINA INTERNA
R.M. 44873 - C.C. 56078249

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

CALLE 7 N° 1-78 CONSULTORIO 205 EDIFICIO MEDICO SAN JUAN TEL: (57) 740006 SAN JUAN DEL CESAR - GUAJIRA

Software KIBOX (www.kibox.com.co Cel: 3185270050 jannercoornel@gmail.com)



MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL MILITAR - "Dr. Carlos Arvelo"

Ap/

S/S:

- HEMOGRAMA
- GLICEMIA
- BUN, CREATININA
- COLESTEROL TOTAL, HDL, TRIGLICERIDOS
- UROANALISIS
- BILIRRUBINAS, TGO, TGP
- CITA CON RESULTADOS

Dra. Maria Angela Mendoza
MEDICINA INTERNA

H.M. 44873 - C.C. 56078249

MARIA ANGELA MENDOZA DAZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

CALLE 7 N° 1-78 CONSULTORIO 205 EDIFICIO MEDICO SAN JUAN TEL: (

coles, 11 de enero de 2017

RTICULAR
JWIN YECID LEA MONTES
ITO: 77190260
os 3 Meses y 26 Días Años

UAN DEL CESAR - GUAJIRA
kibox.com.co Cel: 3185270050 hannercoornel@gmail.com)

INFORME ELECTROCARDIOGRAFICO
Dra. Maria Angela Mendoza Daza

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL DE VENEZUELA
HOSPITAL PULMONES CARLOS ARRIAS

NOMBRE: Edwin Lea
FECHA: 11/01/17 EDAD: 39

00077190268 Nombre: Edwin Lea
Vive 39 años

11-01-2017 10:01:56

RITMO: Sinusal

FRECUENCIA: 70

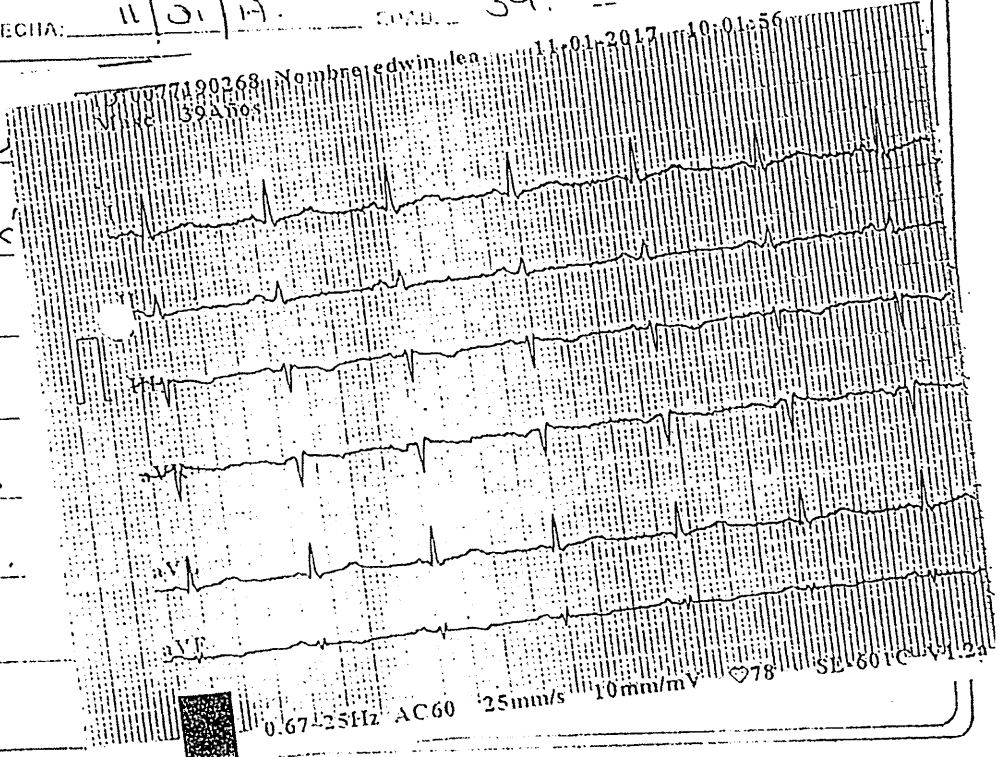
EJE: 40°

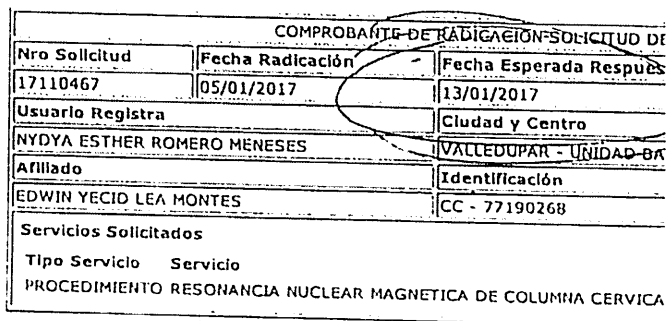
PR: 0,13

QRS: 0,08

QT: 0,36

TAZARQ: _____





¡2 días Especialidad

31±

THATRA

AROLDO GONZALEZ DIA
CC: 17.045.70

HISTORIA CLIN
HISTORIA DE ING

Identificación: CC 77.190.268 EDWIN YECID LEA MONTE
Fecha Nacimiento: septiembre 16 de 1977
Lugar Nacimiento: VALLEDUPAR
Dirección: CONJUNTO CERRADO ROSARIO NORTE MZ E CASA
Entidad: COOMEVA E.P.S. S.A. - VALLEDUPAR
Tipo de Usuario: Contributivo Tipo de Afiliado: Cotizante

miércoles, 5 de octubre de 2016 1

MOTIVO DE CONSULTA : DOLOR EN LA COLUMNA
ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN
EL DIA DE HOY TRAE REPORTE DE RMN DE COLUMNA LUMBOSACRAL
EN FORMA IMPORTANTE DEL CUERPO VERTEBRAL L2 POR PRES
PLATILLO INFERIOR Y SUPERIOR DEL MISMO Y CAMBIO SUGERIR
PROTRUSION FOCAL EXCENTRICA POSTEROLATERAL DERECHA
FORAMEN NEURAL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2016. EN EL MOMENTO
ANALGESICA.

ANTECEDENTES PERSONALES/FIARE : NINGUNO

EXAMEN FISICO : BUEN ESTADO GENERAL, DOLOR A LA PALPACION
LASEGUE DERECHO POSITIVO, DEBILIDAD DE DORSIFLEXORES IZQUIERDA
IMPRESION DIAGNOSTICA : 1. RADICULOPATIA LUMBAR DERECHA
2. FRACTURA PATOLOGICA DE L2

CONDUCTA : 1. SE SOLICITA GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL TOTA
2. SE SOLICITA NEUROCONDUCCIONES Y EMG DE MIEMBROS INFERIORES
3. SE PRESCRIBE SINALGEN CADA 12 HORAS
4. CONTROL CON RESULTADOS
5. PRORROGA DE INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS DESDE OCTUBRE

ADOS

Gestion de Sistemas
de Informacion
Version 01 Vigencia

Admisión No. 32447

H.C. No. 77.190.268

Flag.: 05-oct-2016
Edad: 39 Años
Sexo/Raza: Femenino
Telefono: 3022888736
Res.Habitual: Valledupar
Estrato Socio-Ec.: 1

BAR. DE LARGA EVOLUCION. EN
REPORTA DISMINUCION DE ALTURA
DULO DE SCHMORL EN EL
CTURA EN SU ASPECTO CENTRAL,
HUYE LA AMPLITUD DEL
NINGUNA MEDICACION

DEFISIS ESPINOSA DE L2-L3-L4.
PORREFLEXIA PATELAR DERECHA.

2016 HASTA NOVIEMBRE 4 DE 2016

AROLDO GONZALEZ DIA GRANADOS
FISIATRA
Reg. 18864 / C.C. 17.045.703



tarde

COMPROBANTE DE RADICACION SOLICITUD DE SERVICIOS		
Nro Solicitud	Fecha Radicación	Fecha Esperada Respuesta
169017652	06/10/2016	13/10/2016
Usuario Registra	Ciudad y Centro	
MARGARITA DEL CARMEN MENDOZA MENDOZA	BARRANQUILLA - SIP VILLASANTOS	
Afiliado	Identificación	
EDWIN YECID LEA MONTES	CC - 77190268	
Servicios Solicitados		
Tipo Servicio	Servicio	Cantidad Dias Especialidad
PROCEDIMIENTO GAMAGRAFIA OSEA (CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA) + 1		

DR. AROLDO GONZ
MÉDICO
UNIVERSIDAD NA
ELECTROMIOGRAFÍA

NOMBRE: Eduin.
No. DOCUMENTO: 77.1
FECHA: Octubre
R/.

GRANADOS

MBIA
CCIÓN
fonti
58
016

f gamag
evop me

oser
el

lx

L2

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Tele

OSTICO
lledupar - Cesar

DR. AROLDO GONZALEZ DIAZ-GRANADOS

MÉDICO FISIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

NOMBRE: Edwin H. Monte
No. DOCUMENTO: 77.190.268
FECHA: Octubre 5/2016
R/.

Neuromodulación
y electromiografía
de miembro superior
derecho

Dx M54.1

[Signature]

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ELECTRODIAGNÓSTICO
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléfono: 5894262 Valledupar - Cesar

DR. AROLDO GONZA
MÉDICO
UNIVERSIDAD NAC
ELECTROMIOGRAFÍA

NOMBRE: Edmundo
No. DOCUMENTO: 77.19
FECHA: Octubre
R/.

1-Sinalgen
1 tab 10 y

CENTRO DE REHABILITACIÓN
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Te

GRANADOS

BIA
CIÓN

ste
3
16

325/5mg
1200mg
2000mg

27
27

HÓSTICO
alledupar - Cesar



COMPROBANTE DE RADICACION SOLICITUD DE SERVICIOS		
Nro Solicitud	Fecha Radicación	Fecha Esperada Respuesta
169016564	06/10/2016	13/10/2016
Usuario Registra	Ciudad y Centro	
IVAN ANDRES ANDRADES TABORDA	VALLEDUPAR - UNIDAD BASICA ALFONSO LOPEZ	
Afiliado	Identificación	
EDWIN YECID LEA MONTES	CC - 77190268	
Servicios Solicitados		
Tipo Servicio	Servicio	Cantidad Dias Especialidad
	PROCEDIMIENTO ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	2
	PROCEDIMIENTO NEUROCONDUCCION POR CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS NERVIOS)	2

Imprimir Autorización

gram Fil

<http://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vis...>

Coomeva EPS Centro: 23061
AUTORIZ

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Número Autorización	Fecha y Hora	Número de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1615418285	14/10/2016 11:35:56	169017652	06/10/2016 15:15:04

Nombre: Regame Del Carbo Lida
Dirección: CARRERA 49C NRO. 80-38 - BARRANQUILLA - ATLANTICO

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Teod
No. Identificación: CC-77190268
Teléfono Celular: 3003405745
Departamento: CESAR
Municipio: VALLEDUPAR

Fecha de Nacimiento: 1977/07/16
Teléfono: 5810723
Correo Electrónico:
IPS Afiliado: U

SERVICIOS AUTORIZADOS

Unificación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Tipo Código	Código	Descripción
CUPS	920901	Gammagrafia Osea (corporal Total O Segmentaria)

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Mensual
Recargo Del Prestador	0	
Copago	0	
Costa de Recuperación	0	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RECTORA

Nombre de quien Autoriza: Dany Carolina Pérez Moreno
Cargo: Auxiliar Sala de Espera
Facturar a: COOMEVA

No Aplica Copago.

EPS-FT-063

Esta autorización es válida por 60 días a partir de la fecha de emisión.

Orden: 1
VICIOS DE SALUD
Código No. 4
DIRECCIÓN SOCIAL

80406 - 1 Contratación Evento
Código: 000010123501

SC 37 31 Régimen Contributivo
r.edu.co
Oficina: Valledupar

Icon: MS11 Finalidad: Enfermedad General
Cantidad: 1

Tipo de Recobro: Ninguno
Observaciones:
Solicitud POS

UE AUTORIZA
Inserciones At4
Teléfono: No aplica

Número de Identificación del paciente o quien reclama la atención.

Mod. Sep/2013

DR. AROLDO GONZALEZ DIAZ-GRANADOS

MÉDICO FISIÁTRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

NOMBRE: Eduin Leon Yontré
No. DOCUMENTO: 77.190268
FECHA: Octubre 5/2016
R/.

Tronco luca paoidal
laboral desde octubre
6/2016 a Nov 4/2016
por 30 (treinta) días

Dx M54.5
M54.1
S/

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ELECTRODIAGNÓSTICO
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléfono: 5894262 Valledupar - Cesar

AROLD GONZALEZ DIAZ
CC: 17.045.70

HISTORIA CLINICA
HISTORIA DE ENFERMEDAD

Identificación:	CC 77.190.268	EDWIN YECID LEA MONTE
Fecha Nacimiento:	septiembre 16 de 1977	
Lugar Nacimiento:	VALLEDUPAR	
Dirección:	CONJUNTO CERRADO ROSARIO NORTE MZ E CAS	
Entidad:	COOMEVA E.P.S. S.A. - VALLEDUPAR	
Tipo de Usuario:	Contributivo	Tipo de Afiliado: Cotizante

miércoles, 5 de octubre de 2016

MOTIVO DE CONSULTA : DOLOR EN LA COLUMNA
ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN
EL DIA DE HOY TRAE REPORTE DE RMN DE COLUMNA LUMBOSACRAL
EN FORMA IMPORTANTE DEL CUERPO VERTEBRAL L2 POR PRE
PLATILLO INFERIOR Y SUPERIOR DEL MISMO Y CAMBIO SUGER
PROTRUSION FOCAL EXCENTRICA POSTEROLATERAL DERECHA
FORAMEN NEURAL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2016. EN EL MOMENTO
ANALGESICA.

ANTECEDENTES PERSONALES/FIARE : NINGUNO

EXAMEN FISICO : BUEN ESTADO GENERAL, DOLOR A LA PALPACION
LASEGUE DERECHO POSITIVO, DEBILIDAD DE DORSIFLEXORES
IMPRESION DIAGNOSTICA : 1. RADICULOPATIA LUMBAR DERECHA
2. FRACTURA PATOLOGICA DE L2

CONDUCTA : 1. SE SOLICITA GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL
2. SE SOLICITA NEUROCONDUCCIONES Y EMG DE MIEMBROS INFERIORES
3. SE PRESCRIBE SINALGEN CADA 12 HORAS
4. CONTROL CON RESULTADOS
5. PRORROGA DE INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS DESDE OCTUBRE

ADOS

Gestion de Sistemas
de Informacion

Version 01 Vigencia

Admisión No. 32447

H.C No. 77.190.268

Fing.:	05-oct-2016
Edad:	39 Años
Sexo/Raza:	Femenino
Telefono:	3022888736
Res.Habitual:	Valledupar
Estrato Socio-Ec.:	

is)

EMBARAZO DE LARGA EVOLUCION. EN
REPORTA DISMINUCION DE ALTURA
DULO DE SCHIMORI EN EL
CTURA EN SU ASPECTO CENTRAL.
NUYE LA AMPLITUD DEL
NINGUNA MEDICACION

OFISIS ESPINOSA DE L2-L3-L4.
IPORREFLEXIA PATELAR DERECHA.

2016 HASTA NOVIEMBRE 4 DE 2016

AROLD GONZALEZ DIAZ GRANADOS
FISIATRA
Reg. 18864 / C.C. 17.045.703

AROLDO GONZALEZ DIAZGRANADOS
CC: 17.045.703

Gestión de Sistemas
de Información
Version 01 Vigencia

Admisión No. 32447

HISTORIA CLINICA
HISTORIA DE INGRESO

H.C. No. 77.190.268

Identificación:	CC 77.190.268	EDWIN YECID LEA MONTE	Fing.:	05-oct-2016
Fecha Nacimiento:	septiembre 16 de 1977		Edad:	39 Años
Lugar Nacimiento:	VALLEDUPAR		Sexo/Raza:	Femenino
Dirección:	CONJUNTO CERRADO ROSARIO NORTE MZE CASA 1		Telefono:	3022888736
Entidad:	COOMEVA E.P.S. S.A. - VALLEDUPAR		Res.Habitual:	Valledupar
Tipo de Usuario:	Contributivo	Tipo de Afiliado: Cotizante	Estrato Socio-Ec.:	

miércoles, 5 de octubre de 2016 15:53 (39 Años)

MOTIVO DE CONSULTA : DOLOR EN LA COLUMNA

ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN REGION LUMBAR. DE LARGA EVOLUCION. EN EL DIA DE HOY TRAE REPORTE DE RMN DE COLUMNA LUMBOSACRA . QUE REPORTA DISMINUCION DE ALTURA EN FORMA IMPORTANTE DEL CUERPO VERTEBRAL L2 POR PRESENCIA DE NODULO DE SCHMORL EN EL PLATILLO INFERIOR Y SUPERIOR DEL MISMO Y CAMBIO SUGERENTE DE FRACTURA EN SU ASPECTO CENTRAL. PROTRUSION FOCAL EXCENTRICA POSTEROLATERAL DERECHA, QUE DISMINUYE LA AMPLITUD DEL FORAMEN NEURAL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2016. EN EL MOMENTO NO TOMA NINGUNA MEDICACION ANALGESICA.

ANTECEDENTES PERSONALES/FIARE : NINGUNO

EXAMEN FISICO : BUEN ESTADO GENERAL, DOLOR A LA PALPACION DE APOFISIS ESPINOSA DE L2-L3-L4. LASEGUE DERECHO POSITIVO, DEBILIDAD DE DORSIFLEXORES DERECHO. HIPORREFLEXIA PATELAR DERECHA.

IMPRESION DIAGNOSTICA : 1. RADICULOPATIA LUMBAR DERECHA??

2. FRACTURA PATOLOGICA DE L2

CONDUCTA : 1. SE SOLICITA GAMAGRAFIA OSEA CORPORAL TOTAL

2. SE SOLICITA NEUROCONDUCCIONES Y EMG DE MIEMBROS INFERIORES

3. SE PRESCRIBE SINALGEN CADA 12 HORAS

4. CONTROL CON RESULTADOS

5. PRORROGA DE INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS DESDE OCTUBRE 6 DE 2016 HASTA NOVIEMBRE 4 DE 2016

AROLDO GONZALEZ DIAZGRANADOS
FISIATRA
Reg. 18864 / C.C. 17.045.703

AROLD GONZALEZ DIAZ
CC: 17.045.703

HISTORIA CLINICA
EVOLUCIONES

Identificación:	CC 77.190.268	EDWIN YECID LEA MONTE
Fecha Nacimiento:	septiembre 16 de 1977	
Lugar Nacimiento:	VALLEDUPAR	
Dirección:	CONJUNTO CERRADO ROSARIO NORTE MZ E CASA 1	
Entidad:	COOMEVA E.P.S. S.A. - VALLEDUPAR	
Tipo de Usuario:	Contributivo	Tipo de Afiliado: Cotizante

viernes, 21 de octubre de 2016 10:35

CONTROL MEDICO : SE REALIZA EDX DE MIEMBROS INFERIOR DERECHA, EL PACIENTE REFIERE QUE ACTUALMENTE PRESENTA REMITE A PSIQUIATRIA Y SE DA NUEVA ORDEN DE CONTROL

005

Gestion de Sistemas
de Informacion
Version 01 Vigencia

Admisión No. 32634

H.C. No. 77.190.268

Flag:	21-oct-2016
Edad:	39 Años
Sexo/Raza:	Femenino/
Telefono:	3022838736
Res.Habitual:	Valledupar
trato Socio-Ec.:	

es)
TRA LESION RADICULAR L5
DEL SUEÑO POR LO CUAL SE

AROLD GONZALEZ DIAZ GRANADOS
FISIATRA
Reg. 18864 / C.C. 17.045.703

DR. AROLDO GONZALEZ DIAZ-GRANADOS

MÉDICO FISIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

NOMBRE: Eduin Ica
No. DOCUMENTO: 77.190268
FECHA: Octubre 21/2016
R/.

f) Val x Psiquiatría

Ex Intorno
al sent -

rus

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ELECTRODIAGNÓSTICO
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléfono: 5894262 Valledupar - Cesar

DR. AROLD GONZAL
MÉDICO F
UNIVERSIDAD NACIO
ELECTROMIOGRAFÍA Y

ANADOS

A
ON

NOMBRE:

Eduin fe

No. DOCUMENTO:

77.190

FECHA:

Octubre

R/.

3.

2016

P. Control
con se

atión
adun

un

CENTRO DE REHABILITACIÓN
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Te

NÓSTICO
alledupar - Cesar

AROLDO GONZALEZ DIAZ-GRANADOS

Universidad Nacional de Colombia

Electromiografía y Neuroconducciones

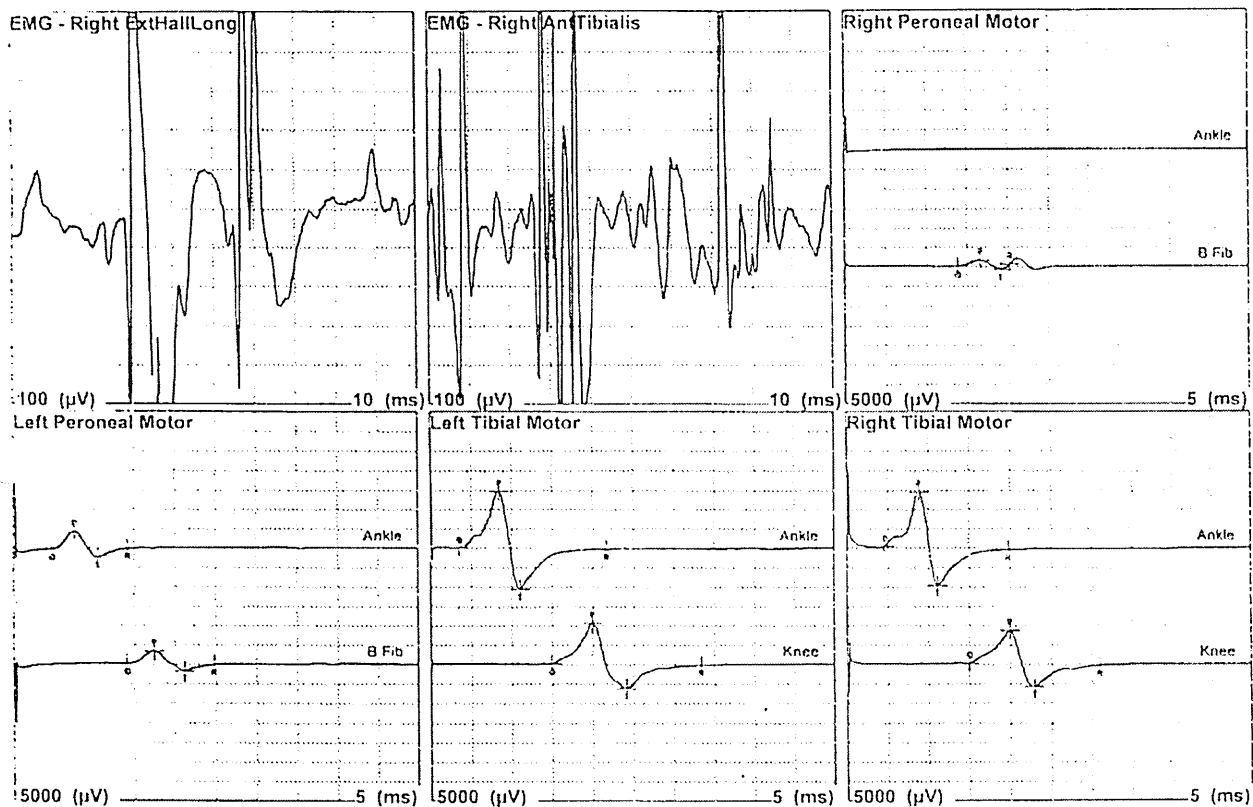
Rehabilitadores Asociados Ltda.

Carrera 16 N° 14 - 106 Tels.: 5700466 - 5700413

Paciente: EDWIN LEA
Sexo: MASCULINO

Edad: 39 AÑOS C.C#: 77190268
Médico Rtte:

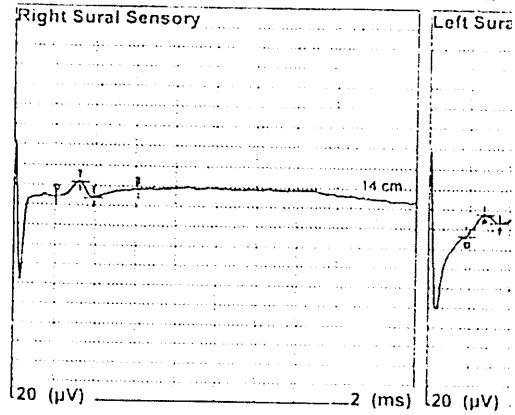
HISTORIA DEL PACIENTE: DOLOR EN REGION LUMBAR IRRADIADO A MIEMBRO INFERIOR DERECHO



Patient: LEA, EDWIN

Test Date: 10/21/

p. 2

RESULTADOS ELECTRODIAS

EMG

Side	Muscle	Nerve	Root	Ins Act	Fibs	PsW	A
Left	PeroneusLong	Sup Br Peron	L5-S1	Nml	Nml	Nml	N
Left	LatGastroc	Tibial	S1-2	Nml	Nml	Nml	N
Left	MedGastroc	Tibial	S1-2	Nml	Nml	Nml	N
Left	AntTibialis	Dp Br Peron	L4-5	Nml	Nml	Nml	N
Left	ExtHallLong	Dp Br Peron	L5, S1	Nml	Nml	Nml	N
Left	BicepsFemL	Sciatic	L5-S2	Nml	Nml	Nml	N
Left	VastusMed	Femoral	L2-4	Nml	Nml	Nml	N
Right	VastusMed	Femoral	L2-4	Nml	Nml	Nml	N
Right	BicepsFemL	Sciatic	L5-S2	Nml	Nml	Nml	N
Right	ExtHallLong	Dp Br Peron	L5, S1	Nml	Nml	Nml	N
Right	AntTibialis	Dp Br Peron	L4-5	Nml	Nml	Nml	N
Right	MedGastroc	Tibial	S1-2	Nml	Nml	Nml	N
Right	LatGastroc	Tibial	S1-2	Nml	Nml	Nml	N
Right	PeroneusLong	Sup Br Peron	L5-S1	Nml	Nml	Nml	N

Poly	Recrt	Int Pat	Comment
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	
0	Nml	Nml	

Motor Nerves

Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm Amp (mV)	Neg Dur (ms)
Right Peroneal (EDB)						
Right Tib		13.98		1.53		4.48
Left Peroneal (EDB)						
Ankle		4.77	<5.5	4.62	>2.3	4.33
Left Tib		14.14		3.23		5.55
Left Tibial (AHB)						
Ankle		3.39	<6.0	14.77	>3.0	6.33
Knee		14.92		10.72		6.80
Right Tibial (AHB)						
Ankle		4.61	<6.0	14.14	>3.0	5.70
Knee		13.00		8.33		6.36

Delta-O (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
9.38	42	44.73	>40.0
11.33	48	42.37	>41.0
10.39	48	46.20	>41.0

Sensory Nerves

Site	NR	Peak (ms)	Norm Peak (ms)	P-T Amp (µV)	Norm Amp (µV)	Segment N
------	----	-----------	----------------	--------------	---------------	-----------

Delta-P (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
--------------	-----------	-----------	----------------

DR. AROLDO GONZALEZ
MÉDICO FISIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL
ELECTROMIOGRAFÍA Y

NOMBRE:

Edgardo

No. DOCUMENTO:

77190

FECHA:

Nov 4

R/.

ANADOS

IA
IÓN

sea

f. Faja 2
tipo

P f L
cuy

1545

1
cuy

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléf

STICO
edupar - Cesar

DR. AROLDO GONZALEZ DIAZ-GRANADOS

MÉDICO FISIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

NOMBRE:

Edwin Giraldo

No. DOCUMENTO:

77190268

FECHA:

Nov 4 / 2016

R/.

Porf. Tuviera
en 1 mes. —

Guay

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ELECTRODIAGNÓSTICO
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléfono: 5894262 Valledupar - Cesar

AROLDO GONZALEZ DIAZ
CC: 17.045.703

HISTORIA CLINICA
EVOLUCION

Identificación:	CC 77.190.268	EDWIN YECID LEA MONTE
Fecha Nacimiento:	septiembre 16 de 1977	
Lugar Nacimiento:	VALLEDUPAR	
Dirección:	CONJUNTO CERRADO ROSARIO NORTE MZ E CASA	
Entidad:	COOMEVA E.P.S. S.A. - VALLEDUPAR	
Tipo de Usuario:	Contributivo	Tipo de Afiliado: Cotizante

viernes, 4 de noviembre de 2016 14:2

CONTROL MEDICO : CONTROL
PACIENTE CON CUADRO DE DOLOR EN REGION LUMBAR IRRADIA
EL PACIENTE QUE FUE VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUIEN
VALORACION PARA DEFINIR CONDUCTA.
NO TRAE REPORTE DE GAMMAGRAFIA SOLICITADA
EL PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA DOLOR Y SENSACION DE
INFERIOR DERECHO
PLAN PENDIENTE VALORACION POR CIRUGIA DE COLUMNA PA
DA INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE LA FE
SE PRESCRIBE FAJA LUMBAR TIPO CAMP.

DOS

Gestion de Sistemas de Informacion	
Version	Vigencia
01	

Admisión No. 32833

H.C. No. 77.190.268

Fing.:	04-nov-2016
Edad:	39 Años
Sexo/Raza:	Femenino/
Telefono:	3022888736
Res.Habitual:	Valledupar
Estado Socio-Ec.:	

mes)

BRO INFERIOR DERECHO REFIERE
UGIA DE COLUMNA PENDIENTE

LA FUERZA EN MIEMBRO

CONDUCTA
L EN 1 MES.

AROLDO GONZALEZ DIAZ GRANADOS
FISIATRA
Reg. 18864 / C.C. 17.045.703



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Centro: 22004 Ordenamiento: 369365 Orden: 1
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1613232962	01/12/2016 14:43:05	1510662428	01/12/2016 14:43:05

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Haroldo González Díaz Granados
 Dirección: CALLE 7B No 19-66 - VALLEDUPAR - CESAR

No. Identificación: CC - 17045703
 Teléfono: (5-3) 5894262

Contratación: Evento
 Código: 200010023901

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeid

No. Identificación: CC-77190258

Fecha de Nacimiento: 1977/09/16

Dirección de Residencia habitual: CALLE 5C 37 31

Régimen Contributivo

Teléfono Celular: 3003405745

Teléfono: 5830723

Correo Electrónico: roblimpado@univesar.edu.co

Departamento: CESAR

Municipio: VALLEDUPAR

EPS Afiliado: Unidad Básica Alfonso López

Oficina: Valledupar

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Diagnóstico: M51.1

Finalidad: Enfermedad General

Tipo Código	Código	Descripción	Cantidad
CUPS	890202	Consulta De Primera Vez Por Medicina Especializada - Medicina Física y Rehabilitación	1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: 100

Tipo de Recobro: Ninguno
 Observaciones:
 Solicitud POS

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recargo Del Prestador	10,600	10,600
Copago	0	0
Costa de Recuperación	0	0

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andres Taborda

Cargo: Jefe de Unidad Básica Alfonso López

Teléfono: 5838343

Facturar a: COOMEVA EPS

Los Pagos Moderadores NO se han cancelado
 No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

Esta autorización es válida por 120 días a partir de la fecha de expedición.

EPS-F7-363

Mod. Sep.2013

 VIGILADO Supersalud
 Línea Gratuita 111 111 111

Coomeva EPS S.A. Vigilancia Supersalud Res. 030505 Afiliados a ACEMI

DR. AROLDO GONZA
MÉDICO
UNIVERSIDAD NAC
ELECTROMIOGRAFÍA

NOMBRE:

No. DOCUMENTO:

FECHA:

R/.

RANADOS

BIA
CIÓN

control -

3 veces

uno y

CENTRO DE REHABILITACIÓN
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Te

NÓSTICO
Alledupar - Cesar

DR. AROLDO GONZALEZ DIAZ-GRANADOS

MÉDICO FISIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

NOMBRE :

Edwin Lea Houto

No. DOCUMENTO :

77190268

FECHA :

Diciembre 5. 2016

R/.

*Cita con Medicina del
dolor*

*1155
107*

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ELECTRODIAGNÓSTICO
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléfono: 5894262 Valledupar - Cesar

AROLDO GONZALEZ D
CC: 17.045.

HISTORIA C
EVOLUCIO

Identificación:	CC 77.190.268	EDWIN YECID LEA MONT
Fecha Nacimiento:	septiembre 16 de 1977	
Lugar Nacimiento:	VALLEDUPAR	
Dirección:	CONJUNTO CERRADO ROSARIO NORTE MZ E C	
Entidad:	COOMEVA E.P.S. S.A. - VALLEDUPAR	
Tipo de Usuario:	Contributivo	Tipo de Afiliado: Cotizant

lunes, 5 de diciembre de 2016 L
CONTROL MEDICO : PACIENTE A CONTROL. MANIFIESTA
CAMINAR A INTENTADO CAERSE HA CONTINUADO CON I
REMITIDO A CIRUJANO DE COLUMNA QUIEN CONSIDERA Q
EL PACIENTE NO DESEA ESTE PROCEDIMIENTO. LOS MEDIC
SIDO VISTO POR MEDICINA LABORAL SE REMITE A MEDICI
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE LA FECH
DEL 2017. CONTROL FISIATRIA EN TRES MESES.

ADADOS

Gestion de Sistemas
de Informacion
Version 01 Vigencia

Admisión Nu. 33351

H.C. No. 77.190.268

Eng:	03-dic-2016
Edad:	39 Años
Sexo/Raza:	Femenino/
Telefono:	3022888736 3022904
Res.Habitual:	Valledupar
Estrato Socio-Ec.:	

2 Meses)

NA DERECHA LE FALLA AL
AR IRRADIADO AL MID FUE
ERVENIRSE QUIRURGICAMENTE PERO
CO ALIVIAN EL DOLOR AUN NO HA
Y MEDICINA DEL DOLOR SE DA
ECHA DE TERMINACION ENERO 3

AROLDO GONZALEZ DIAZ GRANADOS
FISIATRA
Reg. 18064 / C.C. 17.045.703

DR. AROLD GONZÁLEZ DÍAZ-GRANADOS

MÉDICO FISIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

NOMBRE: Edwin Lea Mante
No. DOCUMENTO: 77190268
FECHA: Dic 5, 2016
R/.

Incapacidad laboral por
30 días desde el inicio
Diciembre 5 del 2016
hasta la terminación Eneco 3
del 2017

[Signature]
071

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ELECTRODIAGNÓSTICO
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléfono: 5894262 Valledupar - Cesar

AROLDO GONZALEZ DIAZGRANADOS
CC: 17.045.703

Gestión de Sistema
de Información

Version 01 Vigencia

Admisión No. 33351

HISTORIA CLINICA
EVOLUCIONES

H.C. No. 77.190.268

Identificación:	CC 77.190.268	EDWIN YECID LEA MONTE	Flag:	05-dic-2016
Fecha Nacimiento:	septiembre 16 de 1977		Edad:	39 Años
Lugar Nacimiento:	VALLEDUPAR		Sexo/Raza:	Femenino
Dirección:	CONJUNTO CERRADO ROSARIO NORTE MZ E CASA 1		Telefono:	3022888736 3022904
Entidad:	COOMEVA E.P.S. S.A. - VALLEDUPAR		Res.Habitual:	Valledupar
Tipo de Usuario:	Contributivo	Tipo de Afiliado: Cotizante	Estrato Socio-Ec:	

lunes, 5 de diciembre de 2016 12:34 (39 Años 2 Meses)

CONTROL MEDICO : PACIENTE A CONTROL MANIFIESTA QUE LA PIERNA DERECHA "LE FALLA" AL CAMINAR A INTENTADO CAERSE HA CONTINUADO CON DOLOR LUMBAR IRRADIADO AL MID FUE REMITIDO A CIRUJANO DE COLUMNA QUIEN CONSIDERA QUE DEBE INTERVENIRSE QUIRURGICAMENTE PERO EL PACIENTE NO DESEA ESTE PROCEDIMIENTO LOS MEDICAMENTOS POCO ALIVIAN EL DOLOR AUN NO HA SIDO VISTO POR MEDICINA LABORAL SE REMITE A MEDICINA LABORAL Y MEDICINA DEL DOLOR SE DA INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE HOY FECHA DE TERMINACION ENERO 3 DEL 2017.CONTROL FISIATRIA EN TRES MESES.

AROLDO GONZALEZ DIAZGRANADOS
FISIATRA
Reg. 18064 / C.C. 17.045.703

La Historia Clínica registra firma y sello digital según lo establecido en la Resolución 1995 de 1999

CARRERA 16 No. 14 - 106 TELÉFONOS: 5700466 - 5700413

lunes diciembre 05 de 2016 12:47

Antares la solución del futuro, hoy!!!

Página 1

DR. AROLD GONZALEZ DIA
MÉDICO FISIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE C
ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCO

NOMBRE:

Edwin Lea

No. DOCUMENTO:

77 190 2

FECHA:

11/11/80

R/.

*Intensificación de
Laboral*

*14/03
071*

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ELECTRODIA
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléfono: 589426

DR. AROLDO GONZALEZ DIAZ-GRANADOS

MÉDICO FISIATRA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
ELECTROMIOGRAFÍA Y NEUROCONDUCCIÓN

NOMBRE :

Edwin Lee Hauto

No. DOCUMENTO :

77190268

FECHA :

Dic 5 2016

R/.

incapacidad laboral por
30 días fecha de inicio
Diciembre 5 del 2016
fecha de terminación Enero 3
del 2017

[Signature]
07'

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y ELECTRODIAGNÓSTICO
Calle 7B No. 19-66 barrio Los Músicos Teléfono: 5894262 Valledupar - Cesar



ESPECIALISTA EN R
Dr. Joab M. Miranda Heri
Médico Cirujano Univ. Metropol
Instituto Superior de Ciencias Médicas
HOSPITAL SAN RAFAEL
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA
jmmih2008@hotmail.com / Cel: 31
San Juan del Cesar

Recetario Médico

Paciente: Edwin Yord Lee
Terapia física lumbosacra

Dx: Rad. colostomia - Dolor

Presento este recetario en su

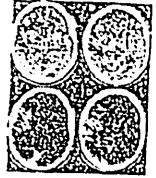
RUGIA

0556-01

quilla
ISCAMH - Cuba

PA

300 437 3681



7-15 Dia 17 Mes. 09 Año 16
2015

c

lia

91511
Dr. Joab M. Miranda Herrera
Especialista en Neurocirugía
31-23-0556-01

G-11-312



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera RM 23-0556-01

Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312 693 9422 - 300 437 3681
San Juan del Cesar - La Guajira



Recetario Médico

Paciente: Edwin Yeziel Lea Torres Día 16 Mes 09 Año 16
Vx por fisioterapia

Dx: Radiculopatía - D6, crónico

Presente este recetario en su próxima consulta.

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

G.11-3.2



ESPECIALISTA EN A

Dr. Joab M. Miranda Herr

Médico Cirujano Univ. Metropoli
Instituto Superior de Ciencias Médicas

HOSPITAL SAN RAFAEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 31
San Juan del Cesar

Recetario Médico

Paciente: Eduin Yecid Lo

Incapacidad laboral por
06.09.2016 hasta 05.1

DX: Rad. colopos/a - Dol.

Presente este recetario en su

RUGIA

0556-01

Julia

CMH - Cuba

IA

300 437 3681



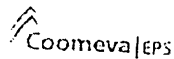
tes Día 06 Mes 09 Año 16
a partir de

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
0556-01

6-11-32

Imprimir Autorización

<http://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vista/4747/imprimirFormato>

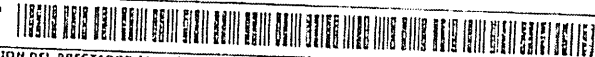


Centro: 22004 Ordenamiento: 336294 Orden: 1
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
161422270	26/09/2016 07:31:55	158610419	26/09/2016 07:31:45



Nombre: Haroldo Gonzalez Diaz Granados
Dirección: CALLE 7B No 19-66 - VALLEDUPAR - CESAR

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

No. Identificación: CC - 17045703
Teléfono: (0_5) 5894262

Contratación: Evento
Código: 100010023901

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yecid

No. Identificación: CC-17190260

Teléfono Celular: 3003405745

Departamento: CESAR

Fecha de Nacimiento: 1977/07/16

Teléfono: 5830723

Municipio: VALLEDUPAR

Dirección de Residencia habitual: CALLE 5C 37 31

Correo Electrónico: mbinjurado@unkesar.edu.co

IPS Afiliado: Unidad Básica Alfonso Lopez

Oficina: Valledupar

Regimen Contributivo:

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Diagnóstico: M511

Finalidad: Enfermedad General

Tipo Código	Código	Descripción	Diagnóstico	Finalidad	Cantidad
CUPS	890202	Consulta De Primera Vez Por Medicina Especializada - Medicina Física Y Rehabilitación	M511	Enfermedad General	1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: 100

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tapa de esta autorización)
Recargo Del Prestador	2,700	2,700
Cuota Moderadora	0	0
Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recargo: Ninguno
Observaciones:
Solicitud PQS

INFORMACION DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrade Taborda

Cargo: Auxiliar Unidad Básica Alfonso Lopez

Facturar a: COOMEVA EPS

Teléfono: 5838148

Los Pagos Moderadores NO se han cancelado
No Aplica Copago.

EPS-FT-063

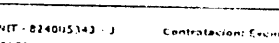
Esta autorización es válida por 120 días a partir de la fecha de expedición.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

Mod. Sep/2011

VIGILADO

m.co/ciklos/php/vista/4747/imprimirFormatoAt...

336295 Orden: 1			
SERVICIOS DE SALUD			
CNICO No. 4			
D Y PROTECCIÓN SOCIAL			
			
In: NET - 024015343 - J		Contratación: Excmo	
5892877		Código: 20C010012345	
			
ULLE SC 37 31		Regimen: Contributivo	
Cmsac.edu.mx			
7002		Oficina: Valledupar	
Oficio: PMSI		Finalidad: Entendimiento General	
		Cantidad	
		29	
		Tipo de Reciben: Ninguno	
		Observaciones:	
		Sokkud POS	
O QUE AUTORIZA			
onso Lopez		Telefono: 5818118	
y número de identificación del paciente o quien reclama.			
EXPEDICIÓN.			
Mod. Sep/2011			

Imprimir Autorización

6)

[http://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vista/...](http://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vista/)

Cooameva EPS

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Centro: 22004 Ordenamiento: 338081 Orden: 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Nombre: Imagen Radiológica Diagnostica Ltda
Dirección: CARRERA 17A 16-17 - VALLEDUPAR - CESAR

No. Identificación: HIT - 824006480-9
Teléfono: (0_5) 5891005

Contratación: Evento
Código: 2000100779-11

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeud
No. Identificación: CC-77190268
Teléfono Celular: 3003405745
Departamento: CESAR

Fecha de Nacimiento: 1977/09/16
Teléfono: 5830723
Municipio: VALLEDUPAR

Dirección de Residencia habitual: CALLE 5C 37 31
Correo Electrónico: robenjurado@uncesar.edu.co
IPS Afiliado: Unidad Básica Alfonso Lopez
QRefusi: Valledupar

SERVICIOS AUTORIZADOS

Utilización del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Diagnóstico: M51.1
Finalidad: Enfermedad General

Tipo Código: CUPS
Código: 883230
Descripción: Resonancia Nuclear Magnética De Columna Lumbosacra Simple

Cantidad: 1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: 100

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recauda Del Prestador	0	0
Copago	0	0
Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recobro: Ninguno
Observaciones: Solicitud PDS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrade Taborda
Cargo: Auxiliar Unidad Básica Alfonso Lopez
Facturar a: COOMEVA EPS
Teléfono: 55.14348

No Aplica Copago.

Esta autorización es válida por 60 días a partir de la fecha de expedición.

Nombre Legítimo y número de identificación del paciente o quien reclama

EPS-FT-053

Ver: Sep/2013

DR. JOAB MIRANDA F
NEUROCIRUJIA
RM: 2305560
Jmmh2008@hotmail
SANJUAN DEL CESAR , I

PACIENTE: EDWIN LEA
CC: 77190268

MC:
CONTROL DX:
RADICULOPATIA
LUMBAGO

REFIERE EL PACIENTE QUE VIENE CON DOLOR LUMBAR. SE REALIZO
LAPSO TIEMPO DE PIE O SENTADO.

EXAMEN FISICO:
ESCALA DOLOR: 6/10. DOLOR A LA PALPACION LUMBAR ALTA. L

COMPLEMENTARIO:
RMN LUMBOSACRA SIMPLE 2016:
SE APRECIA FRACTURA DE VERTEBRAL L2 CRONICA. DEGENER
CRONICO.

DX:
FRACTURA VERTEBRAL L2
HERNIA DISCAL LEVE L4/L5/S1

COMENTARIO MEDICO:
PACIENTE CON LESION DISCAL Y VERTEBRAL: TRIBUTARIO DE TTM
SE INDICA POR VX CX COLUMNA.

CONDUCTA:
RECOMENDACIONES
CITA EN 2 MESES
VX CX COLUMNA
INCAPACIDAD LABORAL - CONTINUACION DE ANTERIOR- 30 DIAS.

ACRA SIMPLE : ++. NO TOLERA

DERECHO.

EVE PROLAPSO DISCAL L4/L5/S1

N LUMBAR TRANSPEDICULAR.


Dr. Joab P. Miranda Fier
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA
RM 23-0556



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera RM 23-0556-01

Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312 693 9422 - 300 437 3681
San Juan del Cesar - La Guajira



Recetario Médico

Paciente:

Edwin Leal

27 *10* *16*

*independencia laboral x 30 días
continuas anteriores.*

*FX fractura vertebra L2.
Hernia discal L4-S1.*

Presente este recetario en su próxima consulta

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

G-11-3-2



ESPECIALISTA EN

Dr. Joab M. Miranda Her

Médico Cirujano Univ. Metrop
Instituto Superior de Ciencias Médica

HOSPITAL SAN RA

CLINICA SAN JUAN BA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 31

San Juan del Cesar

Recetario Médico

Paciente: Adem Cea

UR CX columna

Dr. Fructon L

Dr. A. Barbosa

Presento este recetario en su

IRUGIA

0556-01

quilla

ISCMH - Cuba

IDA

300 437 3681



27 10 16
Dia Mes Año

Examen

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
R.M. 23-0556-01

[Signature]

G-11-3-2

DR. JOAB MIRANDA HERRERA
NEUROCIRUJANO
RM: 23055601
SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA.
HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACION

N°

FECHA: 05.12.2016	
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN LEA.	
IDENTIFICACION: 77190268	
NATURAL: VALLEDUPAR	SOLIC o CONTRATO N°
EDAD: 39 A	PROCEDENTE:
OCUPACION: ABOGADO	ESTADO CIVIL:
DIRECCION:	EMPRESA:
	TELEFONO:

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROL DX:

FRACTURA PATOLOGICA L2

RADICULOPATIA

REFIERE EL PACIENTE QUE SIGUE CON DOLOR EN PIERNA DERECHA Y PARETESIAS. DOLOR A LA DIGITOPRESION EN ZONA LUMBAR ALTA LINEA MEDIA. FUE Vx POR ORTOPEDIA CX COLUMNA - CONSIDERA MANEJO QX.

COMPLEMENTARIO:

EMG + NC MSIS 2016:

SE INFORMA LESION RAIZ DERECHA. L4L5

EVOLUCION:

ESTABLE CON SINTOMAS

CONDUCTA:

INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE 05.12.2016 HASTA 03.01.2017

APENTADOL 75 MG VO DIA POR DOLOR: 20 TAB

RECOMENDACIONES.

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIQUIRIA
RM 23-0556-01



ESPECIALISTA EN

Dr. Joab M. Miranda Her

Médico Cirujano Univ. Metrop
Instituto Superior de Ciencias Médicas

HOSPITAL SAN RA

CLINICA SAN JUAN BA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 31
San Juan del Cesar

Recetario Médico

Paciente:

Edelmundo León
inaparecidos los dos
a partir 05-12-16
Dx: Fractura patológica
Rad. u. l. pat. fr.

Carta y un

Presente este recetario en su

IRUGIA

0556-01

quilla

ISCMH - Cuba

DA

300 437 3681



7/2
05-12-16
30 el. 61
03-01-2017
62

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROQUIRURGIA
RM-23-0556-01

DR. JOAB MIRANDA HERRERA
NEUROCIRUJANO
RM: 23055601
SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA.
HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACION

FECHA: 05.12.2016		
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN LEA.		
IDENTIFICACION: 77190268		SOLIC o CONTRATO N°
NATURAL: VALLEDUPAR		PROCEDENTE:
EDAD: 39 A	SEXO: M	ESTADO CIVIL:
OCUPACION: ABOGADO		EMPRESA:
DIRECCION:		TELEFONO:

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROL DX:
FRACTURA PATOLOGICA L2
DICULOPATIA
REFIERE EL PACIENTE QUE SIGUE CON DOLOR EN PIERNA DERECHA Y PARETESIAL. DOLOR A LA DIGITOPRESION EN ZONA LUMBAR ALTA LINEA MEDIA. FUE Vx POR ORTOPEDIA CX COLUMNA - CONSIDERA MANEJO QX.
COMPLEMENTARIO:
EMG + NC MSIS 2016:
SE INFORMA LESION RAIZ DERECHA. L4L5
EVOLUCION:
ESTABLE CON SINTOMAS
CONDUCTA:
INCAPACIDAD LABORAL POR 30 DIAS A PARTIR DE 05.12.2016 HASTA 03.01.2017
TAPENTADOL 75 MG VO DIA POR DOLOR: 20 TAB
RECOMENDACIONES.

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01



ESPECIALISTA EN
Dr. Joab M. Miranda Her
Médico Cirujano Univ. Metropo
Instituto Superior de Ciencias Médicas
HOSPITAL SAN RA
CLINICA SAN JUAN BA
jmmh2008@hotmail.com / Cel: 33
San Juan del Cesar

Receptor Médico

Paciente:

Edelmundo León
inaparecido desde
a partir 05-12-16
Dr. Francisco García
Realizado en
San Juan del Cesar
Presente este documento en el

IRUGIA

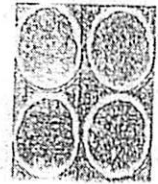
0556-01

iquilla

ISCMH - Cuba

DA

300 437 3681



As *05-12-16*
30-01-2017
12

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIENCIAS
R94.23-0556-01

[Signature]

DR. JOAB MIRANDA HERRERA
NEUROCIRUJANO
RM :23055601
Jmmh2008@hotmail.com

HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACION

FECHA: 06.09.2016		N°	
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN YECID LEA MONTES			
IDENTIFICACION: 77190268			
NATURAL: VALLEDUPAR		SOLIC o CONTRATO N°	
EDAD: 38 A		PROCEDENTE:	
OCUPACION: DOCENTE		SEXO: M	
DIRECCION:		ESTADO CIVIL:	
		EMPRESA:	
		TELEFONO:	

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

DOLOR LUMBAL
REFIERE EL PACIENTE QUE VIEN CON DOLOR LUMBAR QUE SE IRRADIA A PIERNA DERECHA. EN LOS ULTIMOS DIAS SE AUMENTA EN INTENSIDAD. NO MEJORA A PESAR D E TMTTO MEDICO ANALGESICO EN CASA. MANIFIESTA PARESTESIAS.

III. ANTECEDENTES

PATOLOGICOS:

QUIRURGICOS:

TRAUMATICOS:

TOXICOALERGICOS: NO

FAMILIARES:

GO:

IV. REVISION POR SISTEMAS

TA	FC	FR	TEMP	PESO	TALLA
CABEZA:					
CUELLO:					



ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera

Médico Cirujano Univ. Metropolitana
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana

HOSPITAL SAN RAFAEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312 3681

San Juan del Cesar -

Recetario Médico

Paciente: Edwin Yecid Le...

Incapacidad laboral por
06.09.2016 hasta 05.10

Dx: Rad. culopatra - Dolo

Presente este recetario en su p...

UGIA

556-01

la

MH - Cuba

0 437 3681



25 de 06 Mes. 09 Año 16
a partir de

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA
Tel: 23-0556-01

G-11-3-2

Imprimir Autorización

<http://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vista/4747/imprimirFormularioAt>



Centro: 22004 Ordenamiento: 336294 Orden: 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ANEXO TÉCNICO No. 4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1614723270	26/09/2016 02:31:55	160618419	26/09/2016 02:31:45

Nombre: Haroldo Gonzalez Ortiz Granados	No. Identificación: CC - 17045703	Contratación: Evento
Dirección: CALLE 70 No 19-66 - VALLEDUPAR - CESAR	Teléfono: (0_5) 5894262	Código: 30001002396-1

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yechi	Fecha de Nacimiento: 1977/09/16	Dirección de Residencia habitual: CALLE SC 37 31	Régimen Contributivo:
No. Identificación: CC-77190260	Teléfono: 5830723	Correo Electrónico: robinjurado@univasar.edu.co	
Teléfono Celular: 3003405745	Municipio: VALLEDUPAR	IPS Afiliada: Unidad Básica Alfonso Lopez	Oficina: Valledupar
Departamento: CESAR			

SERVICIOS AUTORIZADOS

SERVICIOS AUTORIZADOS			
Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA		Diagnóstico: M511	Finalidad: Enfermedad General
Tipo Código	Código	Descripción	Cantidad
CUPS	890202	Consulta De Primera Vez Por Medicina Especializada - Medicina Física Y Rehabilitación	1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago: 100				Tipo de Recobro: Ninguno
				Observaciones: Solikud POS
Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)		
Recaudo del Prestador	2,700	2,700		
Copago	0	0		
Cuota de Recuperación	0	0		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrades Taborda	Cargo: Auxiliar Unidad Básica Alfonso Lopez	Teléfono: 5839146
Facturar a: COOMEVA EPS		

Los Pagos Monetarios NO se han cancelado
No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

EPS FT-063

Esta autorización es válida por 120 días a partir de la fecha de expedición

Mod. Sep/2013

VIGILADO

COOMEVA EPS SA Vigila Supuesto Por 336294 Artículos 4 y 5 CDM

Imprimir Autorización

http://

...co/ciklos/php/vista/4747/imprimirFormatoAt...

Sinergia Global en Salud

Centro: 221
AUTOR

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: Sinergia Global En Salud S.a.s Código: 1

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1614723276	26/09/2016 07:32:07	100618419	26/09/2016 07:31:50

INFORMACION DEL PRESTA

Nombre: Centro Para La Promoción Prevención Y Rehabilitación Integral E.a.s. Cenpri
Dirección: CALLE 14 NRO.15 - 46 N/ ALFONSO LOPEZ - VALLEDUPAR - CESAR

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeck
No. Identificación: CC-77190268
Fecha de Nacimiento: 1977/09/16
Dirección de: 1
Teléfono Celular: 3003405745
Teléfono: 5830723
Correo Electrónico: 1
Departamento: CESAR
Municipio: VALLEDUPAR
IPS Afiliado: 1

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Tipo Código	Código	Descripción
CLUP	090201	Valoración Programa Fgpp (generales)

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor P
Recauda Del Prestador	Cuota Moderadora	0
	Copago	0
	Cuota de Recuperación	0

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RECLAMANTE

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrades Taborda
Cargo: 1
Facturar a: Sinergia Glob

No Aplica Copago.

Esta autorización es valida por 60 días a

IPS-FT-063

VIGILADO

16295 Orden: 1

SERVICIOS DE SALUD

NICO No. 4

PROTECCIÓN SOCIAL

INFORMACION DEL PRESTA

Nombre: Centro Para La Promoción Prevención Y Rehabilitación Integral E.a.s. Cenpri
Dirección: CALLE 14 NRO.15 - 46 N/ ALFONSO LOPEZ - VALLEDUPAR - CESAR

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeck
No. Identificación: CC-77190268
Fecha de Nacimiento: 1977/09/16
Dirección de: 1
Teléfono Celular: 3003405745
Teléfono: 5830723
Correo Electrónico: 1
Departamento: CESAR
Municipio: VALLEDUPAR
IPS Afiliado: 1

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Tipo Código	Código	Descripción
CLUP	090201	Valoración Programa Fgpp (generales)

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor P
Recauda Del Prestador	Cuota Moderadora	0
	Copago	0
	Cuota de Recuperación	0

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RECLAMANTE

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrades Taborda
Cargo: 1
Facturar a: Sinergia Glob

No Aplica Copago.

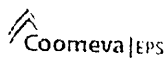
Esta autorización es valida por 60 días a

IPS-FT-063

Imprimir Autorización

6)

[http://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vista/...](http://www.ciklos.com.co/ciklos/php/vista/)

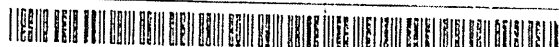


Centro : 22004 Ordenamiento : 330081 Orden : 1
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO TÉCNICO No. 4
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: COOMEVA EPS Código: EPS016

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1614897404	28/09/2016 09:27:13	163620327	28/09/2016 09:27:07



Nombre: Imagen Radiologica Diagnostica Ltda
 Dirección: CARRERA 17A 16-17 - VALLEDUPAR - CESAR

No. Identificación: HIT - 824006480-5
 Teléfono: (0_5) 5891005

Contratación: Evento
 Código: 20x1010077931

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeod

No. Identificación: CC-77190268

Teléfono Celular: 3003405745

Departamento: CESAR

Fecha de Nacimiento: 1977/09/16

Teléfono: 5830723

Municipio: VALLEDUPAR

Dirección de Residencia habitual: CALLE 5C 37 31

Correo Electrónico: robinjurado@unicesar.edu.co

IPS Afiliado: Unidad Básica Alfonso Lopez

Oficina: Valledupar

Regimen Contributivo

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA

Diagnóstico: (I51)

Finalidad: Enfermedad General

Tipo Código

Código

Descripción

CIUPS

883230

Resonancia Nuclear Magnética De Columna Lumbosacra Simple

Cantidad

1

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recaudo Del Prestador	0	0
Copago	0	0
Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recibo : Manu
 Observaciones:
 Solicitud PDS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrades Taborda

Cargo: Auxiliar Unidad Básica Alfonso Lopez

Teléfono: 55 41348

Facturar a: COOMEVA EPS

No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien redacta

EPS-FT-063

Esta autorización es valida por 60 días a partir de la fecha de expedición.

Mod. Sep/2013

VIGILADO Supersalud

Cooameva E.P.S. S.A. Vigilada Supersalud. Res. 0396/05. Afiliada a ACEMI.

[illegible]



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

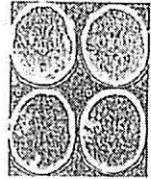
Dr. Joab M. Miranda Herrera RM 23-0556-01

Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

HOSPITAL JUAN PABLO II NIVEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA

jmmh2000@hotmail.com / TEL: 502 9422 - 300 437 3681
San Juan de los Rios - La Guajira



Recetario Médico

Paciente: Edson Yepez Leo 16 Mes 19 Año 16
RTN Lumbosacro Superior

Dx: Zarculopatia - Ato. cráneo

Presente este recetario en su próxima consulta

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

G-1132



IMAGEN RADIOLOGICA DIAGNOSTICA

824006480

Fecha de la Cita: 29 de septiembre de 2016

Especialidad : RADIOLOGO
Actividad : RESONANCIA DE COLUMNA LUMBAR SIMPLE
Paciente : EDWIN LEA MONTES
Edad : 39 Años \ 0 Meses \ 12 Días

INDICACIONES MI

- *Venir sin objetos personales como: tarjetas, celulares, armas, prendas,
 - *Venir en ropa ligera preferiblemente en sudadera.
 - *Informar si usa prótesis metálicas, clip de aneurisma. Catéter, implante
 - *Traer solo un acompañante SI el paciente es menor de edad, si es un
- hace necesario.....TRAER ESTUDIOS ANTERIORES.....PUE
AL LLEGAR PREGUNTAR AL VIGILANTE DONDE SE HACE EL

SEÑOR USUARIO PRESENTARSE TREIN
PRESENTARSE PUNTUAL DE LO CONT
PBX: 589 10 05 CELULAR:

CITA MEDICA No.

Fecha Actual : miércoles, 28 septiembre 2016

126497



hora Asignada
DAVID RODRIGO

Documento : 77190268
Sexo : Masculino

pasos
esta hospitalizado, de lo contrario NO se
FORMAL
LA PAPELERIA

ANTES
SU CITA



Sinergia Global en Salud

Centro : 22004 Ordenamiento : 336295 Orden : 1

AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

ANEXO TÉCNICO No. 4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: Sinergia Global En Salud S.a.s Código:

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1614723276	26/09/2016 07:32:02	160618419	26/09/2016 07:31:50

INFORMACION DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Centro Para La Promoción Prevención Y Rehabilitación Integral E.s.t. Cenpri
 Dirección: CALLE 14 NRO 15 - 46 UZ. ALFONSO LOPEZ - VALLEDUPAR - CESAR
 No. Identificación: NIT - 824005343 - 3
 Teléfono: (0_5) 5892877
 Contratación: Evento
 Código: 200010017701

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yeckl
 No. Identificación: CC-77190268
 Teléfono Celular: 3003405745
 Departamento: CESAR
 Municipio: VALLEDUPAR
 Fecha de Nacimiento: 1977/09/16
 Teléfono: 5830723
 Dirección de Residencia habitual: CALLE 5C 37 31
 Correo Electrónico: robinjurado@unicesar.edu.co
 IPS Afiliado: Unidad Balsa Alfonso Lopez
 Oficina: Valledupar
 Régimen Contributivo

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA
 Diagnóstico: M511
 Finalidad: Enfermedad General
 Tipo Código
 CUPS
 Descripción
 Valoración Programa Pign (generales)
 Cantidad
 20

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100

Concepto	Valor en Pesos (a cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recaudo Del Prestador	0	0
Copago	0	0
Costo de Recuperación	0	0

Tipo de Recobro: Ninguno
 Observaciones:
 Solikud POS

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andres Taborda
 Cargo: Auxiliar Unidad Balsa Alfonso Lopez
 Facturar a: Sinergia Global En Salud S.a.s
 Teléfono: 5838348

No Aplica Copago.

EPS-FT-063

Esta autorización es valida por 60 días a partir de la fecha de expedición.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

Mod. Sep/2013

 VIGILADO Supersalud
 Unidad de Vigilancia y Control de la Calidad de la Atención en Salud



ESPECIALISTA EN N
Dr. Joab M. Miranda Herrera
Médico Cirujano Univ. Metropol
Instituto Superior de Ciencias Médicas c
HOSPITAL SAN RAFA
CLINICA SAN JUAN BAUT
jmmh2008@hotmail.com / cel: 312
San Juan del Cesar -

Secretaría Médica

Paciente: Edwin Yero L
Terapia física lumbor

Dx: Rod. culopatia - Dolo

Presente este recetario en sup

RUGIA

2556-01

Jilla
CMH - Cuba

00 437 3681



c.s. 06 Mes 09 Año 16
c.s.

MSU
Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIENCIA
PH 23-0556-01

G-11-32



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

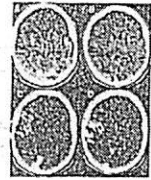
Dr. Joab M. Miranda Herrera RM 23-0556-01

Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312 693 9422 - 300 437 3681
San Juan del Cesar - La Guajira



Secretaría Médica

Paciente: Eduvin Yacel Lea Montero Día 06 Mes 09 Año 16
Vx por fisioterapia

Dx: Radiculopatía - Dder. crónico

Presente este recetario en su próxima consulta

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

G.1132



IENTOS NO POS

la de Coomeva EPS,

• CENTRO DE AUTORIZACIONES

IBE

EPS-FT-381

NECRO

IN

DR. JOAB MIRANDA HERREZ
NEUROCIRUJANO
RM: 23055601
RETHUS
Jmmh2008@hotmail.com
SAN JUAN DEL CESAR, LA GUA
HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACION

FECHA: 28.03.2017	
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN LEA.	
IDENTIFICACION: 77190268	
NATURAL: VALLEDUPAR	
EDAD: 39 A	
OCUPACION: ABOGADO	SEXO: M
DIRECCION:	

II MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROL DX:
FRACTURA PATOLOGICA - L2
RADICULOPATIA
DISCOPATIA CERVICAL DEGENERATIVA C3 A C6

REFIERE EL PACIENTE QUE TIENE LEVE AUMENTO DE DOLOR DORS

EVOLUCION:
ESTABLE CON SINTOMAS - SIN DEFICIT NEUROLOGICO.

CONDUCTA:
PENTADOL 100 MG VO DIA POR DOLOR: 20 TAB
RECOMENDACIONES.

PENDIENTE VX POR REUMATOLOGIA
PENDIENTE VX POR MED DEL DOLOR
PENDIENTE GAMMAGRAFIA OSEA
C EN CON RESULTADOS

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

N°

SOLIC o CONTRATO N°
PROCEDENTE:
ESTADO CIVIL:
EMPRESA:
TELEFONO:

IA CON MEDICAMENTOS.

CONCEPTO MEDICINA OCUPACIONAL / ESPECIALISTA O
REHABILITACION INTEGRAL

Ciudad San Juan C. EPS DIA 31 MES 07 AÑO 2017

NOMBRES: Adrian APELLIDOS: Lea Monte
IDENTIFICACION: 77770268 DE:
EDAD: ESTADO CIVIL: casado
ESCOLARIDAD: profesor
OFICIO HABITUAL: abogado
TIEMPO EN EL OFICIO:
EMPLEADOR:
TIEMPO DE VINCULACION:

ESPECIALIDAD: neurocirugia

CONCEPTO PARA:

- ☒ ENFERMEDAD O ACCIDENTE POR RIESGO COMUN
☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO
☐ OTROS

DIAGNOSTICOS: fractura parietal L2
fractura de la columna

RESULTADO DE PRUEBAS DX Y VALORACIONES:

Examen físico y labo.
Examen físico, dolor en la
columna

CONCEPTO:

no probable
no rehabilitable

PRONOSTICO:

Dolor crónico
funcionamiento limitado con
episodios de molestias

REGISTRO MEDICO:

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
R.M. 23-0556-01

FECHA:

SEPTIEMBRE DE 2016.

NOMBRE : EDWIN LEA MONTES.
IDENTIF : 77190268.
EDAD : 39 AÑOS.
ESTUDIO : RNM DE COLUMNA LUMBAR
ORDENADOR : COOMEVA EPS S.A.

Con equipo de 1.5 Tesla, se realizó la exploración de imágenes por Resonancia Magnética en los planos axiales ponderando los tiempos T1 y T2, y en el plano axial ponderando los tiempos T2 observando:

Buen lineamiento de los cuerpos vertebrales de la columna. Disminución importante de altura en la parte superior por hernias intra-espongiosa (nódulos de Schmorl) superior del mismo, desconociéndose ante la presencia de imagen focal hiperintensa, parte central e inferior. Estrechez de los espacios intervertebrales L1-L2 y L2-L3, los discos intervertebrales respectivos y mínimo en los mismos.

Protrusión focal excéntrica postero-lateral derecha en L4-L5, que oblitera parcialmente el foramen neural. Diámetro AP y transversal del canal raquídeo de L4-L5. Planos blandos para espinales sin alteraciones. Recesos laterales de amplitud conservada.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Disminución de altura del cuerpo vertebral L2, por presencia de nódulo de Schmorl superior del mismo y cambio sugerente de:

- Deshidratación con mínimo abombamiento de los discos intervertebrales L1-L2, L2-L3 y estrechez de los espacios respectivos.
- Protrusión focal excéntrica postero-lateral derecha en L4-L5, parcialmente obliterando el foramen neural y disminución de amplitud del foramen neural.

Atentamente,



DR. RODRIGO SOCARRAS.
Medico Radiólogo.
RM.10353.
Y.

columna lumbosacra con imágenes con secuencias que ponderan los tiempos T2 observando:

Buen lineamiento de los cuerpos vertebrales de la columna. Disminución importante de altura en la parte superior por hernias intra-espongiosa (nódulos de Schmorl) superior del mismo, desconociéndose ante la presencia de imagen focal hiperintensa, parte central e inferior. Estrechez de los espacios intervertebrales L1-L2 y L2-L3, los discos intervertebrales respectivos y mínimo en los mismos.

Protrusión focal excéntrica postero-lateral derecha en L4-L5, que oblitera parcialmente el foramen neural. Diámetro AP y transversal del canal raquídeo de L4-L5. Planos blandos para espinales sin alteraciones. Recesos laterales de amplitud conservada.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Disminución de altura del cuerpo vertebral L2, por presencia de nódulo de Schmorl superior del mismo y cambio sugerente de:

- Deshidratación con mínimo abombamiento de los discos intervertebrales L1-L2, L2-L3 y estrechez de los espacios respectivos.
- Protrusión focal excéntrica postero-lateral derecha en L4-L5, parcialmente obliterando el foramen neural y disminución de amplitud del foramen neural.

FECHA: 25 DE ENERO DE 2017.

NOMBRE : EDWIN LEA MONTES.
IDENTIF : 77190268.
EDAD : 39 AÑOS.
ESTUDIO : RNM DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE.
ORDENADOR : COOMEVA EPS S.A.

Con equipo de 1.5 Tesla, se realizó la exploración de la columna cervical con imágenes por Resonancia Magnética en los planos sagitales con secuencias que ponderan los tiempos T1 y T2, y en el plano axial con secuencias que ponderan los tiempos T2 observando:

Rectificación de la lordosis cervical.

Altura y señal de intensidad de los cuerpos vertebrales de la columna cervical conservada.

Discopatía degenerativa difusa cervical y dorsal.

Formación de osteofitos peri-vertebrales con complejo-disco osteofito que origina efecto de masa dural y oblitera el espacio aracnoideo anterior C3-C4, C4-C5, C5-C6, C6-C7, sin embargo no hay efecto de masa sobre el cordón espinal.

Sin alteración de la intensidad de señal del cordón medular sugerente de lesiones.

Unión craneocervical de apariencia normal.

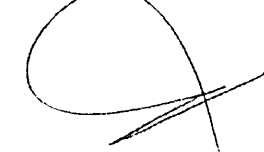
Hipertrofia uncinada con estenosis parcial foraminal C4-C5, bilateral, C5-C6, derecha, C6-C7, derecha.

Tejidos blandos para-espinales conservados.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: Rectificación de la curvatura fisiológica cervical, probable posición antalgica.

- Espondiloartrosis y discopatía degenerativa cervical con múltiples compresiones extradurales anteriores, sin signos de mielopatía.
- Hipertrofia uncinada con estenosis parcial foraminal C4-C5, bilateral, C5-C6, derecha, C6-C7, derecha.

Atentamente,



DR. RODRIGO SOCARRAS.
Medico Radiólogo.
RM. 10353.
Y.



ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera

Médico Cirujano Univ. Metropolitana
Instituto Superior de Ciencias Médicas d

**HOSPITAL SAN RAFAEL
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA**

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312 6
San Juan del Cesar - I

Recetario Médico

Paciente:

Adrián Cera

Ruiz Arce

Dr. Cereza
Patología de

Presente en recetario en su

NEUROLOGIA

6-01

illa

CMH - Cuba

0 437 3681



16 de 16
Día Mes Año

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA
PM 23-0556-01

0-11-32

DR. JOAB MIRANDA HERRERA
NEUROCIRUJANO
RM:23055601
RETHUS
Jmmh2008@hotmail.com
SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA,
HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACION

N°

FECHA: 16.12.2016	
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN LEA.	
IDENTIFICACION: 77190268	SOLIC o CONTRATO N°
NATURAL: VALLEDUPAR	PROCEDENTE:
EDAD: 39 A	SEXO: M
OCUPACION: ABOGADO	ESTADO CIVIL:
DIRECCION:	EMPRESA:
	TELEFONO:

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROL DX:

FRACTURA PATOLOGICA- L2

RADICULOPATIA

REFIERE EL PACIENTE QUE CON DOLOR EN PIERNA DERECHA Y PARETESIAS. DOLOR EN ZONA DORSAL MEDIA POR PATOLOGIA DE BASE. MANIFIESTA DOLOR CERVICAL QUE SE IRRADIA A HOMBROS -

EVOLUCION:

ESTABLE CON SINTOMAS - SIN DEFICIT NEUROLOGICO.

INDUCTA:

TAPENTADOL 75 MG VO DIA POR DOLOR: 20 TAB

RECOMENDACIONES.

VX POR ORTOPEDIA

VX POR REUMATOLOGIA

P* N CERVICAL SIMPLE

VX POR MED DEL DOLOR

CITA EN CON RESULTADOS

Dr. Joab M. Miranda Herrera
Neurocirujano
RM 23-055601

DR. JOAB MIRANDA HERRERA
NEUROCIRUJANO
RM:23055601
RETHUS
Jmmh2008@hotmail.com
SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA
HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACION

FECHA: 10.01.2017	
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN LEA.	
IDENTIFICACION: 77190268	
NATURAL: VALLEDUPAR	
EDAD: 39 A	SEXO: M
OCUPACION: ABOGADO	
DIRECCION:	

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROL DX:

FRACTURA PATOLOGICA - L2
RADICULOPATIA

REFIERE EL PACIENTE QUE SIGUE CON SINTOMAS ACTIVOS - AUMENTO DE TA. ADEMÁS DE OTALGIA LEVE. SENSACION DE OÍDO

EVOLUCION:

ESTABLE CON SINTOMAS - SIN DEFICIT NEUROLOGICO.

CONDUCTA:

PARACETAMOL 75 MG VO DIA POR DOLOR: 20 TAB
RECOMENDACIONES.

VX POR ORL

VX POR ORTOPEDIA

VX POR REUMATOLOGIA

FLUJIDIENTE RMN CERVICAL SIMPLE

VX POR MED DEL DOLOR

VX POR MED INTERNA

CITA EN CON RESULTADOS

Dr. Joab Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

N°

SOLIC o CONTRATO N°

PROCEDENTE:

ESTADO CIVIL:

EMPRESA:

TELEFONO:

RMN CERVICAL. MANIFIESTA



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera RM 23-0556-01

Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312 693 9422 - 300 437 3681

San Juan del Cesar - La Guajira



Recetario Médico

Paciente

Edna con UA

16 *12* *16*
Día Mes Año

UA need del dolor

UA: Porción patológica L2

Presente este recetario en su próxima consulta

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

DR. JOAB MIRANDA HERR
NEUROCIRUJANO
RM: 23055601
Jmmh2008@hotmail.co
SANJUAN DEL CESAR , LA GI

PACIENTE: EDWIN LEA
CC: 77190268

MC:
CONTROL DX:
RADICULOPATIA
LUMBAGO

REFIERE EL PACIENTE QUE VIENE CON DOLOR LUMBAR. SE REALIZA RI
LAPSO TIEMPO DE PIE O SENTADO.

SIMPLE : ++. NO TOLERA

EXAMEN FISICO:
ESCALA DOLOR: 6/10. DOLOR A LA PALPACION LUMBAR ALTA. LASEG

:CHO.

COMPLEMENTARIO:
RMN LUMBOSACRA SIMPLE 2016:
SE APRECIA FRACTURA DE VERTEBRAL L2 CRONICA. DEGENERACION
CRONICO.

PROLAPSO DISCAL L4/L5/S1

DX:
FRACTURA VERTEBRAL L2
HERNIA DISCAL LEVE L4/L5/S1

COMENTARIO MEDICO:
PACIENTE CON LESION DISCAL Y VERTEBRAL: TRIBUTARIO DE TTMT0 (C
SE INDICA POR VX CX COLUMNA.

UMBAR TRANSPEDICULAR.

CONDUCTA:
RECOMENDACIONES
CITA EN 2 MESES
VX CX COLUMNA
INCAPACIDAD LABORAL - CONTINUACION DE ANTERIOR- 30 DIAS.


Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA
RM 23-0556-01



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera RM 23-0556-01

Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA

Jmmh2008@hotmail.com / Cel: 3 12 693 9422 - 300 437 3681
San Juan del Cesar - La Guajira



Receptorio Médico

Paciente:

Edwin Leal

27 Mar 16

inexpansión lateral x 30 el'as
confusiones anteriores.

FX. Fractura vertebra L2.
Hernia discal L4-S1.

Presento este recetario en su próxima consulta

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

G-11-32



ESPECIALISTA EN N

Dr. Joab M. Miranda Herrera

Médico Cirujano Univ. Metropol
Instituto Superior de Ciencias Médicas

HOSPITAL SAN RAFAEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 3121

San Juan del Cesar -

Recetario Médico

Paciente: Adem Cea

UR CX columna

Dr. Fronton L2

Dr. A. Barbosa

Presento este recetario en su p

RUGIA

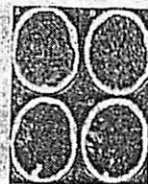
56-01

Jilla

CMH - Cuba

A

10 437 3681



27 10 16
Dia Mes Años

z parfen

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIROUGIA
RM 23-0556-01

DR. JOAB MIRANDA HERRERA
NEUROCIRUJANO
RM:23055601
RETHUS
Jmmh2008@hotmail.com
SAN JUAN DEL CESAR, LA GUAJIRA.
HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACION

N°

FECHA: 21.02.2017		
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN LEA.		
IDENTIFICACION: 77190268		SOLIC o CONTRATO N°
NATURAL: VALLEDUPAR		PROCEDENTE:
EDAD: 39 A	SEXO: M	ESTADO CIVIL:
OCCUPACION: ABOGADO		EMPRESA:
DIRECCION:		TELEFONO:

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

CONTROL DX:
TRACTURA PATOLOGICA- L2
RADICULOPATIA
DISCOPATIA CERVICAL DEGENERATIVO C3 A C6

REFIERE EL PACIENTE QUE SIGUE CON SINTOMAS ACTIVOS - ESTABLE.- SIN EMPEORAMIENTO DE CUADRO.
EN OCASION DOLOR DORSAL EN POSICION DETERMINADA.

EVOLUCION:
ESTABLE CON SINTOMAS - SIN DEFICIT NEUROLOGICO.

CONDUCTA:
APENTADOL 75 MG VO DIA POR DOLOR: 20 TAB

RECOMENDACIONES.
PENDIENTE Vx POR ORL
PENDIENTE Vx POR ORTOPEDIA
PENDIENTE Vx POR REUMATOLOGIA
PENDIENTE Vx POR MED DEL DOLOR
PENDIENTE GAMMAGRAFIA OSEA
CITA EN CON RESULTADOS

Dr. Joab Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIJIA
RM 23-0556-01



ESPECIALISTA EN N
Dr. Joab M. Miranda Herr
Médico Cirujano Univ. Metrópoli
Instituto Superior de Ciencias Médicas
HOSPITAL SAN RAFAEL
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA
jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312
San Juan del Cesar

Receptor Médico

Paciente:

Edison Linares

Camuflado Osear

en Práctica

Presento este receptor en la

RUCIA

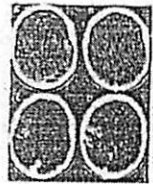
556-01

Guilla

SCMH - Cuba

PA

00 437 3681



31 *of* 17
Día Mes Año

L2

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
R.M. 23-0556-01

0-11-32



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera RM 23-0556-01

Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

**HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA**

jmmh2008@hotmail.com / Tel: 312 693 9422 - 300 437 3681
San Juan del Cesar - La Guajira



Recetario Médico

Paciente: Edm Lee Jr. 31 01 17
Día Mes Año

*✓ - Recetario de
- med. del dolor.*

Presento este recetario en su próxima consulta

*Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01*



ESPECIALISTA EN N
Dr. Joab M. Miranda Herr
Médico Cirujano Univ. Metropoli
Instituto Superior de Ciencias Médicas
HOSPITAL SAN RAFAEL
CLINICA SAN JUAN BAUTISTA
jmmh2008@hotmail.com / Cel: 3 12
San Juan del Cesar

Recetario Médico

Paciente:

Ux med interna
Na OPL

Presento este recetario en su

NEUROLOGIA

056-01

Guilla

CMH - Cuba

DA

00 437 3681



1001 A
Día Mes Año

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA
R.M. 23-0556-01

[Signature]
0-11-3-2



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera. RM 23-0556-01

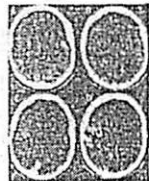
Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312 693 9422 - 300 437 3681

San Juan del Cesar - La Guajira



Recordario Médico

Paciente:

Eden Lee Hernández 16 Nov 16

UX Osteoporosis

UX Reumatología

UX Fractura vertebral - L2.

Radiología

Presente este recordario en su próxima consulta

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

6-11-32



ESPECIALISTA EN D
Dr. Joab M. Miranda Her
Médico Cirujano Univ. Metropol
Instituto Superior de Ciencias Médicas
HOSPITAL SAN RA
CLINICA SAN JUAN BA
jmmh2008@hotmail.com / Cel: 3 12
San Juan del Cesar

Recetario Médico
Paciente: Colleen Lee

una por una

Presento este recetario en su
[Signature]

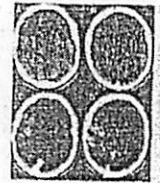
RUGIA

556-01

quilla
SCMH - Cuba

DA

00 437 3681



Da 16 Mes 12 Año 16

Reutrolo

Miranda Herrera
EN NEUROCIRUGIA
23-0556-01

illa

CONCEPTO MEDICINA OCUPACIONAL / ESPECIALISTA O
REHABILITACION INTEGRAL

Ciudad	EPS	DIA	MES	AÑO
San Juan		27	10	2016

NOMBRES: Edison APELLIDOS: Lea. Montes
 IDENTIFICACION: 77190264 DE: Unidad 1
 EDAD: 39 ESTADO CIVIL: Casado
 ESCOLARIDAD: Proprietario - Especialista
 OFICIO HABITUAL: Asesor
 TIEMPO EN EL OFICIO: 2008 - 2016 B.^o
 EMPLEADOR: Unidad popular Casa - Monte
 TIEMPO DE VINCULACION: 6 años
 ESPECIALIDAD: Neurocirujía

CONCEPTO PARA:

- ☒ ENFERMEDAD O ACCIDENTE POR RIESGO COMUN
☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRABAJO
☐ OTROS

DIAGNOSTICOS:

Fractura vertebral L2
Hernia discal L4-S1

RESULTADO DE PRUEBAS DX Y VALORACIONES:

Rama Limbica 2016 - 1800 12
Postura distal 14.5

CONCEPTO:

No Paro neta
No Rehabilitación

PRONOSTICO:

Dolor crónico
Limitación movilidad y dolor

REGISTRO MEDICO:

Dr. José M. Miranda Herrera
 ESPECIALISTA EN NEUROCIENCIA
 R.M. 23-0556-01

CONCEPTO MEDICINA OCUPACION
REHABILITACION IN

CIVIDAD	EPS	DIA
San Juan		27

NOMBRES: Edison APELLIDOS
IDENTIFICACION: 72190286 DE: 16
EDAD: 39 ESTADO CIVIL: C
ESCOLARIDAD: proprietario - ENT
OFICIO HABITUAL: Asesorado
TIEMPO EN EL OFICIO: 2008 - 2
EMPLEADOR: Unidad Popular
TIEMPO DE VINCULACION: 6 - 3
ESPECIALIDAD: Neurocirugia

CONCEPTO PARA:

- ☒ ENFERMEDAD O ACCIDENTE POR RIESGO COMUN
☐ ENFERMEDAD PROFESIONAL O ACCIDENTE DE TRAB.
☐ OTROS

DIAGNOSTICOS:

Fractura distal 14 S.

RESULTADO DE PRUEBAS DX Y VALORACIONES:

Bona limitacion 2016
postopio distal 14 S.

CONCEPTO:

no Paro neta
no Rehabilitable

PROGNOSTICO

Dolor cronico
limitacion movida

REGISTRO MEDICO:

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIROA
RPM 23-0556-01

ALISTA O

S	ANO
20	2016

cuon tes
de
2016
8
- recuile

12

dolo

2

DR. JOAB MIRANDA HERRERA
NEUROCIRUJANO
RM :23055601
Jmmh2008@hotmail.com

HISTORIA CLINICA

I. IDENTIFICACION

N°

FECHA: 06.09.2016		
APELLIDOS Y NOMBRES: EDWIN YECID LEA MONTES		
IDENTIFICACION: 77190268		SOLIC. o CONTRATO N°
NATURAL: VALLEDUPAR		PROCEDENTE:
EDAD: 38 A	SEXO: M	ESTADO CIVIL:
OCUPACION: DOCENTE		EMPRESA:
DIRECCION:		TELEFONO:

II. MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

DOLOR LUMBAL
REFIERE EL PACIENTE QUE VIENE CON DOLOR LUMBAR QUE SE IRRADIA A PIERNA DERECHA. EN LOS ULTIMOS DIAS SE AUMENTA EN INTENSIDAD. NO MEJORA A PESAR DE TRATAMIENTO MEDICO ANALGESICO EN CASA. MANIFIESTA PARESTESIAS.

III. ANTECEDENTES

PATOLOGICOS:
QUIRURGICOS:
TRAUMATICOS:
TOXICOALERGICOS: NO
FAMILIARES:
GO:

IV. REVISION POR SISTEMAS

TA	FC	FR	TEMP	PESO	TALLA
CABEZA:					
CUELLO:					

COMPROBANTE DE RADICACION SOLICITUD		
Nro Solicitud	Fecha Radicación	Fecha Esperada Resp
168620327	26/09/2016	03/10/2016
Usuario Registra	Ciudad y Centro	
IVAN ANDRES ANDRADES TABORDA	VALLEDUPAR - UNIDAD	
Afiliado	Identificación	
EDWIN YECID LEA MONTES	CC - 77190268	
Servicios Solicitados		
Tipo Servicio	Servicio	
PROCEDIMIENTO RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOS		

LOPEZ

ntidad Dias Especialidad



ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA

Dr. Joab M. Miranda Herrera RM 23-0556-01

Médico Cirujano Univ. Metropolitana de Barranquilla
Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana ISCMH - Cuba

HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL

CLINICA SAN JUAN BAUTISTA - SOMEDA

jmmh2008@hotmail.com / Cel: 312 693 9422 - 300 437 3681
San Juan del Cesar - La Guajira



Recetario Médico

Paciente: Edwin Yeric Lea Montes Dia. 06 Mes. 09 Año 16
RTTA: Lumbosacro simple

Dx: Radiculopatía - Dolor crónico

Presente este recetario en su próxima consulta

Dr. Joab M. Miranda Herrera
ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA
RM 23-0556-01

G-11-3-2



IMAGEN RADIOLOGICA DIAGNOSTICA

824006480

Fecha de la Cita: 29 de septiembre de 2016

Especialidad : RADIOLOGO
Actividad : RESONANCIA DE COLUMNA LUMBAR SIMPLE
Paciente : EDWIN LEA MONTES
Edad : 39 Años \ 0 Meses \ 12 Días

INDICACIONES MED

- *Venir sin objetos personales como: tarjetas, celulares, armas, prendas, d
 - *Venir en ropa ligera preferiblemente en sudadera.
 - *Informar si usa prótesis metálicas, clip de aneurisma, Catéter, implante c
 - *traer solo un acompañante SI el paciente es menor de edad, si es un a
- hace necesario.....TRAER ESTUDIOS ANTERIORES.....PUED
AL LLEGAR PREGUNTAR AL VIGILANTE DONDE SE HACE EL P

SEÑOR USUARIO PRESENTARSE TREINTA
PRESENTARSE PUNTUAL DE LO CONTRA
PBX: 589 10 05 CELULAR: 35

CITA MEDICA No.

Fecha Actual : miércoles, 28 septiembre 2016

126497



a Asignada
VID RODRIGO

telefono : 77190268
Masculino

cos
sta hospitalizado, de lo contrario NO se
MAL
PAPELERIA

NTES
CITA



Sinergia Global en Salud

Centro : 22004 Ordenamiento : 336295 Orden : 1

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ANEXO TÉCNICO No. 4

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: Sinergia Global En Salud S.a.s Código:

Numero Autorización	Fecha y Hora	Numero de Solicitud Origen	Fecha y Hora
1614723276	26/09/2016 07:32:02	168610419	26/09/2016 07:31:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (Autorizado)

Nombre: Centro Para La Promoción Prevención Y Rehabilitación Integral E.a.s. Cenpn No. Identificación: NIT - 824005343 - J Contratación: Evento
 Dirección: CALLE 14 NRO. 15 - 46 IV. ALFONSO LOPEZ - VALLEDUPAR - CÉSAR Teléfono: (0_5) 5892877 Código: 200010017701

DATOS DEL PACIENTE

Afiliado: Lea Montes Edwin Yecid
 No. Identificación: CC-77190268 Fecha de Nacimiento: 1977/09/16 Dirección de Residencia habitual: CALLE 3C 37 31 Régimen Contributivo
 Teléfono Celular: 3003405745 Teléfono: 5830723 Correo Electrónico: mbinjurado@uncesar.edu.co
 Departamento: CÉSAR Municipio: VALLEDUPAR IPS Afiliado: Unidad Básica Alfonso Lopez Oficina: Valledupar

SERVICIOS AUTORIZADOS

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorización: CONSULTA EXTERNA Diagnóstico: H511 Finalidad: Enfermedad General
 Tipo Código Código Descripción Cantidad
 CUPS 890201 Valoración Programa Pigo (generales) 20

PAGOS COMPARTIDOS

Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago : 100

Concepto	Valor en Pesos (A cancelar por el Paciente)	Valor Máximo (Tope de esta autorización)
Recargo Del Prestador	0	0
Copago	0	0
Cuota de Recuperación	0	0

Tipo de Recobro : Ninguno
Observaciones:
SoRnnd PQ5

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO QUE AUTORIZA

Nombre de quien Autoriza: Ivan Andres Andrades Taborada Cargo: Auxiliar Unidad Básica Alfonso Lopez Teléfono: 5838348
 Facturar a: Sinergia Global En Salud S.a.s

No Aplica Copago.

Nombre Legible y número de identificación del paciente o quien reclama

(PS-PT-06)

Esta autorización es válida por 60 días a partir de la fecha de expedición.

Mod. Sep/2013

 VIGILADO SUPERVISOR
 VIGILADO SUPERVISOR
 VIGILADO SUPERVISOR

CIUDAD : BOGOTA D.C.

FECHA : JUNIO 06 de 2017

COMPAÑÍA : AXA COLPATRIA S.A.

**ASIGNA : STA. ADRIANA MANRIQUE RINCON
Analista Gestión de Siniestros.**

INFORME : PRELIMINAR

**ASEGURADO : EDWIN YECID LEA MONTES
C.C. 77.190.268 Valledupar**

POLIZA : 2033997

SINIESTRO : 14245/2017

AMPARO AFEC : ITP

DECLARACION DE S

Mediante derecho de petición fechada presentado por el señor **EDWIN YECID** pago de siniestro Incapacidad Total y respectivos documentos, con los cu Calificación de Invalidez del Cesar ha e que concede la pérdida de la capacidad de estructuración 28 de Septiembre del 2 según exámenes realizados dx. trastor cervical fractura lumbar, HTA. crónica, c radicular, obesidad y frecuencia cardiaca

O

de Mayo del 2017 **NTES**, solicitando el ente aportando los Junta Regional de dictamen No. 6669 n un 65.20%, fecha rmedad que padece isivo mayor, hernia de cornetes, lesión da.

DATOS BIOGRAFICOS DE

El Señor **EDWIN YECID LEA MONTE** 77.190.268 de Valledupar Cesar, donde 1977, hijo de Héctor Emilio Lea Pacl pensionado y Denis María Montes de informan que el mencionado señor **EDW** separado de la señora Liliana Barón Ama además de haber tenido otro hijo de una i

El Sr. **EDWIN YECID LEA MONTES** especialista en derecho administrativo, l en la Universidad Popular del Cesar, res Manzana E casa 1 Conjunto Residencial la ciudad de Valledupar Cesar, celular 30%

Afiliado a la EPS Coomeva, AFP Colpens

RADO

cado con CC. No. 6 de Septiembre de 70 años de edad, años de edad. Nos), es de estado civil ien procreó 4 hijos, terior.

profesión abogado ocente universitario a sus padres en la Norte Etapa Uno de

VERIFICACIÓN LABORAL.

Nos trasladamos hasta la ***UNIVERSIDA** “**UPC**” Valledupar donde nos entrevistar Humanos, Dra. Ingrid Manjarrez Murgas asegurado señor **EDWIN YECID LEA MO**

LAR DEL CESAR

a Jefe de Recursos os certifica que el esté sus servicios a

la Universidad desempeñándose como docente, adscrito a la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, en el programa de Derecho, por periodos académicos. Adjuntamos certificación describiendo detalladamente cargo y fechas, siendo su último periodo entre el 16 de Agosto y 16 de Diciembre del 2016, cargo Docente Catedrático Categoría Asistente.

Igualmente nos certifica que en la actualidad el mencionado señor, no se encuentra contratado, sin embargo por presentar incapacidades en forma ininterrumpida desde el 6 de Septiembre del 2016 (antes de terminar el contrato), hasta la fecha, la Universidad le cancela en forma mensual lo correspondiente al aporte patronal en salud, con el fin de amparar al mencionado. Nos relacionan los periodos en los cuales el señor **EDWIN YECID LEA MONTES** ha presentado incapacidades expedidas por la EPS. Coomeva exceptuando la del periodo correspondiente al 6 de Septiembre y el 5 de Octubre de 2016, la cual no fue autorizada.

Igualmente la Dra. Ingrid Patricia Manjarres nos dice que la salud aparente del mencionado es buena, los empleados se burlan porque en los últimos días ha ido aduciendo problemas mentales, pero nadie le cree.

ASPECTO PATRIMONIAL DEL ASEGURADO

- ✓ Se consultó ante la Cámara de Comercio a nivel nacional y el asegurado no se encuentra registrado como persona natural o jurídica.
- ✓ El día 15 de mayo se realizó consulta ante el RUNT, donde se observa que figura el asegurado como propietario de la camioneta Nissan Frontier, modelo 2017, placas JBT-989. Para el día de hoy (07/06/2017), ya no figura como propietario.
- ✓ Se obtuvo el reporte financiero CIFIN, donde se observa que presenta dos obligaciones en mora: New Credit SAS, Serfinansa. Como única obligación vigente y al día figura con Colombia Movil ESP.

- ✓ Se consultó ante la superintendencia de Seguros de la Nación a nivel nacional y el resultado nos indica que no existen bienes inmuebles a nombre del asegurado

otariado y registro a
e no existen bienes

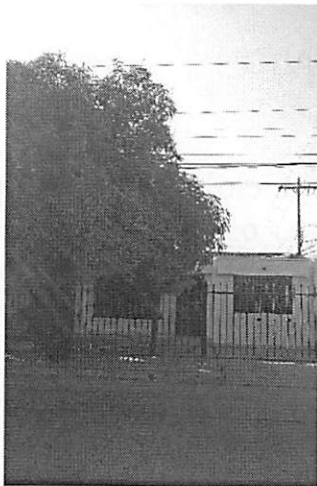
VERIFICACION CIRCUNSTANCIA

SINIESTRO

ENTREVISTA

Inicialmente nos trasladamos al inmueble Casa 11 barrio Garupal 3a Etapa de la cual había suministrado como su domicilio **EDWIN YECID LEA MONTES**, se trata de una vía principal y al momento de nuestra entrevista se encuentra sola, una vecina, al parecer del inmueble, manifiesta que allí funciona una tienda, pero que efectivamente pertenece al asegurado y su familia, el mencionado, permanece en el inmueble. Le marcamos a su número de teléfono en los diferentes documentos entregados a la compañía en varias oportunidades pero no lo contestó.

o en la Manzana 73
Valledupar Cesar, la
urado señor **EDWIN**
inera de un piso, en
se observa que se
gada de cuidar el
a, no sabe de qué,
EDWIN YECID y su
saliendo de este
lar dejado en los
02 2904416, timbró

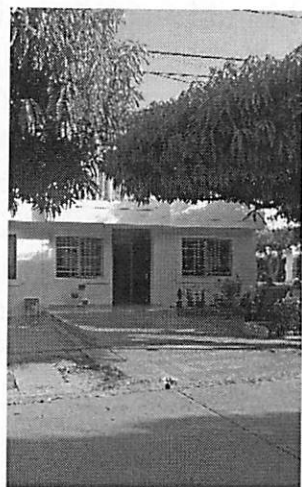


Valledupar Manzana 73 Casa 11 barrio Garupal 3



ciudad de Cesar

Posteriormente nos dirigimos al inmueble ubicado en la Manzana E Casa 1 del Conjunto Residencial Rosario Norte Etapa I de la ciudad de Valledupar Cesar, dirección también que registra en los documentos presentados por el asegurado señor **EDWIN YECID LEA MONTES**, ubicado dentro de un condominio, se trata de una casa de dos pisos, estrato 4. Allí nos atiende una señora quien dice llamarse Denis María Montes y al preguntarle por el asegurado, refiere que efectivamente es su hijo, pero que hace media hora salió para San Juan del Cesar a una cita médica. Aparenta tratar de comunicarse pero dice que no puede, que el número telefónico que tenemos es el privado, pero que no siempre lo contesta. A los 20 minutos de estancia en el lugar, sale una señora joven quien dice llamarse Liliana Lea, hermana del asegurado. Entre la mamá y la hija, refieren que **EDWIN YECID LEA MONTES** se encuentra muy enfermo, tiene problemas de columna, de las costillas, no duerme, tiene depresión y además sufre de la HTA.; se encuentra en tratamiento médico para todas estas enfermedades. También refiere que se separó de su esposa con quien tiene cuatro hijos y desde hace un año reside allí junto a ella y su esposo en ese domicilio. Sin embargo dice que no suministra más detalles de su vida privada, que se deben tratar con él directamente, que lo sigamos llamando hasta que conteste. La señora Denis María, pese a todo nos estaba suministrando alguna información, pero su hija Liliana, interrumpe en la conversación y no quiso que se hablara más sobre su **EDWIN YECID**, así las cosas nos debimos retirar. En dialogo con la guarde de seguridad, señora Martha Leonor Orozco, nos confirman que efectivamente el señor **EDWIN YECID LEA MONTES** reside allí con sus padres y una hermana, lo ve salir y entrar con frecuencia, pero no sabe más información sobre el mencionado.



Manzana E Casa 1 del Conjunto Residencial Rosario Norte

En varias oportunidades se visitó el sitio sin lograr su presencia en el mismo. Se obtuvieron datos de contacto para una vez arriba a la fecha no se ha comunicado.



Ciudad de Valledupar Cesar

Presencia del asegurado dada uno de nuestros comunicados, pero a la

ANTECEDENTES JUDICIALES Y CLINICOS

- De acuerdo a la consulta realizada a la seguridad e inteligencia del estado por la FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN y la CONTRALORIA, se estableció que el señor **LEA MONTES**, quien se identifica con el número No. 77.190.268 de Valledupar Cesar, no tiene antecedentes judiciales ni de orden civil. No presenta antecedentes penales.
- Por otra parte se confirmó que el certificado de identificación se encuentra vigente, ante el estado civil.
- En el consejo Nacional de la Judicatura, donde se confirma que el asegurado está registrado como abogado con tarjeta profesional No. 173589 de fecha 28/10/2008.
- Consultada la base de datos del registro de la ciudad de Valledupar, se establece que el señor **EDWIN YECID LEA MONTES** no tiene antecedentes judiciales ni de orden civil.

los organismos de control como la PROCURADURIA, se estableció que el señor **EDWIN YECID LEA MONTES** no tiene antecedentes judiciales ni de orden civil. No presenta antecedentes penales.

El certificado con el cual se encuentra registrado ante la procuraduría nacional del

obtuvo certificación, donde se confirma que el asegurado está registrado como abogado con tarjeta profesional No. 173589 de fecha 28/10/2008.

Se establece que el señor **EDWIN YECID LEA MONTES** no tiene antecedentes judiciales ni de orden civil.

como cotizante afiliado a la EPS Coomeva desde el 12 de Agosto del 2000, en la ciudad de Valledupar.

- Con el fin de encontrar antecedentes médicos del asegurado **EDWIN YECID LEA MONTES**, realizamos búsqueda de historias clínicas en:

***Coomeva EPS** donde encontramos los siguientes registros médicos:

- Enero 10/04 Dx. amigdalitis aguda, trastorno del pene.
- Octubre 13/04 Dx. amigdalitis aguda.
- Enero 12/06 Dx. dislipidemia mixta.
- Mayo 20/06 Dx. tiña de las uñas, amigdalitis crónica, papilomavirus.
- Septiembre 5/06 Dx. diarrea y gastroenteritis.
- Agosto 28/08 Dx. amigdalitis aguda, cálculo de vías urinarias
- Enero 13/09 Dx. hernia umbilical
- Octubre 21/09 Dx. diarrea y gastroenteritis. Antecedentes de sobrepeso.
- Julio 6/10 Dx. lesiones en el pene, infección ano genital por virus de herpes. Antecedente de apendicetomía.
- Agosto 28/13 Dx. hiperpigmentación.
- Mayo 24/17 Dx. trastornos discos intervertebrales, disco cervical, trastorno depresivo recurrente.

Se adjunta historia clínica en 46 folios.

- Se tuvo conocimiento que existe una historia clínica en la Clínica Valledupar, la cual fue solicitada y nos encontramos en espera de su obtención.
- Realizamos búsqueda de historias clínicas del señor **EDWIN YECID LEA MONTES**, en **ESE. Hospital Regional San Rafael** de San Juan del Cesar la Guajira, constatando que no tiene, ni en sistemas ni físico.

ADOS A LA

- Junta Regional de
s en la Calle 13ª No.
e se confronto los
No. 6669 en cuatro
a de sus partes. Nos
e la certificación de
as de los registros
a calificación, no fue
se encuentran en
os aportados por el
adjuntan en varias

PSIQUIATRÍA

Mindiola Romero
tran impresión de la

- Precedentes de HTA.
No mayor.
- Nivel moderado.
No mayor.

a aportada por el
registra una nueva
mismo se observa

que en la historia clínica obtenida, no trae las fórmulas ni transcripciones médicas. No obstante, estas fueron verificadas y autenticadas en el consultorio del médico, colocándole el respectivo sello utilizado en el consultorio.

2-Se visitó el consultorio de la **Dra. Gilda Godin Herrera**, carrera 15 No. 16-80 consultorio 206 Centro Médico del Rosario Valledupar, informan que el paciente **EDWIN YECID LEA MONTES**, acude una sola vez a consulta, el 20 de Octubre del 2016, con dx. Trastorno depresivo mayor, episodio moderado más trastorno del sueño, más trastorno por dolor asociado a enfermedad médica. Nos entregan dos folios impresos que hacen parte de la atención médica del asegurado.

Al cotejar los registros médicos obtenidos con los aportados, se observan que son auténticos en sus partes. Nos encontramos esperando la respuesta sobre la autenticidad del concepto de medicina ocupacional, al parecer diligenciado pro la Dra Godin.

NEURÓLOGOS

1-Luego nos dirigimos hasta donde el ***Dr. Joab Miranda Herrera** consultorio Edificio Médico San Juan Bautista, en San Juan del Cesar La Guajira, quien suministra el siguiente registro de atenciones médicas:

-Diciembre 5/16 Dx. fractura patológica L2 y radiculopatía. Conducta incapacidad laboral por 30 días a partir Diciembre 5/16 a Enero 3/17.

-Diciembre 16/16 Dx. fractura patológica L2 y radiculopatía.

-Enero 10/17 Dx. Fractura patológica L2 y radiculopatía. Dx. nuevo discopatía cervical degenerativo C3 a C6.

-Febrero 21/17 Dx. Fractura patológica L2 y radiculopatía, discopatía cervical degenerativo C3 a C6.

-Marzo 28/17 Dx. fractura patológica l cervical degenerativo C3 a C6.

-Mayo 16/17 Dx. fractura patológica l cervical degenerativo C3 a C6.

Nos informan que los registros médicos que tiene el médico, ya que en el Hospital dañaron unos archivos y se le borraron.

Cotejado los registros médicos obtenidos se observan inconsistencias en sus con asegurado aportada otros documentos: recetas, incapacidades, solicitudes y el médico no guarda copia.

2-Posteriormente verificamos en *Imagenes de la carrera 17A No. 16-17 Valledupar, de los siguientes estudios, practicados al asegurado.

-Septiembre 28/16 RNM de columna lumbal del cuerpo vertebral L2 por presencia de hernia concéntrica de los discos intervertebrales y focal disco intervertebral L4-L5.

-Octubre 18/16 tac de senos paranasales: engrosamiento de la mucosa nasal, crónico tipo sinusitis.

-Con relación al estudio de fecha 2 de febrero de 2017 encontramos a la espera de su verificación en el sistema.

OTORRINOLARINGOLOGOS

1-Se visitó el **Laboratorio Clínico Vida** en Valledupar, nos informan que de este laboratorio no se tienen resultados de exámenes. En ocasiones le

culopatía, discopatía

culopatía, discopatía

ados, son los únicos que se tienen en el Hospital de San Juan, se le entregaron las historias clínicas.

copias aportadas, no se le avisó de advertir que el médico como son los expedientes, los cuales el

lógica Diagnóstica
obtuvo copia de los

disminución de altura
cuello, abombamiento
L2-L3 y protrusión

incluye hipertrofia y
proceso inflamatorio

ero de 2017, nos
da vez que no se

carrera 17A No.16-17
no hay copias de
es no dejan copias.

2-Visitamos el consultorio de la ***Dra. Janeth Murillo de Arciniegas** calle 7 No. 1.78 consultorio 206 Edificio Médico San Juan, San Juan del Cesar La Guajira, donde la secretaria Maira Urbina manifiesta que no se encuentra, le dejamos solicitud escrita y queda pendiente copia de la historia clínica, se encontraba fuera del municipio. Se le enseña los documentos aportados a la señorita Maira y confirma de manera verbal que fueron expedidos por la Dra. Murillo y corresponden a la única consulta practicada al señor Lea Montes.

3-Se visitó el **Dr. Rodrigo Córdoba Fragozo**, en la carrera 16 No. 14-98 Piso 2B/ Alfonso López Valledupar, allí nos suministran copia de los registros médicos del asegurado, estableciendo las siguientes consultas:

-Octubre 14/16 Dx. desviación del tabique nasal, apnea de sueño. Antecedentes HTA., toma medicamentos.

-Noviembre 2/16 Dx. desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, hipertrofia de cornetes y apnea de sueño.

Al cotejar la historia obtenida con los documentos aportados, no se observan inconsistencias.

4-En el consultorio del ***Dr. Rafael Porto Antequera** carrera 15 No. 16-80 Centro Médico El Rosario Valledupar, nos informan que el paciente acudió una sola vez al consultorio, Octubre 12/16 Dx. desviación septa J, apnea del sueño. Se obtiene copia del registro médico, el cual es auténtico con el documento aportado a la reclamación.

5- En la ciudad de Barranquilla se ubicó el consultorio del Dr. Tulio Carmelo Valdez, calle 66 No. 38-100, allí fuimos atendidos por el profesional, a quien se le pone de presente los documentos aportados a la reclamación y responde que efectivamente son auténticos. Se solicita de todas maneras copias de la historia clínica y señala que se la entrega solamente al paciente.

INTERNISTA

La **Dra. María Ángela Mendoza Daza**, en el consultorio 205 Edificio Médico San Juan de Guajira, nos hacen entrega de los registros:

-Enero 11/17 Dx. HTA. mal controlada, hipertensión cervical.

-Febrero 1/17 Dx. HTA. mal controlada,

-Marzo 6/17 Dx. bronquitis aguda, HTA grado I.

Se cotejan los anteriores registros con los aportados y no presentan inconsistencias.

En la calle 7 No. 1-78 Juan del Cesar La Paz:

Grado I, hernia

grado I.

Controlada y obesidad

con los documentos

FISIATRA

Posteriormente visitamos al ***Dr. Aroldo** en la calle 7B No. 19-66 B/ Los Músicos V donde se hace impresión de la historia con las siguientes:

-Octubre 5/16 Dx. radiculopatía lumbar de

-Otros controles en Octubre 21, Noviembre

Se cotejan los anteriores registros con la reclamación y no presentan inconsistencias.

Díaz Granados, en la calle 7B No. 19-66 B/ Los Músicos V, donde suministran los registros:

Actuación patológica.

Entre el 5 del 2016.

Información aportada en la

TERAPIAS

1-En nuestra visita al **Centro para la Rehabilitación Integral "Cenpri"** calle 15-46 Valledupar, donde nos informan que revisados los antecedentes del asegurado **EDWIN YECID LEA MONTEALEGRO** no tiene ninguna atención. Está pendiente certificación de ordenan por cuenta de Coomeva, no las recibimos.

Un, Prevención y en la calle 15-46 Valledupar, donde nos informan que revisados los antecedentes del asegurado **EDWIN YECID LEA MONTEALEGRO** no tiene ninguna atención. Está pendiente certificación de ordenan por cuenta de Coomeva, no las recibimos.

2-Solicitamos igualmente información en el ***Centro Especializado en el manejo integral del dolor** calle 13B No. 17-05 Valledupar donde nos certifican por correo electrónico que el mencionado señor **EDWIN YECID**, no se encuentra en la base de datos de la Entidad, lo cual indica que tampoco asistió a consulta, autorizadas por Coomeva.

OTRAS POLIZAS

Se conoce que el señor **EDWIN YECID LEA MONTES**, tiene varias pólizas de seguros de vida individual, entre otras con Global seguros, Seguros Bolivar.

GLOBAL SEGUROS

Póliza No. 23177

Vigencia desde 02/08/2016 al 02/08/2026

SEGUROS BOLIVAR

Póliza No. 1510111412901

Vigencia: 10/05/2016 al 10/05/2017

Póliza No. 1510111419701

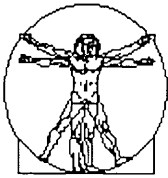
Vigencia: 20/08/2016 al 20/08/2017

Adjuntamos copia de las pólizas de vida con Seguros Bolivar y Global seguros.

CONSIDERACIONES

-Revisadas sus historias clínicas y registros de anotaciones médicas en general, se establece que el Sr. **EDWIN YECID LEA MONTES** desde Enero 10/04, registra Dx. amigdalitis aguda, trastorno del pene, en Enero 12/06 Dx. dislipidemia mixta, posteriormente en Mayo 20/06

e informe, para su



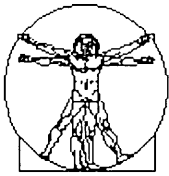
MD. Alfredo E. Saa Luna
MD. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
/ Medicina Laboral /
Abogado Seguridad Social y Laboral

CONCEPTO MEDICO LEGAL VDC RECLAMACION AXA COLPATRIA

FECHA ELABORACIÓN CONCEPTO: 18/06/2017
TIPO DE POLIZA: Vida Grupo
POLIZA No.: Axa Colpatría
NOMBRE DEL ASEGURADO: Edwin Yesid Lea Montes
CEDULA CUIDADANÍA: 77.190.268
FECHA DE NACIMIENTO: 16/09/1977
EDAD: 39 años
CARGO: Docente e derecho
EPS: AFP: Colpensiones ARL: Colmena

Diagnósticos calificados:

No.	DIAGNOSTICO	ORIGEN	FECHA DIAGNOSTICO
1.	Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales lumbares	Común	2015
2.	Otros trastornos de los discos cervical	Común	2016
3.	Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes	Común	2016
4.	Hipertensión arterial esencial (primaria)	Común	ND



MD. Alfredo E.
MD. Especialista en Medicina
/ Medicina Legal
Abogado Seguridad Social

Rehabilitación
Laboral

RESUMEN DEL CASO:

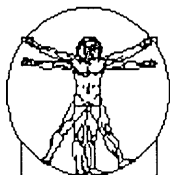
Ponencia médica de la Junta Regional del Cesa

"Paciente de 39 años de edad, de ocupación docente con cuadro de aproximadamente un año de evolución con dolor en región lumbosacra que se irradia a miembro inferior derecho, con diagnóstico de hernia discal L4-L5 y L5-S1, con cambios sugerentes de fractura, deshidratación y estrechez de los espacios intervertebrales, protrusión del foramen neural. Neurocirugía diagnóstica y terapéutica de L2 y hernias discales L4-L5 y L5-S1, neurocirugía por dolor cervical irradiado a hombros, la cual se realiza el día 25 de enero de 2017 y diagnóstico de degenerativa con múltiples compresiones extraforaminales C4-C5 bilateral y C5-C6 y C6-C7 de hipertensión arterial, está tomando medicamentos para los miembros inferiores del 21 de octubre del 2016. Desde hace varios meses valorado por psiquiatría como inválido, desesperación, depresión marcada, sensibilidad a la luz, intolerancia, discusiones frecuentes con la esposa, mayor episodio moderado, trastorno del sueño, trastorno médico.

En el momento del dictamen presentaba dolor en región lumbosacra irradiado a miembro inferior derecho con sensación de inestabilidad, hormigueo, el dolor se incrementa al agacharse, dolor en la región cervical irradiado a hombros, disminución de la fuerza de estos, dice estar todo el tiempo con la hipertensión arterial, refiere que a pesar del tratamiento médico refiere que a pesar del tratamiento psiquiátrico con medicamentos y temores a quedar inválido a raíz de sus trastornos.

Estudiante universitario, de profesión abogado, con dolor en región lumbosacra que se irradia a miembro inferior derecho, irradia la marcha. Tiene RMN de columna lumbosacra que muestra: disminución de altura L2 con aumento de L1-L2 y L2-L3 con aumento de L3-L4 y L4-L5 con disminución de amplitud de movimiento a lumbar derecha más fractura de L4-L5 sin cirugía. Valorado también por neurocirugía. Valorado también por medicina interna por RMN de columna cervical que muestra: espondiloartrosis y discopatía de C5-C6 con hipertrofia con estenosis parcial de C5-C6. Valorado por medicina interna por medicamentos específicos. Electromiografía de miembros inferiores: lesión radicular L5 derecha. Presenta angustia, temor a quedar inválido, dolor en la región lumbosacra no reparador, irritabilidad, diagnóstico de trastorno depresivo por dolor asociado a enfermedad médica.

En el momento del dictamen presentaba dolor en región lumbosacra irradiado a miembro inferior derecho acompañado de calambres y dolor en la región cervical, agrega también presentar dolor en los miembros superiores con diagnóstico de degenerativa para el tratamiento de la hipertensión arterial, presentando insomnio, angustia y trastornos emocionales.



MD. Alfredo E. Saa Luna
MD. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
/ Medicina Laboral /
Abogado Seguridad Social y Laboral

RESUMEN REVISION HISTORIA CLINICA:

Historia clínica de MD. Psiquiatra Alex Sandro Mindiola Romero:

En la Historia clínica se aprecia inicio de consultas en Psiquiatría desde el 25/10/2016, es decir 6,5 meses antes de la calificación de la Junta del Cesar.

- Octubre 25/2016: Diagnóstico trastorno depresivo mayor. Antecedentes de HTA.
- Noviembre 02, 08, 21 / 2016: Diagnóstico: Trastorno depresivo mayor.
- Diciembre 05/16 Diagnóstico Trastorno depresivo mayor.
- Enero 3 y 23/17: Diagnóstico; Trastorno depresivo mayor.
- Febrero 3/2017: Diagnóstico; Trastorno depresivo mayor episodio moderado.
- Marzo 05, Abril 04 y Mayo 05/: Diagnóstico Trastorno depresivo mayor.

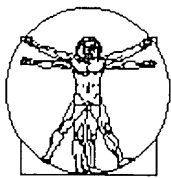
Tuvo una consulta aislada con la MD: psiquiatra Gilda Godin Herrera, el día 20 de Octubre del 2016, con Dx. De Trastorno depresivo mayor, episodio moderado más trastorno del sueño, más trastorno por dolor asociado a enfermedad médica.

Consultas con MD. Neurocirujano Joab Miranda Herrera:

Presenta el siguiente registro de atenciones médicas:

- Diciembre 05/2016: Dx. fractura patológica L2 y radiculopatía. Conducta incapacidad laboral por 30 días a partir Diciembre 5/16 a Enero 3/17.
- Diciembre 16/2016: Dx. Fractura patológica L2 y radiculopatía.
- Enero 10/2017: Dx. Fractura patológica L2 y radiculopatía. Dx. nuevo discopatía cervical degenerativo C3 a C6.
- Febrero 21/2017: Dx. Fractura patológica L2 y radiculopatía, discopatía cervical degenerativo C3 a C6.
- Marzo 28/2017: Dx. Fractura patológica L2 y radiculopatía, discopatía cervical degenerativo C3 a C6.
- Mayo 16/17 Dx. fractura patológica L2 y radiculopatía, discopatía cervical degenerativo C3 a C6.

RMN columna lumbar 28/09/2016: Disminución de altura del cuerpo vertebral L2 por presencia de nódulo, abombamiento concéntrico de los discos intervertebrales L1-L2, L2-L3 y protrusión focal disco intervertebral L4-L5



MD. Alfredo E
MD. Especialista en Medicina
/ Medicina Legal
Abogado Seguridad.

Rehabilitación
laboral

Consulta con MD. Internista María Ángela N
médicos:

- Enero 11/17 Dx. HTA. mal controlada, ob
- Febrero 1/17 Dx. HTA. mal controlada, o
- Marzo 6/17 Dx. bronquitis aguda, HTA. m

aza, entrega de los registros

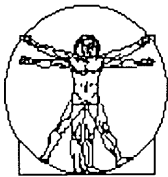
do I, hernia cervical.
ado I.
da y obesidad grado I.

Medico Fisiatra Aroldo González Díaz Gran

as siguientes atenciones:

- Octubre 55/16 Dx. Radiculopatía lumbar c
- Otros controles en Octubre 21, Noviembre

actura patológica.
embre 05 del 2016



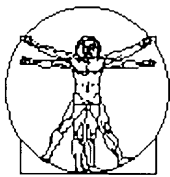
MD. Alfredo E. Saa Luna
MD. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
/ Medicina Laboral /
Abogado Seguridad Social y Laboral

DICTAMEN JUNTA REGIONAL CALIFICACIÓN INVALIDEZ DEL CESAR

Dictamen	Deficiencia	Origen	% PCL JRCI CESAR	Fecha de Estructuración
JRCI CESAR(11/05/2017)	Deficiencia columna lumbar, deficiencia de la columna cervical, trastorno del humor (trastorno depresivo clase II), deficiencia por hipertensión arterial	Común	65.20%	28/09/2016

REVISIÓN DE DICTAMEN PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

FECHA DEL DICTAMEN: 11/05/2017
ENTIDAD QUE EMITE EL DICTAMEN: JUNTA REGIONAL CALIFICACIÓN DEL CESAR
DICTAMEN #: 6669
PCL %: 65.20%
ORIGEN DE LA PCL: ENFERMEDADES DE ORIGEN COMUN
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN: 28/09/2016
FECHA DE RECONOCIMIENTO DE LA PENSION: ND
RESOLUCION: ND



MD. Alfredo E.
MD. Especialista en Medicina
/ Medicina Legal
Abogado Seguridad Social

Rehabilitación
Laboral

ANALISIS DEL DICTAMEN JUNTA REGION
CESAR DECRETOS

CLASIFICACIÓN INVALIDEZ DEL
4

No.	DEFICIENCIA	% PCL JRCI CESAR
1.	Deficiencia de la columna lumbar	20%
2.	Deficiencia de la columna cervical	18%
3.	Trastorno del humor (trastorno depresivo clase II)	40%

SERVACION AUDITORIA / CALIFICACION REVISADA
de columna lumbar del 30/2016 reportó disminución de la L2 con cambio sugerente de fractura, deshidratación con estrechamiento de L1-L2 y L2-L3 estrechez de los espacios vertebrales, protrusión L4-L5 disminución de amplitud del movimiento neural. EMG Y NC no se evidencian signos de irritación radicular L5, Razón por la cual se clasifica de acuerdo a los criterios de la Tabla 15.3 como Deficiencia de 20,0 %.
de columna cervical del día 10/2017 que mostro osteoartrosis y discopatía degenerativa con múltiples lesiones extradurales, hipertrofia con estenosis parcial anterior C4-C5 bilateral y C5-C6 6-C7 derechas, No hay evidencia de radiculopatía descrita en la historia clínica aportada. Por lo anterior de acuerdo con Tabla 15.2 se clasifica como Deficiencia 10,0 %.
En la historia clínica se deduce que el paciente sufre de altas por trastorno depresivo desde el 10/2016, es decir solo 6,5 meses antes de la calificación, cumpliendo criterios exigidos para la calificación como lo es la evidencia de que se haya alcanzado la mejoría médica dentro de un año después de iniciado el tratamiento. No cumple con los requisitos de calificación, no se ha

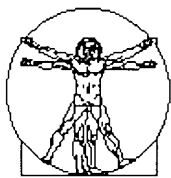


MD. Alfredo E. Saa Luna
MD. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
/ Medicina Laboral /
Abogado Seguridad Social y Laboral

			establecido una Deficiencia, por lo tanto no se debe calificar.
4.	Deficiencia por hipertensión arterial	24%	De acuerdo con los criterios del capítulo 2 y la Tabla 6.2, al no existir evidencia de daño órgano blanco; corazón, cerebro o riñón, No se puede establecer un factor principal que determine deficiencia por enfermedad Hipertensiva. Por lo tanto la Deficiencia es cero (0 %).
	TOTAL	70,20 % x 0,5	La Deficiencia acorde a criterios señalados seria: 28,00 % x 0,5.

DEFICIENCIA PONDERADA JRCI CESAR 70,20 x 0.5: 35,10 %

DEFICIENCIA PONDERADA REVISADA 28,0 x 0.5: 14,0 %



MD. Alfredo E.
MD. Especialista en Medicina
/ Medicina Legal
Abogado Seguridad Social

Rehabilitación
Laboral

ROL LABORAL:

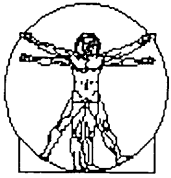
No.	TITULO 2	DICTAMEN J CESAR
	Rol Laboral	20,0 %
	Autosuficiencia	2, 5 %
	Edad	1,5 %

OBSERVACION AUDITORIA / CALIFICACION REVISADA
Se considera 10 %, No hay una valoración neuropsicológica que implique deterioro cognitivo que pueda afectar su desempeño como abogado, aunque con alguna limitación parcial. Título II, Decreto 1507 de 2014.
Se considera obsoleta, es un abogado con seguramiento, equivale a 5 %.
Por Edad 39 años, Acorde a criterios del Título 2 es 1,5 %.

OTRAS ÁREAS OCUPACIONALES

No.	Otras Áreas	DICTA CI
1	Aprendizaje 0.0 %, Comunicativa 0.0 %, Movilidad 1,5, Autocuidado 1,5, Vida doméstica 2,1.	5

OBSERVACION AUDITORIA / CALIFICACION REVISADA
Aprendizaje 0.0 %, Comunicativa 0.0 %, Movilidad 1,5, Autocuidado 0,7, Vida doméstica 0,9. Acorde a criterios Título 2. Se considera 3,1 %



MD. Alfredo E. Saa Luna
MD. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
/ Medicina Laboral /
Abogado Seguridad Social y Laboral

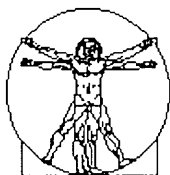
PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DICTAMEN COLPENSIONES: 65,20 %

PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL REVISADA: 30.1 %

CONCLUSIONES

Analizada la historia clínica, el dictamen de la Junta Regional del Cesar del día 11 / 05 / 2017, realizado al Sr. Edwin Lea y demás documento aportados se concluye:

- 1) Las Deficiencia con mayor % asignado por la Junta del Cesar es por la Depresión, Lo cual incumple el criterio exigido para su calificación en el capítulo 13, Numeral 13.3.3.2, como lo es la verificación de que se haya alcanzado la mejoría médica máxima un año después de iniciado el tratamiento ya que en la historia clínica solo se evidencia el diagnóstico 6,5 meses, por lo tanto no hay deficiencia establecida y No se debe calificar.
- 2) De acuerdo con los criterios del capítulo 2 y la Tabla 6.2, al no existir evidencia de daño órgano blanco; corazón, cerebro o riñón, No se puede establecer un factor principal que determine deficiencia por enfermedad Hipertensiva. Por lo tanto la Deficiencia es cero (0 %) Las deficiencias por STC bilateral están subvaloradas teniendo en cuenta que la última EMG de 2015 reporta alteración sensitiva y motora, con la aplicación de los criterios de las Tablas 12,13 y 12.14 sube a 10 % cada mano.
- 3) La calificación de la Deficiencia por patología de columna cervical está sobrevalorada, al no tener documentada en la historia clínica aportada de radiculopatía.
- 4) La calificación de la Deficiencia por patología de columna lumbar es adecuada con 20,0 por los hallazgos descritos en la Resonancia Magnética y al encontrar evidencia en la Electromiografía de radiculopatía L5 derecha.
- 5) La Autosuficiencia es 1,5 %, ya que tiene adecuado aseguramiento.
- 6) El Rol laboral de acuerdo con las patologías calificadas y su estado general se califica 10,0 %.
- 7) Al tener en cuenta los argumentos técnicos y clínicos descritos en la calificación revisada, La Pérdida de capacidad laboral para el caso sería 29,6 %.
- 8) En virtud de lo anterior, hay soportes Médico, Legales y Técnicos para objetar el dictamen de la Junta a del Cesar y obtener una PCL inferior al 50,0 %.



*MD. Alfredo E.
MD. Especialista en Medicina
/ Medicina Legal
Abogado Seguridad Social y Laboral.*

*l
Rehabilitación
Laboral*

RECOMENDACIONES

- De ser necesario se debe verificar si existe un diagnóstico de Trastorno depresivo antes de octubre de 2016, ya sea en la Historia Clínica, Ni la Investigación, Ni la Historia Clínica, Ni la Investigación.
- Verifica si existe y no se aportó electromiografía del diagnóstico de Trastorno depresivo antes de octubre de 2016, ya sea en la Historia Clínica, Ni la Investigación, Ni la Historia Clínica, Ni la Investigación.

la del diagnóstico de Trastorno depresivo antes de octubre de 2016, ya sea en la Historia Clínica, Ni la Investigación, Ni la Historia Clínica, Ni la Investigación.

Cordialmente,

ALFREDO ESTEBAN SAA LUNA

Valorador del Daño Corporal
Médico especialista en Fisiatría y Medicina Laboral
Abogado Seguridad social / Laboral
CC. 16.733.160 / Registro médico: 272494
T.P: del C. S de la J.158250
Lic. S.O: 0634R 09

Reflejos tendino-musculares	Normal
-----------------------------	--------

Farmacológico

Formula de medicamentos	Si
-------------------------	----

Conducta

Solicitud de ayudas Diagnósticas	No	
Solicitud de Imágenes diagnósticas	No	
Solicitud de laboratorio clínico	Si	uroanalysis

No Farmacológico

Necesita dieta alta en fibra?	No	
Remisión a Programas de Promoción y Prevención?	No	
Requiere dieta especial?	No	
Restricción de líquidos?	No	
Restricción de sal?	No	
Se envía ejercicio físico?	No	
Se envía reposo en cama?	No	
Se remite a Especialista ?	No	
Se requiere la suspensión de tabaquismo?	No	

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
0862	Impresión Diagnóstica	Infección De Las Vías Urinarias Consecutiva Al Parto		Disuria, Polaquiuria
R529	Impresión Diagnóstica	Dolor No Especificado		Dolor Testicular

Ordenamientos

Ordenamiento número: 10766 - Generado en: Uba Coomeva Alfonso Lopez

Tipo ordenamiento: Generales

No.	Servicio	Prestador	Finalidad	Tipo resultado	Resultado	Fecha resultado	Estado
1	Uroanalysis Con Sedimento Y	Laboratorio Clínico Cristiam	Enfermedad General				Vencida

	Densidad Urinaria +	Gram					
--	------------------------	------	--	--	--	--	--

Poliquiria ?		SI
Tenismo Vesical ?		SI
Incontinencia urinaria ?		No
Pujo miccional ?		No
Proctológico		Normal

Signos vitales	
Aspecto General	satisfactorio
Peso	89
Talla	1.82
T. Art. D.	90
T. Art. S.	130
Temperatura	37
Pulso	88
Indice masa corporal (peso/talla ²)	Normal (entre 19 y 25)

Cabeza, cuello y órganos de los sentidos.	
Ojos	Normal
Agudeza Visual	Normal
Oídos	Normal
Nariz	Normal
Boca-Faringe	Normal
Cuello	Normal

Torax y cardiopulmonar	
Corazón	Normal
Pulmones	Normal
Mamas	Normal

Osteomuscular	
Musculo esquelético	Normal

Piel y faneras	
Piel y anexos	Normal

Neurológico	
Esfera mental	Normal
Pares Craneales	Normal
Cerebeloso	Normal
Fuerza y Tono Muscular	Normal
Sensibilidad	Normal

Patológicos

Hipertensión arterial ?	No	
Diabetes ?	No	

Quirúrgicos

Ha sido operado alguna vez ?	Si	circuncisi	OS
Complicaciones anestésicas ?	No		

Alérgicos

Alergias ?	No	
------------	----	--

Medicamentos

Utiliza algún medicamento en forma frecuente ?	No	
--	----	--

Hábitos

Usted fuma ?	No	
Toma licor de manera frecuente ?	No	
Hace usted ejercicio minimo tres veces por semana ?	No	
La dieta que usted ingiere es ?	balan ensal	na,verdura,harina,
Su sexualidad es satisfactoria ?	Si	

Ocupacionales

Riesgos ocupacionales ?	No	
-------------------------	----	--

Emocionales

Ansiedad, depresión ?	No	
-----------------------	----	--

Hospitalarios

Ha sido hospitalizado alguna vez ?	Si	por t
------------------------------------	----	-------

Ojos

Alteraciones visuales ?	No	
Ojo rojo?	No	
Dolor Ocular ?	No	
Ardor o prurito ocular ?	No	

Genitourinario

Disuria ?	Si	
-----------	----	--

Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Kelly Patricia Flores Arias
Fecha de apertura: 03-10-2003 13:56:19 PM
Fecha de cierre:
Duración (minutos):
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Historia Clínica [[Ver Formato](#)]
Estado: Cerrada
Cita asociada: 116282
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante:
Telefono acompañante:
Nombre del responsable:
Telefono del responsable:
Parentesco con el responsable:
Procedencia:

Cuestionarios

Preguntas sin cuestionario

Causa de Consulta

Cual es el motivo de consulta ? estoy mal del estomago

Enfermedad Actual

Describe la enfermedad desde el inicio	refiere paciente que consulta por presentar ardo para orinar y en el pene, ademas presenta dolor testicular motivo por el cual consulta	
Tiene alguna explicación al problema por el cual consulta	No	no
Hay algun otro problema de salud que le preocupe ?	Si	dolor en la garganta

Antecedentes Familiares

Hipertensión arterial	Padre	padre
Diabetes	Otro o ningún familiar	no
Infarto de miocardio en menores de 55 años (m) o 45 años (h)	Otro o ningún familiar	abuelos paternos

Ordenamie

Ordenamiento número: 49189 - Generado en: Ut

Tipo ordenamiento: Generales

No	Servicio	Prestador	Finalidad	re
1	Ultrasonografi a De Pene Con Transductor De 7 Mhz O Mas +	Imagen Radiologica Diagnostic a Ltda	Enfermeda d General	

Ifonso Lopez

ultad o	Fecha resultad o	Estado
		Impresa

Ordenamiento número: 49187 - Generado en: Ut

Tipo ordenamiento: Medicamentos

No.	Medicamento	Cantidad	Posologia
1	Diclofenaco Sodico Tableta 50 Mg (cod 185 - Anglopharma S.a.) -	15	tomar una tab cada cada 8 horas
	Clorfeniramina Tableta 4 Mg (cod 133 - Laboratorios Ecar S.a.) -	14	tomar una tab cada 12 horas
	Sulfametoxazol - Trimetoprim Tableta (800 + 160) Mg (cod 568 - Tecnoquimicas S.a.) -	14	tomar una tab cada 12 horas

Ifonso Lopez

dor	Finalidad	Estado
,	Enfermedad General	Impresa
,	Enfermedad General	
,	Enfermedad General	

Genera

Número historia: 62647
Tipo documento: Cédula Ciudadan
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea
Edad: 26 Años (16-09-
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación:
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada:
Centro de atención: Uba Coomeva Ali

Nombre acompañante:
 Telefono acompañante:
 Nombre del responsable:
 Telefono del responsable:
 Parentesco con el responsable:
 Procedencia:

Cuestionarios

Consulta de Seguimiento

ANAMNESIS

Causa de Consulta	tengo taquicardias y tengo mal las amigdalas
Enfermedad Actual	refiere paciente quien consulta por presentar disfagia, palpitaciones y lesion en pene motivo por el cual consulta
Antecedentes Personales y Familiares	no
Revisión de Sistemas	lesioen en pene

Examen Físico

Aspecto General	satisfactoria
Signos vitales	0110/
Ojos	Normal
Cuello	Normal
Tórax y Cardiopulmonar	Normal
Abdomen	Normal
Músculo esquelético	Normal
Neurológico	Normal
Piel y anexos	Normal

Plan de manejo

Conducta(s)	eco pene clofeniramida
-------------	------------------------

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
J039	Impresion Diagnostica	Amigdalitis Aguda No Especificada		Amigdalas Aumentadas De Tamaño Hiperemicas
N489	Impresion Diagnostica	Trastorno Del Pene No Especificado		Lesion Quistica Dolorosa En Pene

No.	Medicamento	Cantidad	Posologia	E
1	Ciprofloxacina Tableta 500 Mg (cod 115 - Genfar S.a.) -	14	TOMAR UNA CADA 12 HORAS	
	Dihidrocodeina Bitartrato Solucion Oral 13.6 Mg/ml (1.36%) (cod 200 - La Sante) -	2	TOMAR NA CUCHARADA SOPERA CADA 8 HORAS	
	Loratadina Tableta 10 Mg (cod 357 - Anglopharma S.a.) -	10	TOMAR UNA TAB CADA 12 HORAS	

Idor	Finalidad	Estado
ndas rias S.	Enfermedad General	Vencida
ndas rias S.	Enfermedad General	
ndas rias S.	Enfermedad General	

Genera

Número historia: 308950
Tipo documento: Cédula Ciudadan
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea
Edad: 26 Años (16-09-
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación:
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada:
Centro de atención: Uba Coomeva Al
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Kelly Patricia Flo
Fecha de apertura: 10-01-2004 10:(
Fecha de cierre:
Duración (minutos):
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad Gen
Historia general: Consulta De Seg
Estado: Cerrada
Cita asociada: 610213
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Fami

Enfermedad Actual	REFIERE DESDE HACE 2 DIAS PRESENTA DOLOR EN LAS AMIGDALAS A LADGLUCION ,TOS CON EXPECTORACION VERDOSA MALESTAR GRAL MIALGIAS ,ARTRALGIAS ,POR LO CUAL CONSULTA.
Antecedentes Personales	SDI
Antecedentes Familiares	HTA MADRE
Revisión de Sistemas	CONSCIENTE ALERTA ORIENTADA ORGS DE LOS SENTIDOS NORMALES

Examen Físico

Aspecto General	MAL SEMBLANTE	
Signos vitales	TA110/70 FC70 FR20 T36.5 PESO91KG	
Ojos	Normal	
O.R.L	Anormal	EDEMA GRADO 3 E HIPEREMIA EN AMIGADALAS PALATINAS
Cuello	Normal	
Tórax y Cardiopulmonar	Anormal	MOVILIZACION DE SECRESIONES EN ACP
Abdomen	Normal	
Genito-urinario	Normal	
Músculo esquelético	Normal	
Neurológico	Normal	
Piel y anexos	Normal	

Plan de manejo

Conducta(s)	TO EN CASA
--------------------	------------

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
J039	Impresion Diagnostica	Amigdalitis Aguda No Especificada		Amigadalas Palatinas Edematoasa Grado 3 Mas Hiperemia

Ordenamientos

Ordenamiento número: 178191 - Generado en: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Tipo ordenamiento: Medicamentos

	Florez Garcia Ltda	
--	-----------------------	--

General

Número historia: 1593010
Tipo documento: Cédula Ciudadani
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea I
Edad: 27 Años (16-09-1
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación:
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada:
Centro de atención: Uba Coomeva Alf
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Fabian Olivella Ar
Fecha de apertura: 13-10-2004 09:3
Fecha de cierre: 13-10-2004 12:2
Duración (minutos): 168
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Sospecha De Mal
Historia general: Consulta De Segu
Estado: Cerrada
Cita asociada: 3089515
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea I
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Famili
Nombre acompañante:
Telefono acompañante:
Nombre del responsable:
Telefono del responsable:
Parentesco con el responsable:
Procedencia:

Cuestionari

Consulta de Seg

ANAMNESIS

Causa de Consulta	DOLOR EN LA S A
-------------------	-----------------

R060	Confirmado Nuevo	Disnea		Dificultad Para Respirar De Medianos Esfuerzos
R42X	Confirmado Nuevo	Mareo Y Desvanecimiento		Mareos Y Desvaneciento

Ordenamientos

Ordenamiento número: 400661 - Generado en: Uba Coomeva Alfonso Lopez

Tipo ordenamiento: Generales

No .	Servicio	Prestador	Finalidad	Tipo resultad o	Resultad o	Fecha resultad o	Estado
1	Hemograma Iii (hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Indices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Indices Plaquetarios Y Morfologia Electronica) Automatizado	Laboratorio Clinico Especializad o Nancy Florez Garcia Ltda	Enfermeda d General				Impresa
	Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina	Laboratorio Clinico Especializad o Nancy Florez Garcia Ltda	Enfermeda d General				
	Trigliceridos +	Laboratorio Clinico Especializad o Nancy Florez Garcia Ltda	Enfermeda d General				
	Colesterol Total	Laboratorio Clinico Especializad o Nancy Florez Garcia Ltda	Enfermeda d General				
	Coprologico +	Laboratorio Clinico Especializad o Nancy	Enfermeda d General				

Procedencia:

Cuestionario

Consulta de Seguimiento

ANAMNESIS

Causa de Consulta	ME AHOGO
Enfermedad Actual	REFIERE EL PACIENTE QUE DESDE LOS ÚLTIMOS 20 DÍAS PRESENTA DIFICULTAD PARA REALIZAR ESFUERZOS, MARIAJA AUMENTADO DE PRÁCTICAS SEXUALES SIN PROTECCIÓN.
Antecedentes Personales	PATOLOGÍAS FEA
Antecedentes Familiares	PATOLOGÍAS HTA
Revisión de Sistemas	CONSCIENTE ALEGRÍA SENTIDOS NORMALES

Examen Físico

Aspecto General	REGULAR SEMBLANZA
Signos vitales	TA 120/80 FC 80 FR 20
Ojos	Normal
O.R.L.	Normal
Cuello	Normal
Tórax y Cardiopulmonar	Normal
Abdomen	Normal
Genito-urinario	Normal
Músculo esquelético	Normal
Neurológico	Normal
Piel y anexos	Normal

Plan de manejo

Conducta(s)	SS P DE LABORATORIOS CH GLI COLESTEROL VDRL
-------------	--

Diagnóstico

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Comentarios
--------	------------------	-------------	-------------

DE HACE 20
DERADOS
IALES ,Y SE HA
TA ESTUVO EN
EL HOGAR SIN

N
ORE
DA ORGS DE LOS

CS NORMALES SIN
PLOS Y SIN
BREAGREGADOS
MIGLOBOSO DEPRESIBLE
MEGALIAS NI
SAS

Análisis

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
E669	Confirmado Nuevo	Obesidad No Especificada		Paciente Que Con Malos Habitos Alimentarios
E782	Confirmado Nuevo	Hiperlipidemia Mixta		Paciente Que Consume Muchos Alimentos Fritos

General

Número historia: 5493222
Tipo documento: Cédula Ciudadania
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea Montes
Edad: 28 Años (16-09-1977)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores De Servicios
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Centro de atención: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Fabian Olivella Araujo
Fecha de apertura: 05-01-2006 08:42:19 AM
Fecha de cierre: 05-01-2006 09:10:38 AM
Duración (minutos): 28
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Consulta De Seguimiento
Estado: Cerrada
Cita asociada: 10095814
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante:
Telefono acompañante:
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono del responsable: 5830723
Parentesco con el responsable: Hermano

Causa externa: Enfermedad Gen
Historia general: Nutricion
Estado: Cerrada
Cita asociada: 10349120
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea I
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Famili
Nombre acompañante:
Telefono acompañante:
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea I
Telefono del responsable: 5830723
Parentesco con el responsable: Hermano
Procedencia:

Cuestionario

Historia Nutricional

ANAMNESIS

Motivo de Consulta	paciente que es re presentar dislipide
Antecedentes Personales	dislipidemia
Antecedentes Familiares	hipertensión
Historia dietética	D: patacon + salc leche A: arroz mix naranja MT 2 pan jugo de narnaja C gaseosa

Evaluación Nutricional

Talla (cm)	181 cm
Peso Actual (Kg)	100 kg
Indice masa corporal (peso/talla²)	Obesid

Laboratorios

Datos de Laboratorio	glicemia 81 mg , coles trigliceridos 454 mg
-----------------------------	--

Análisis diagnóstico

Análisis Nutricional	paciente con con desord alimentarios , consume alimentos fritos
-----------------------------	---

Plan de manejo

Prescripción Dietaria	e: nutricional recomen hipoglucida hipograsa
------------------------------	---

G por

con
- jugo de
mogolla +
a +

e 30 y 34.9)

3

No.	Medicamento	Cantidad	Posologia	Dias	Prestador	Finalidad	Estado
1	Penicilina G Benzatinica Polvo Para Reconstituir 2.400.000 Ui/vial (cod 438 -vitalis S.a. C.i.)	2	APLICAR IM PPS CADA 20 DIAS	20	Supertiendas Y Droguerías Olimpica S. A.	Enfermedad General	Impresa
	Fluconazol Capsula 200 Mg (cod 253 - Biotoscana Farma S.a.) -	4	TOMAR 1 CAP SEMANAL	28	Supertiendas Y Droguerías Olimpica S. A.	Enfermedad General	

Ordenamiento número: 475830 - Generado en: Uba Coomeva Alfonso Lopez

Tipo ordenamiento: Generales

No.	Servicio	Prestador	Finalidad	Tipo resultado	Resultado	Fecha resultado	Estado
1	Prueba No Treponemica Manual	Laboratorio Clinico Especializado Nancy Florez Garcia Ltda	Enfermedad General				Impresa

General

Número historia: 5573341
Tipo documento: Cédula Ciudadania
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea Montes
Edad: 28 Años (16-09-1977)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores De Servicios
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Centro de atención: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Evelyn Beatriz Morales Gil
Fecha de apertura: 12-01-2006 19:26:25 PM
Fecha de cierre: 12-01-2006 19:37:22 PM
Duración (minutos): 11
Finalidad: Detección De Alteraciones Del Adulto

Ojos	Normal
O.R.L	Normal
Cuello	Normal
Tórax y Cardiopulmonar	Normal
Abdomen	Normal
Genito-urinario	Normal
Músculo esquelético	Normal
Neurológico	Normal
Piel y anexos	Normal

Plan de manejo

Conducta(s)	PARACLINICOS, MEDICACION, M APOYO
-------------	--------------------------------------

Diagnóstico

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico
B351	Impresion Diagnostica	Tiña De Las Uñas
J350	Impresion Diagnostica	Amigdalitis Cronica
B977	Impresion Diagnostica	Papilomavirus Como Causa Enfermedades Clasificadas Otros Capítulos

Ordenamiento

Ordenamiento número: 475829 - Generado en: U
Tipo ordenamiento: Medicamentos

	SIN MASAS NI ADENOPATIAS
	EXPANSIBLE, RSCS RITMICOS NO SOPLOS, CPS VENTILADOS Y CLAROS
	SIN MASAS NI DOLOR, NO SIGNOS DE HERNIAACION
	NO SE VISUALIZAN LESIONES

ntingencia Origen	Análisis
	No Complicada
	Agudizada
	A Seguimiento

Alfonso Lopez

Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Maria Margarita Lopez Escalante
Fecha de apertura: 20-05-2006 14:57:29 PM
Fecha de cierre: 20-05-2006 15:10:15 PM
Duración (minutos): 13
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Consulta De Seguimiento
Estado: Cerrada
Cita asociada: 13215396
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante:
Telefono acompañante:
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono del responsable: 5830723
Parentesco con el responsable: Cabeza De Familia
Procedencia:

Cuestionarios

Consulta de Seguimiento

ANAMNESIS

Causa de Consulta	HONGO EN LOS PIES Y AMIGDALAS INFLAMADAS	
Enfermedad Actual	REFIERE PRESENTAR LESIONES MICOTICAS EN UÑAS DE AMBOS EN PIES, ADEMAS ODINOFAGIA DESDE HACE UNOS DIAS, ADEMAS SU PAREJA PRESENTA EN RESULTADO DE CITOLOGIA CAMBIOS REACTIVOS ASOCIADOS A VPH, MOTIVOS POR LOSMCAUALES CONSULTA	
Antecedentes Personales	NIEGA ETS, AMIGDALITIS+, DISLIPIDEMIA+, NIEGA OTROS ANTECEDENTES	
Antecedentes Familiares	HTA+, NIEGA DIABETES, NIEGA OTROS ANTECEDENTES	
Revisión de Sistemas	ODINOFAGIA, NIEGA FIEBRE, NIEGA SINTOMAS CARDONEUMOLOGICOS, SI REFLUJO GASTRICO, NIEGA SINTOMAS UROLOGICOS, NIEGA OTROS SINTOMAS	

Examen Físico

Aspecto General	OBESO EN BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADO, AFEBRIL	
Signos vitales	PESO . 93 KILOS, TALLA 1.82M, TA : 120/80, FC 70, FR 16 XMIN,	

Conducta(s)	REALIZAR UN CULTIVO DE SECR
--------------------	-----------------------------

Diagnóstico

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Cc
N341	Confirmado Nuevo	Uretritis No Especifica	

Análisis
Secrecion Purulenta Por Uretra

Ordenamiento

Ordenamiento número: 532029 - Generado en: L
Tipo ordenamiento: Generales

Alfonso Lopez

No.	Servicio	Prestador	Finalidad	res
1	Coloracion Gram Y Lectura Para Cualquier Muestra *+	Laboratorio Clinico Especializado Nancy Florez Garcia Ltda	Enfermedad General	
	Examen Directo Fresco De Cualquier Muestra+	Laboratorio Clinico Especializado Nancy Florez Garcia Ltda	Enfermedad General	

Itado	Fecha resultado	Estado
		Impresa

Genera

Número historia: 7161307
Tipo documento: Cédula Ciudadan
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea
Edad: 28 Años (16-09-
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajador
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Al
Centro de atención: Uba Coomeva Al

DS

Cuestionarios

Consulta de Seguimiento

ANAMNESIS

Causa de Consulta	ESTOU VOTANDO POR EL PENE UNA SECRECION CREMOSA, ARDOR PARA ORINAS
Enfermedad Actual	PTE QUIEN DESDE HACE 24H HA VENIDO PRESENTANDO SECRECION PURULENTO POR EL PENE, ACOMPAÑADO DE DISURIA Y POLAQUIUREA
Antecedentes Personales	AMIGDALITIS . DISLIPIDEMIA
Antecedentes Familiares	HTA EL PAPA
Revisión de Sistemas	APARENTEMENTE NORMAL

Examen Físico

Aspecto General	PTE LUCIDO TRANQUILO AFEBRIL HIDRATADO	
Signos vitales	TA110/80 P80 FC 80 FR 16	
Ojos	Normal	NORMAL
O.R.L	Normal	MUCOSA ROSADA
Cuello	Normal	SIN ADENOPATIAS
Tórax y Cardiopulmonar	Normal	EXPANSIBLE NO CORAZON RITMICO NO SOPLOS PULMONES CLAROS
Abdomen	Normal	SUAVE DEPRESIBLE NO DOLOROSO NO MEGALOIAS, PERISTALSIS POSITIVA
Genito-urinario	Normal	SE APRECIA EN ORIFICIO URETRAL SECRECION SEROPURULENTA
Músculo esquelético	Normal	NORMAL
Neurológico	Normal	SIN DEFICID NEUROLOGICO
Piel y anexos	Normal	NORMAL

Plan de manejo

Ordenamiento

Ordenamiento número: 536200 - Generado en: U

Tipo ordenamiento: Medicamentos

No.	Medicamento	Cantidad	Posologia	Di
1	Tinidazol Tableta 500 Mg (cod 547 - Laboratorios Ecar S.a.) -	8	4 TAB CADA 24H	2

Alfonso Lopez

lor	Finalidad	Estado
das ias s. A.	Enfermedad General	Vencida

General

Número historia: 8516768
Tipo documento: Cédula Ciudadani
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea I
Edad: 28 Años (16-09-:)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajador
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva All
Centro de atención: Uba Coomeva All
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Maria Margarita I
Fecha de apertura: 29-08-2006 11:5
Fecha de cierre: 29-08-2006 11:5
Duración (minutos): 19
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad Gen
Historia general: Consulta De Seg
Estado: Cerrada
Cita asociada: 15671312
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Famil
Nombre acompañante: NO
Telefono acompañante:
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea
Telefono del responsable: 5830723
Parentesco con el responsable: Cabeza De Famil
Procedencia:

DS

te

Examen Físico

Aspecto General	PTE LUCIDA TRANQUILA AFEBRIL HIDRATADA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO	
T.Art.S.	130	
T.Art.D.	80	
Pulso	80	
Temperatura	36	
Frecuencia Respiratoria	16	
Ojos	Normal	NORMAL
O.R.L	Normal	MUCOSA ORAL SEMI SECA
Cuello	Normal	SIN ADENOPATIAS
Tórax y Cardiopulmonar	Normal	EXPANSIBLE CORAZON RITMICO NO SOPLOS PULMONES CLAROS
Abdomen	Normal	SUAVE DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION EN MARCO COLONICO, PERISTA LSIS AUMENTADA
Genito-urinario	Normal	NORMAL
Músculo esquelético	Normal	NORMAL
Neurológico y psiquiátrico	Normal	SIN DEFICID NEUROLOGICO
Piel y anexos	Normal	NORMAL

Plan de manejo

Conductas	TINIDAZOL SRO
------------------	---------------

Destino

Egreso	A casa
---------------	--------

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
A09X	Confirmado Nuevo	Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso		Deposiciones Diarreicas

Número historia: 8626411
Tipo documento: Cédula Ciudadanía
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea M
Edad: 28 Años (16-09-1
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alf
Centro de atención: Uba Coomeva Alf
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Maria Margarita L
Fecha de apertura: 05-09-2006 12:0
Fecha de cierre: 05-09-2006 12:1
Duración (minutos): 13
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad Gen
Historia general: Consulta No Prog
Estado: Cerrada
Cita asociada: 15884616
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Famil
Nombre acompañante: NO
Telefono acompañante: NO
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea
Telefono del responsable: 5830723
Parentesco con el responsable: Cabeza De Famil
Procedencia:

Cuestionario

Consulta no pro

ANAMNESIS

Causa de Consulta	DIARREA Y DOLO
Enfermedad Actual	PTE QUIEN ACUD DIA DE AYER DEF CEFALEA
Antecedentes Personales	LOS ANOTADOS
Antecedentes Familiares	LOS ANOTADOS
Revisión de Sistemas	MUCOSA ORAL S

NTAR DESDE EL
 DIARREICAS Y

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
J039	Impresión Diagnóstica	Amigdalitis Aguda No Especificada		Macteriana
N228	Impresión Diagnóstica	Calculo De Las Vias Urinarias En Otras Enfermedades Clasificadas En Otra Parte		Refiere El Paciente Que Hace Mas O Menos 12 Dias Presenta Dolor Abdominal En Flanco Izquierdo Y Se Irrada A Testiculo Izquierdo Actualmente Tomando Naproxeno, Buscapina Actualmente Refiere Coluria Mas Leve Dolor Ocasional

Ordenamientos

Ordenamiento número: 949819 - Generado en: Uba Coomeva Alfonso Lopez

Tipo ordenamiento: Medicamentos

No.	Medicamento	Cantidad	Posologia	Dias	Prestador	Finalidad	Estado
1	Eritromicina Tableta 500 Mg (cod 223 -procaps S.a.)	20	UNA CADA 8	7	Supertiendas Y Droguerias Olimpica S. A.	Enfermedad General	Impresa
	Naproxeno Tableta 250 Mg (cod 405 - Winthrop Pharmaceuticals De Colombia S.a.)	20	UNA CADA 8 HORAS	7	Supertiendas Y Droguerias Olimpica S. A.	Enfermedad General	

Ordenamiento número: 949821 - Generado en: Uba Coomeva Alfonso Lopez

Tipo ordenamiento: Generales

No.	Servicio	Prestador	Finalidad	Tipo resultado	Resultado	Fecha resultado	Estado
1	Uroanalisis Con Sedimento Y Densidad Urinaria +	Carmenza Sanchez Duran	Enfermedad General				Impresa

General

	12 DIAS PRESENTA FLANCO IZQUIERDO IZQUIERDO ACTUAL BUSCAPINA ACTUAL MAS LEVE DOLOR
Antecedentes Personales	QX CIRCUNCION AMIGDALITIS REPI
Antecedentes Familiares	PADRE HTA
Revisión de Sistemas	DISFAGIA

Examen Físico

Aspecto General	CONCIENTE, AFEBRIL APARIENCIA GENERAL
Signos vitales	TA 120/70 FR 17X' FC KILOS
Ojos	Normal
O.R.L	Anormal
Cuello	Normal
Tórax y Cardiopulmonar	Normal
Abdomen	Anormal
Genito-urinario	Normal
Músculo esquelético	Normal
Neurológico	Normal
Piel y anexos	Normal

Plan de manejo

Conducta(s)	ERITROMINA 500 MG TAB, NAP TAB, UROANALISIS Y CONTROL
--------------------	--

OMINAL EN
DA A TESTICULO
ANDO NAPROXENO,
ERE COLURIA

), PATOLOGIA

	PINRAL
	MUCOSA ORAL HUMEDA, EDEMA AMIGDALAS, PLACAS BILATERALES
	MOVIL SIN ADENOPATIAS
	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS PULMONES CLAROS VENTILADOS
	BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS NI MEGALIAS, LEVE DOLOR EN FLNCO IZQUIERDO, NO HAY IRRITACION PERITONEAL
	EXTERNO NORMOCONFIGURAD O
	EUTROFICAS SIN EDEMA
	SIN DEFICIT APARENTE
	SIN LESIONES

MG
J

		Gangrena		Signos De Gangrena Ni Obstruccio Se Remite Con Cirugia
--	--	----------	--	--

General

Número historia: 22520854
Tipo documento: Cédula Ciudadania
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea Montes
Edad: 30 Años (16-09-1977)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores De Servicios
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Centro de atención: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Humberto Enrique Alvarez Delgado
Fecha de apertura: 28-08-2008 17:05:01 PM
Fecha de cierre: 28-08-2008 17:38:12 PM
Duración (minutos): 33
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Consulta De Seguimiento
Estado: Cerrada
Cita asociada: 37567299
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante: NO
Telefono acompañante: NO
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono del responsable: 5852458
Parentesco con el responsable: Cabeza De Familia
Procedencia:

Cuestionarios

Consulta de Seguimiento

ANAMNESIS

Causa de Consulta	"DOLOR EN ABDOMEN"	
Enfermedad Actual	REFIERE EL PACIENTE OUE HACE MAS O MENOS	

Causa de Consulta	Tengo una hernia que me está molestando y ha aumentado de tamaño.
Enfermedad Actual	Refiere paciente cuadro de dolor en la zona abdominal inferior izquierdo por aumento de tamaño motivo por el cual consulta.
Antecedentes Personales	Patolg: Niega. Hx: cirugía de circuncisión.
Antecedentes Familiares	HTA: Padre.

Examen Físico

Aspecto General	Buen estado general, consciente, orientada, afebril, hígado y pulmónes normales.
Signos vitales	PA: 101/65 mmHg. FC: 80 bpm. FR: 18 rpm. T°: 36.5°C.
Ojos	Normales.
O.R.L.	Anormal.
Cuello	Normal.
Tórax y Cardiopulmonar	Normal.
Abdomen	Anormal.
Genito-urinario	Normal.
Músculo esquelético	Normal.
Neurológico	Normal.
Piel y anexos	Normal.

Plan de manejo

Conducta(s)	Se remite con cirugía. Se da orden de ingreso a quirófano. Se da seguimiento médico para hipertrofia de amígdalas y tonsos de t/a.
--------------------	--

Diagnóstico

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Continuar
K429	Confirmado Nuevo	Hernia Umbilical Sin Obstrucción Ni	

me está molestando.	
proximamente por aumento de tamaño.	
QX:	

90	
	sin alteraciones.
	otoscopia sin alteraciones. amígdalas hipertrofiadas.
	movil, sin adenopatías.
	RscsRs nos oplo, pulmones claros, no agregados
	Blando depresible, con anillo umbilical en cicatriz umbilical, acomp con dolor intenso a palpación.
	sin alteraciones.
	sin alteraciones.
	sin déficit
	sin alteraciones.

Análisis
Con Hernia Umbilical Con Obstrucción A Palpación Intensa No

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
K429	Impresion Diagnostica	Hernia Umbilical Sin Obstruccion Ni Gangrena		

General

Número historia: 25759342
Tipo documento: Cédula Ciudadania
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea Montes
Edad: 31 Años (16-09-1977)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores De Servicios
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Centro de atención: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Zeida Paola Villero Rodriguez
Registro del Profesional Médico: 5567
Fecha de apertura: 13-01-2009 08:52:53 AM
Fecha de cierre: 13-01-2009 09:41:45 AM
Duración (minutos): 49
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Consulta De Seguimiento
Estado: Cerrada
Cita asociada: 42040433
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante: NO
Telefono acompañante: NO
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono del responsable: 5852458
Parentesco con el responsable: Cabeza De Familia
Procedencia:

Cuestionarios

Consulta de Seguimiento

ANAMNESIS

Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Antonio Augusto
Registro del Profesional Médico: 11495
Fecha de apertura: 12-02-2009 18:
Fecha de cierre: 12-02-2009 18:
Duración (minutos): 8
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad Ger
Historia general: Consulta De Seg
Estado: Cerrada
Cita asociada: 43292529
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Fami
Nombre acompañante: NO
Telefono acompañante: NO
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea
Telefono del responsable: 5852458
Parentesco con el responsable: Cabeza De Fam
Procedencia:

Cuestionario

Consulta de Seguimiento

ANAMNESIS

Causa de Consulta	VALORACCON PRE INTERNA. 31 AÑOS HERNIOPLASTIA U
Enfermedad Actual	DOLOR AL ESFUE
Antecedentes Personales	NO FRC. SOBREPE FARINGOAMIGAD
Revisión de Sistemas	ASINTOMATICA

Examen Físico

Aspecto General	BUEN ESATADO GERAL.
Signos vitales	TA 120/80

Plan de manejo

Conducta(s)	EKG CH QS TP TTP. NORMAL. A SE PUEDE INTERNIR QX
-------------	---

Diagnóstico

Conductas	FORMULA Y RECOMENDACIONES INCAPACIDAD POR 2 DIAS
------------------	---

Diagnósticos

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Origen	Análisis
A09X	Impresión Diagnóstica	Diarrea Y Gastroenteritis De Presunto Origen Infeccioso	Enfermedad General	Cuadro Clínico De 2 Dias Con Deposiciones Diarreicas Con Moco Sin Sangre Numero 8 Refiere Astenia ,adinaami ,mialgias ,

Ordenamientos

Ordenamiento número: 1126607 - Generado en: Uba Coomeva Alfonso Lopez

Tipo ordenamiento: Medicamentos

No.	Medicamento	Cantidad	Posologia	Dias	Prestador	Finalidad	Estado
1	Tinidazol Tableta 500 Mg (cod 547 - Laboratorios Ecar S.a.) -	8	TOAMR UAN CADA 12 HORAS	4	Supertiendas Y Droguerías Olímpica S. A.	Enfermedad General	Vencida
	Loperamida Tableta 2 Mg (cod 356 - Tecnoquímicas S.a.) -	10	TOMAR UAN CADA 12 HORAS	5	Supertiendas Y Droguerías Olímpica S. A.	Enfermedad General	

General

Número historia: 26576356
Tipo documento: Cédula Ciudadanía
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea Montes
Edad: 31 Años (16-09-1977)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores De Servicios
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Centro de atención: Uba Coomeva Alfonso Lopez

Questionar

Consulta no proo

ANAMNESIS

Causa de Consulta	DIARREA
Enfermedad Actual	CUADRO CLINICO DEPOSICIONES DE SANGRE NUMERO ,ADINAMI ,MIALGI
Antecedentes Personales	PATOLG NO ALERG
Antecedentes Familiares	NO
Revisión de Sistemas	NORMAL

Examen Físico

Aspecto General	BUEN ESTADO G
T.Art.S.	100
T.Art.D.	60
Pulso	90
Temperatura	36.5
Frecuencia Respiratoria	18
Ojos	Normal
O.R.L	Normal
Cuello	Normal
Tórax y Cardiopulmonar	Normal
Abdomen	Anormal
Genito-urinario	Normal
Músculo esquelético	Normal
Neurológico y psiquiátrico	Normal
Piel y anexos	Normal

Plan de manejo

ON	
ON MOCO SIN	
STENIA	
TOX NO	

DIETE	
	PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ
	MUCOSA ORAL SECA
	RUIDOS, CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS ,PULMONES BEIN VNETILAODS,, NO AGREGADOS, TORAX SIMETRICO
	BLANDOP DOLOROSO , RSIS ++ AUMENTADO EN FRECUENCIA DOLOR ABDOMINAL DIFUSO , BORBORISMOS
	SIN DEFECT APARENTE

Tipo ordenamiento: Medicamentos

No.	Medicamento	Cantidad	Posologia	Dias	Prestador	Finalidad	Estado
1	Aciclovir Tableta 200 Mg (cod 5373 - laboratorios La Sante S.a.)	20	TOMAR UNA TABLETA C/6HRS POR 5 DIAS.	5	Supertiendas Y Droguerías Olimpica S. A.	Enfermedad General	Impresa

General

Número historia: 39520344
Tipo documento: Cédula Ciudadanía
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea Montes
Edad: 32 Años (16-09-1977)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores De Servicios
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Centro de atención: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Alexander Ballesteros Ospina
Registro del Profesional Médico: 5213
Fecha de apertura: 21-10-2009 09:35:45 AM
Fecha de cierre: 21-10-2009 09:48:05 AM
Duración (minutos): 12
Finalidad: Detección De Alteraciones Del Adulto
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Consulta No Programada
Estado: Cerrada
Cita asociada: 57299553
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante: NO
Telefono acompañante: NO
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono del responsable: 5852458
Parentesco con el responsable: Cabeza De Familia
Procedencia:

Impresión Diagn

Conducta

Impresión Diagnostica	Otros Adulto con factores
Factores de Riesgo para	Otros Sedentarismo Herencia HTA y/o D

Plan de Ma

Plan de manejo

Plan de Manejo	Medico del P Enfermera
Observaciones Plan de Manejo	SE LE ORDE TABLETAS, I ALARMA Y R TAMIZAJE D CON CIFRAS REALIZACIO

CO CON ACICLOVIR
IERALES, SIGNOS DE
ONES. SE ORDENA
RTERIAL PACIENTE
ES ELEVADAS A LA
EN FISICO.

Seguimiento y

Hábitos Saludables

Fecha Control de Pacientes 06/07/2010

Medicamentos y Dosis

Responsable del Control zramirez

Diagnóstico

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Cor
A609	Confirmado Nuevo	Infeccion Anogenital Por Virus Del Herpes Simple Sin Otra Especificacion	Enfe Gen

Análisis

Refiere Paciente Cuadro
Clinico Caracterizado Por
esion Tipo Vesiculas En
ilande Motivo Por El Cual
onsulta.

Ordenamie

Ordenamiento número: 1215085 - Generado en:

a Alfonso Lopez

		SE PALPAN MASAS, PERISTALSIS ++.
MEGALIAS	No	NO HAY VISCEROMEGALIAS.
SOPLOS	No	NO SE AUSCULTAN.
Mamas	SIMETRICAS, PENDULAS, SIN RETRACCIONES, NODULOS, NI SECRECIONES A TRAVES DEL PEZON, NO MASAS.	
Ascitis	No	ONDA ASCITICA NEGATIVA.
Tacto rectal	NO SE REALIZA.	
Aparato reproductivo	SE OBSERVAN LESIONES TIPO VESICULAS EN GLANDE.	

Osteomuscular

EXTREMIDADES	Normal	EUTROFICAS.
EDEMAS	No	NO HAY EDEMA.
OSTEOARTICULAR	Normal	SIN ALTERACIONES, NI DEFORMIDADES VISIBLES.
Pulsos pedios - Izquierdo	++	
Pulsos pedios - Derecho	++	
Pulsos pedios - Especifique	PRESENTES Y VIGOROSOS.	
Pulsos tibial post. - Izquierdo	++	
Pulsos tibial post. - Derecho	++	
Pulsos tibial post. - Especifique	PRESENTES Y VIGOROSOS.	

Piel y anexos

LESIONES PIEL	No	NO SE OBSERVAN.
COLOR	Normal	NORMOCROMICO.
PIEL Y FANERAS	Normal	TURGENTE, BUENA IMPLANTACION DE CUERO CABELLUDO.

Neurológico

Sensibilidad	Normal	CONSERVADA.
Fuerza	Normal	CONSERVADA.
Reflejos osteotendinosos	Normal	PRESENTES Y NORMALES.
Pares craneales	Normal	PRESENTE E INTACTOS.
Otros	Normal	SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15.

TEMP.	36.5	
PULSO	72	
F.C.	72	
P.A. Der. Sentado	150/90	
P.A. Izq. Sentado	150/90	
P.A. de pie	150/90	
P.A. acostado	150/90	

Ojos

AGUDEZA VISUAL	NORMAL 20/20 BILATERAL
FONDO DE OJO	NO SE REALIZA.
OJOS	PUPILAS ISOCORICAS NO LUZ, CONJUNTIVAS ROSA

Otorrino

OIDOS	Normal	CAE LIBRES, OTOSCOPI
NARIZ	Normal	SIMETRICA, FOSAS NAS
BOCA	Normal	OROFARINGE Y AMIGDA ALTERACIONES.
SALUD ORAL	Normal	DIENTES Y ENCIAS SAN

Cuello

CUELLO	Normal	MOVIL, SIME
TIROIDES	Normal	NO SE PALPA
Ingurgitación yugular	No	NO SE OBSE
MASAS EN EL CUELLO	No	NO HAY MAS/

Torax y cardiopulmonar

CORAZÓN	Normal
PMI	5 ESPACIO INTERCOSTAL IZQUIE MEDIO CLAVICULAR.
RSCS	RITMICOS BIEN TIMBRADOS.
SOPLOS	NO SE AUSCULTAN.
PULMONES	Normal

Abdomen

MASAS	No
-------	----

AS A LA

NORMAL.

AS SIN

DENOPATIAS.

ACION YUGULAR.

UIDOS CARDIACOS SIN
OBREAGREGADOS.

XPANSIBILIDAD Y
LASTICIDAD
ONSERVADA,
IURMULLO VESICULAR
RESENTE EN AMBOS
EMITORAX.

BLANDO,
DEPRESIBLE, NO

ACTIVIDAD FÍSICA MÁS DE TRES HORAS/SEMANA	Leguminosas	
	No	

Otros factores de riesgo

LICOR	Si	WISKY.
FRECUENCIA	OCASIONAL.	
TABAQUISMO	No	
EXFUMADOR	No	
ALGUIEN FUMA EN LA FAMILIA?	No	
SUST. PSICOACTIVAS	No	

Factores de Riesgo Biopsicosocial

Soporte Familiar

CON QUIEN VIVE	Esposo(a)	
	Hijos	
EL APOYO AFECTIVO ES BRINDADO POR	Esposo(a)	
	Hijos	

El Joven ha sido victima de Maltrato

OTRA CLASE DE MALTRATO, CUAL?	NIEGA.
-------------------------------	--------

Factores Protectores

QUE HACE EN SU TIEMPO LIBRE	Televisión
-----------------------------	------------

Aspecto Emocional

Observaciones de Riesgo biopsicosocial	NIEGA.
--	--------

Revisión de Síntomas por sistemas

Revisión por Sistemas y Síntomas Guía

Observaciones de revisión por sistemas	NIEGA.
--	--------

Examen Físico

Signos vitales y antropometría

PESO	99	
TALLA	1.81	
IMC	30.22	
F.R.	16	

Nivel Educativo	Profesional
ESTADO CIVIL	Casada
Ocupación	ABOGADO.
Empresa para la cual trabaja	UPC.

M.C y Enfermedades

Causa de Consulta

MOTIVO DE CONSULTA- DIAGNÓSTICO
PREVIOS

Enfermedad Actual

ENFERMEDAD ACTUAL REFIERE PACIENTE C
CARACTERIZADO POR
EN GLANDE MOTIVO

VAS LESIONES EN EL

CO
O VESICULAS
CONSULTA.

Antecedentes Patológicos

Patológicos

QUIRÚRGICOS Si
OBSERVACIONES QX APENDICECTOMIA.

Antecedentes Familiares

Patológicos

HIPERTENSIÓN Pa
ENF. CORONARIA Pa
Observaciones antecedentes familiares PA

rmanos
rmanos
NSO, CARDIOPATA.

Factores de Riesgo

Consumo de Grasa Saturada

Consumo de grasa saturada y colesterol

F
C
Y
L
C
C
M

con grasa
as
nargarina

Consumo de Fibra, micronutrientes y actividad física

Consumo de fibra soluble y
micronutrientes Frutas
Verduras

Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores De Servicios
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Centro de atención: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Zulima Ramirez Tete
Registro del Profesional Médico: 475099
Fecha de apertura: 06-07-2010 07:48:10 AM
Fecha de cierre: 06-07-2010 08:14:27 AM
Duración (minutos): 26
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Historia Clinica [Ver Formato]
Estado: Cerrada
Cita asociada: 67343936
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante:
Telefono acompañante:
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono del responsable: 5852458
Parentesco con el responsable: Cabeza De Familia
Procedencia:

Cuestionarios

Información General

Datos Generales

Día de Ingreso	06	
Mes de Ingreso	07	
Año de Ingreso	2010	
Dirección actual	CALLE 5C # 37-31	
Telefono actual	5600430	
Día fecha nacimiento	16	
Mes fecha nacimiento	09	
Año fecha nacimiento	1977	
Edad de esta historia	32	
Sexo	Masculino	
Raza	Mestizo	

Revision por Sistemas

Examen Físico

Dx y Cx

Situacion Actual

Causa de Consulta

Motivo de Consulta

Enfermedad Actual

Diagnóstico

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico	Contingencia Original
L810	Impresion Diagnostica	Hiperpigmentacion Postinflamatoria	Enfermedad General

Análisis

nte Masculino Quein
ulta Por Hiperpigmentacion
gion Malar Asimetrica
erda, No Asociado A Prurito
:ra Sitnomatologia, Ademas
es Por Cicatriz Previa En
n Iterfalangica, Le Preocupa
sea Vitiligo.

Genera

Número historia: 48615253
Tipo documento: Cédula Ciudadana
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Le
Edad: 32 Años (16-09)
Sexo: Masculino

		Sintomas Psicoticos		
I10X	Impresion Diagnostica	Hipertension Esencial (primaria)	Enfermedad General	

General

Número historia: 93248172
Tipo documento: Cédula Ciudadania
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea Montes
Edad: 35 Años (16-09-1977)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Otros Trabajadores De Servicios
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Centro de atención: Uba Coomeva Alfonso Lopez
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Edith Nancy Rocha Martinez
Registro del Profesional Médico: 39462651
Fecha de apertura: 28-08-2013 16:43:28 PM
Fecha de cierre: 28-08-2013 18:15:20 PM
Duración (minutos): 92
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Historia Clinica General [[Ver Formato](#)]
Estado: Cerrada
Cita asociada: [120432162](#)
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Montes
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante:
Telefono acompañante:
Nombre del responsable: Liliana Patricia Baron Amaris
Telefono del responsable: 5830723
Parentesco con el responsable: Conyuge O Compañero Permanente
Procedencia:

Cuestionarios

Situacion Actual

Antecedentes

Factores de Riesgo

Pares craneales	Normal	PRESENTE
Otros	Normal	SIN DEFIC GLASGOW

SENSITIVO APARENTE,

Plan de Manejo

Plan de manejo

Observaciones Plan de Manejo

se analiza caso
calificado por
12.05.2017
de otros tras
los discos itr
a de la colum
trastornos d
(deficiencia
otros trastor
pérsisistentes
(trastornos
hipertension
(deficiencia
el cual le dar
enfermedad
estructuraci
tiene penfie
colpensiones
con 237 días
hasta el 03.
medicinal , l

era es
ado el
diagnosticos
cados de
(deficien
otros
al
cervical),
r (afectivos
del humor
e ii ,
cia primaria
on arterial,
% de origen
echa de
9.2016 y
ta se u afp
capacitado
ad medica
umiento por

Seguimiento y

Hábitos Saludables

Fecha Control de Pacientes 24/05/2017

Medicamentos y Dosis

Responsable del Control Ipoviedo

Diagnóstico

Código	Tipo diagnóstico	Diagnóstico
M518	Impresion Diagnostica	Otros Trastornos Especificos Discos Intervertebrales
M508	Impresion Diagnostica	Otros Trastornos De Disco
F332	Impresion Diagnostica	Trastorno Depresivo Recurrente Episodio Depresivo Grave

Contingencia Origen	Análisis
Enfermedad General	
Enfermedad General	
Enfermedad General	

Abdomen

MASAS	No	BLANDO, DEPRESIBLE, NO SE PALPAN MASAS, PERISTALSIS ++.
MEGALIAS	No	NO HAY VISCEROMEGALIAS.
SOPLOS	No	NO SE AUSCULTAN.
Mamas	SIMETRICAS, PENDULAS, SIN RETRACCIONES, NODULOS, NI SECRECIONES A TRAVES DEL PEZON, NO MASAS.	
Ascitis	No	ONDA ASCITICA NEGATIVA.
Tacto rectal	NO SE REALIZA.	
Aparato reproductivo	SE OBSERVAN LESIONES TIPO VESICULAS EN GLANDE.	

Osteomuscular

EXTREMIDADES	Normal	EUTROFICAS.
EDEMAS	No	NO HAY EDEMA.
OSTEOARTICULAR	Anormal	presenta dolor a la movilizacion del tronco
Pulsos pedios - Izquierdo	++	
Pulsos pedios - Derecho	++	
Pulsos pedidos - Especifique	PRESENTES Y VIGOROSOS.	
Pulsos tibial post. - Izquierdo	++	
Pulsos tibial post. - Derecho	++	
Pulsos tibial post. - Especifique	PRESENTES Y VIGOROSOS.	

Piel y anexos

LESIONES PIEL	No	NO SE OBSERVAN.
COLOR	Normal	NORMOCROMICO.
PIEL Y FANERAS	Normal	TURGENTE, BUENA IMPLANTACION DE CUERO CABELLUDO.

Neurológico

Sensibilidad	Normal	CONSERVADA.
Fuerza	Normal	CONSERVADA.
Reflejos osteotendinosos	Normal	PRESENTES Y NORMALES.

Consumo de grasa saturada y colesterol	Fritos Carnes gordas Yema de huevo Leche y queso con grasa Carnes frías Comidas rápidas Mantequilla o margarina
--	---

Consumo de Fibra, micronutrientes y actividad física

Consumo de fibra soluble y micronutrientes	Frutas Verduras Leguminosas	
ACTIVIDAD FÍSICA MÁS DE TRES HORAS/SEMANA	No	

Otros factores de riesgo

LICOR	Si	WISKY.
FRECUENCIA	OCASIONAL.	
TABAQUISMO	No	
EXFUMADOR	No	
ALGUIEN FUMA EN LA FAMILIA?	No	
SUST. PSICOACTIVAS	No	

Factores de Riesgo Biopsicosocial

Soporte Familiar

CON QUIEN VIVE	Espos(a) Hijos
EL APOYO AFECTIVO ES BRINDADO POR	Espos(a) Hijos

El Joven ha sido víctima de Maltrato

OTRA CLASE DE MALTRATO, CUAL?	NIEGA.
-------------------------------	--------

Factores Protectores

QUE HACE EN SU TIEMPO LIBRE	Televisión
-----------------------------	------------

Aspecto Emocional

Observaciones de Riesgo biopsicosocial	NIEGA.
--	--------

Examen Físico

Signos vitales y antropometría

PESO	94	
------	----	--

valorado por medicina
le ordenan emg de m
lesion radicular l5 der
presenta sintomas de
irritabilidad el cuales
psiquiatria que le diag
trasotnro depresivo m
solicita calificacion en
obtener respuesa es c
jrci notificado el 12.05
califican los diagnostico
trastorno especificado
itnervtebrales (defici
columna lumbr),, otro
disco cervical (defici
columna cervical), otr
humor (afectivos pers
(trastornos del humor
depresivo clase ii , hip
arterial esencia prima
por hipertension arter
pcl de 65.20% de orig
comun con fecha de e
28 de .09.2016 y tien
respuesta se u afp co
. Antecedentes ocupa
civil; casado, escolar
, telefono; 31467208-
.rosario norte 1 manz
empleador; upc, cargo
de vincualcion; 6 año
oficio; 6 años , arl; co
colpensiones, domina

ita y
a

:
a
s
tel
del

a
lan
ad
tel

do
nal

tiempo
el

Antecedentes Patológicos

Patológicos

QUIRÚRGICOS	Si
OBSERVACIONES	QX APENDICECTOMIA.

Antecedentes Familiares

Patológicos

HIPERTENSIÓN	Pa
ENF. CORONARIA	Pa
Observaciones antecedentes familiares	PA

rmanos	
rmanos	
NSO, CARDIOPATA.	

Factores de Riesgo

Consumo de Grasa Saturada

05	Mes de Ingreso	
2015	Año de Ingreso	
rosario norte 1 manzana e casa 1	Dirección actual	
5600430	Telefono actual	
16	Día fecha nacimiento	
09	Mes fecha nacimiento	
1977	Año fecha nacimiento	
39	Edad de esta historia	
Masculino	Sexo	
Mestizo	Raza	
Profesional	Nivel Educativo	
Casada	ESTADO CIVIL	
ABOGADO.	Ocupación	
UPC.	Empresa para la cual trabaja	

M.C y Enfermedad Actual

Causa de Consulta

MOTIVO DE CONSULTA- DIAGNÓSTICO

asiste a consulta por medicina laboral

PREVIOS

Enfermedad Actual

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente masculino de 39 años de edad
 laboral en upc con cargo de docente
 programa de derecho , labora de hace 6
 años , refiere el paciente que desde
 agosto del 2016 presenta dolor en
 region lumbosacra que se irradia a
 miembro inferior derecho , con
 dificultad a la marcha , el cual es
 valorado por neurocirujano que le
 ordena rnm de columna lumbosacra
 realizada el 28 de septiembre del
 2016 que reporta disminucion de
 altura de l2 con cambios sugentes de
 fractura , dshidratacion con
 abombamiento de l1-l2 y l2-l3 con
 estrechez de klos espaciales
 intervertebrales protrusion l4-l5 con
 disminucion de amplitud de foramen
 neural. neurocirugia diagnostica
 radiculopatia lumbal derecha mas
 fractura patologica de l2 y hernias
 disciales l4-l5 y l5-s1 , indica cirugía
 , ademas ke realizan rnm de columna
 cervical que muestra
 espondiloartrosis y foraminal c4-c5
 bilateral y c5.c6 y c6-c7 derechas ,

General

Número historia: 137638918
Tipo documento: Cédula Ciudadania
Número documento: 77190268
Nombre completo: Edwin Yecid Lea Mont
Edad: 39 Años (16-09-1977)
Sexo: Masculino
Estado civil: Casado
Ocupación: Profesores De Univer
Educacion Superior
Dirección: CALLE 5C 37 31
Telefono: 5830723
Ciudad: Valledupar
IPS médica asignada: Sinergia Salud Unida
Centro de atención: Sala Sip Valledupar
Tipo afiliado: Cotizante
Prestador: Liliana Pastora Ovied
Registro del Profesional Médico: 49775175
Fecha de apertura: 24-05-2017 16:52:5
Fecha de cierre: 24-05-2017 17:19:1
Duración (minutos): 26
Finalidad: No Aplica
Causa externa: Enfermedad General
Historia general: Historia Clínica [Ver
Estado: Cerrada
Cita asociada: 175025871
Nombre cotizante: Edwin Yecid Lea Mon
Telefono cotizante: 5830723
Parentesco cotizante: Cabeza De Familia
Nombre acompañante:
Telefono acompañante:
Nombre del responsable: Edwin Yecid Lea Mor
Telefono del responsable: 5830723
Parentesco con el responsable: Conyuge O Compañ
Procedencia:

os Establecimientos De

so Lopez

te

Cuestionari

Información C

Datos Generales

Día de Ingreso

24

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

160
*
1

Fecha : 21/nov./2017

Página

CORPOCION

GRUPO ORDINARIOS DE PRIMERA INSTANCIA

JUZADOS DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

CD. DESP

SECUENCIA:

FECHA DE REPARTO

REPARTO AL DESPACHO

002

1117

21/nov./2017

JUZGADO 2 LABORAL CIRCUITO VALLEDUPAR

IDENTIFICACION

NOMBRE

APELLIDO

SUJETO PROCESAL

EN000000019

AXA COLPATRIA

01 *"

1939511-

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

03 *"

אדם מוגן, אדם חלש, נרפץ קודם, אי קיבל

REPARTO002

CUADERNOS 02

LDIAZC

FOLIOS 159+TRS

OBSERVACIONES

EMPLEADO

226

22-11-17

ACT
ORDEN
JURISDICCION DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

JUZGADO
JURISDICCION
CIRCUITO DE VALLEDUPAR
CIRCUITO DE VALLEDUPAR
CIRCUITO DE VALLEDUPAR

REPARACION
DIANA
OBSERVACION

224

COLOMBIA
JURISDICCION
CIRCUITO DE VALLEDUPAR

ORDEN
JURISDICCION
CIRCUITO DE VALLEDUPAR

JUZGADO
JURISDICCION
CIRCUITO DE VALLEDUPAR

REPARACION
DIANA
OBSERVACION

5-11-17

FECHA DE REPARACION
21 nov 2017
JURISDICCION
CIRCUITO DE VALLEDUPAR
CIRCUITO DE VALLEDUPAR
CIRCUITO DE VALLEDUPAR



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO
CLL 5 - CRA. 5. EDIF. CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
PISO 4º - TEL. 5809548 - PLAZA ALFONSO LÓPEZ
VALLEDUPAR - CESAR

VALLEDUPAR, 13 DE FEBRERO DE 2018

SECRETARÍA: Pasa al despacho del señor Juez para informarle que la presente demanda correspondió por reparto. Provea.


ELIANA PATRICIA ESCOBAR BROCHERO
Secretaria

JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

VALLEDUPAR, 13 DE FEBRERO DE 2018

REF: ORDINARIO LABORAL

DEMANDANTE: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

DEMANDADO: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEA MONTES

RAD: 20.001.31.05.002.2017.00286.00.

AUTO

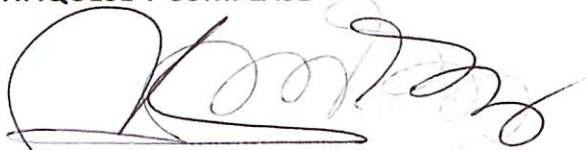
Por venir en legal forma se admite la presente demanda, se ordena notificar y correr traslado MARIANO AMARIZ CONSUEGRA, representante legal de LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR, o quien haga sus veces y a ADWIN YECID LEA MONTES, domiciliados en la ciudad de Valledupar -Cesar. Adviértaseles que cuentan con el plazo de diez (10) días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación de la presente providencia para dar contestación a la demanda. Hágaseles entrega de copia de la demanda y del auto que la admite.

Para los efectos de la notificación de la demanda, se actuará conforme lo dispone el artículo 29 y 41 del C.P. del T y S.S.

Se reconoce personería a la Dr GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, identificado con CC N° 19.395.114 y TP N° 39.116 del CSJ, como apoderado del demandante conforme al poder de folio 10 a 11.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

El Juez,


JESUS ARMANDO ZAMORA SUAREZ

M.Rua

JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR

Hoy 15 FEB 2018

se notifica el acto anterior a los _____

Por estado 021

El Secretario Eliana E

SEÑOR
JUEZ SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR
S. D.
E.

REF: PROCESO ORDINARIO LABORAL DE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S. A.
CONTRA JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR Y OTROS
RADICACION No. 20.001.31.05.002.2017.00286.00

MARIANO AMARIS CONSUEGRA, mayor de edad, identificado con C. C. No. 77.010.734 expedida en Valledupar, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 71699 del C. S. J. actuando en mi calidad de Representante legal de La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, demandado en el proceso referido, con oficinas ubicadas en la Calle 13 No. 16 - 35 Barrio Alfonso Lopez, de la ciudad de Valledupar (Cesar), mediante el presente escrito, vengo ante usted, en término oportuno, para darle contesta a la demanda de la referencia y lo hago en los siguientes términos:

A LOS HECHOS

AL HECHO PRIMERO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO SEGUNDO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO TERCERO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO CUARTO: Este hecho es cierto.

AL HECHO QUINTO: Este hecho es cierto, en el sentido que al señor EDWIN YECID LEA MONTES no contaba con Certificado de Rehabilitación Integral expedido por su EPS, en tanto que si existían dichos Certificados emitidos por cada uno de sus médicos tratantes, por lo que estos se recibieron en buena fe, por parte de esta Junta de Calificación de Invalidez.

Del caso en comento me permito manifestar lo siguiente:
El señor EDWIN YECID LEA MONTES solicitó calificación ante esta Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, de abril de 2017 y recepcionado en la misma fecha, llevaba más de 179 días de incapacidad médica general de sus patologías, manifestando que entidades de Seguridad Social Integral (ARL COLMENADEAS - EPS COOMEVA) y a su empleador (UNIVERSIDAD POPULAR DE VALLEDUPAR) adjuntando toda la documentación pertinente para el trámite, y



SEÑOR
JUEZ SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR
E. S. D.

REF: PROCESO ORDINARIO LABORAL DE AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S. A.
CONTRA JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR Y OTROS
RADICACION No. 20.001.31.05.002.2017.00286.00

MARIANO AMARIS CONSUEGRA, mayor de edad, identificado con C. C. No. 77.010.734 expedida en Valledupar, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 71699 del C. S. J. actuando en mi calidad de Representante legal de La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, demandado en el proceso referido, con oficinas ubicadas en la Calle 13 No. 16 - 35 Barrio Alfonso Lopez, de la ciudad de Valledupar (Cesar), mediante el presente escrito, vengo ante usted, en termino oportuno, para darle contesta a la demanda de la referencia y lo hago en los siguientes términos:

A LOS HECHOS

AL HECHO PRIMERO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO SEGUNDO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO TERCERO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO CUARTO: Este hecho es cierto.

AL HECHO QUINTO: Este hecho es cierto, en el sentido que al señor EDWIN YECID LEA MONTES no contaba con Certificado de Rehabilitación Integral expedido por su EPS, en tanto que si existían dichos Certificados expedidos por cada uno de sus médicos tratantes, por lo que estos se recibieron de buena fe, por parte de esta Junta de Calificación de Invalidez.

Del caso en comento me permito manifestar lo siguiente:

El señor EDWIN YECID LEA MONTES solicitó calificación Integral de sus patologías, ante esta Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de oficio de fecha 27 de abril de 2017 y recepcionado en la misma fecha (anexo), manifestando que llevaba más de 179 días de incapacidad medica general y había dado aviso a sus entidades de Seguridad Social Integral (ARL COLMENA - AFP COLPENSIONES - EPS COOMIVA) y a su empleador (UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR) de dicho trámite, y adjuntando toda la documentación pertinente para el caso.

El señor EDWIN YECID LEA MONTES fue citado a valoración médica y como consecuencia del estudio en sala de decisión se emitió el Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, el cual le otorgó un grado de pérdida de capacidad laboral del 65.20% de origen Común (Enfermedad Común), y con fecha de estructuración del 28 de septiembre del 2016 (anexo). Dicho Dictamen fue notificado a las partes interesadas (ARL COLMENA - AFP COLPENSIONES - EPS COOMEVA - UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR), según la normatividad y lo solicitado por el señor EDWIN YECID LEA MONTES en su oficio de fecha 27 de abril de 2017 (anexo).

El día 02 de Junio de 2017, la Doctora ADRIANA MURCIA ARENAS, actuando en calidad de Médico Especialista en medicina laboral de AFP COLPENSIONES, mediante Escritura Publica No. 656 de fecha 30 de marzo de 2017, expedida en la Notaria 5º del Circulo de Bogotá D. C., presentó oportunamente RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO DE APELACION contra el Dictamen 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, emitido por La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, correspondiente a las patologías calificadas al señor EDWIN LEA MONTES, por encontrarse inconformes con dicha calificación, bajo los argumentos de violación del Art. 142 del decreto 019 de 2012 (Ley Antitramites) (anexo). Por lo tanto, mediante Acta No. 2260 de fecha 05 de junio de 2017, emitida por La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de la cual se declaró la nulidad del Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación del grado de pérdida de capacidad laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES, por el no cumplimiento del requisito establecido en el Art. 31 del decreto 1352 de 2013 y se solicitó, en la misma acta, a COLPENSIONES AFP verificar el proceso de Rehabilitación Integral de dicho paciente y efectuar la calificación de pérdida de capacidad laboral en primera instancia. (anexo).

Además, se manifestó que por ser favorable la solicitud del recurrente (AFP COLPENSIONES) no se tramitaría el Recurso de Apelación interpuesto subsidiariamente (Art. 43 Parágrafo 3º Decreto 1352 de 2013). Acta que fue notificada a las partes (ARL COLMENA - AFP COLPENSIONES - EPS COOMEVA - UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR), según la normatividad (Decreto 1352 de 2013).

Además, verificamos que a raíz de esta solicitud que realizó la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar a COLPENSIONES AFP a través del Acta de nulidad del Dictamen, a través de Dictamen No. 2017224425SS de fecha 10 de julio de 2017, emitido por COLPENSIONES AFP el señor EDWIN YECID LEA MONTES le fue calificada su pérdida de capacidad laboral en un 25.53% de origen Común, con fecha de estructuración del 15 de junio de 2017 (anexo). Dictamen con el que el calificado señor EDWIN YECID LEA MONTES no estuvo de acuerdo y apeló oportunamente (anexo), y fue trasladado a La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de oficio de fecha 26 de julio de 2017, emitido por VIVIANA MORENO BARBOSA, en su calidad de Coordinadora Nacional Proyecto Colpensiones - ASALUD COLPENSIONES (anexo), y que a la fecha La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar aún no ha emitido pronunciamiento alguno sobre esta calificación (Dictamen).

A LOS ACAPITES a) - b) - c) - d) - e) y f) del Hecho QUINTO: Estas afirmaciones no son ciertas, el paciente fue calificado con las historias clínicas de los diversos especialistas (Psiquiatría - Fisiatría - Neurocirugía - Otorrinolaringología, etc.) y los médicos miembros de La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar calificaron el grado de pérdida de capacidad laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES, teniendo en cuenta los lineamientos del Manual de Calificación de Invalidez (Decreto 1507 de 2014).

AL HECHO SEXTO: Este hecho no me consta, sin embargo, me permito reiterar lo manifestado en la contestación del Hecho Quinto, ya este dictamen se encuentra anulado, a través del Acta No. 2260 de fecha 05 de junio de 2017, emitida por La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de la cual se declaró la nulidad del Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación del grado de pérdida de capacidad laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES, por el no cumplimiento del requisito establecido en el Art. 31 del decreto 1352 de 2013.

AL HECHO SEPTIMO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO OCTAVO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO NOVENO: Este hecho no me consta, me atengo a lo que resulte probado dentro del proceso.

AL HECHO DECIMO: Este no es un hecho, es una afirmación de la demandada.

AL HECHO ONCE: Este no es hecho, son afirmaciones de la demandada.

A LAS PRETENSIONES

En cuanto a las Pretensiones de la demandada, me permito manifestarle al señor Juez que dentro del proceso de calificación los miembros de esta Junta de calificación de Invalidez del Cesar actuamos conforme a los lineamientos establecidos en el Decreto 1352 del año 2013, normatividad vigente que reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez y otras disposiciones. Es de aclarar que el Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, emitido por La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, correspondiente a las patologías calificadas al señor EDWIN LEA MONTES fue anulado por esta Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través del Acta No. 2260 de fecha 05 de junio de 2017, emitida por La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de la cual se declaró la nulidad de dicho dictamen, correspondiente a la calificación del

grado de pérdida de capacidad laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES, por el no cumplimiento del requisito establecido en el Art. 31 del Decreto 1352 de 2013.

Además, verificamos que a raíz de esta solicitud que realizó la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar a COLPENSIONES AFP a través del Acta de nulidad del Dictamen; a través de Dictamen No. 2017224425SS de fecha 10 de julio de 2017, emitido por COLPENSIONES AFP el señor EDWIN YECID LEA MONTES le fue calificada su pérdida de capacidad laboral en un 25.53% de origen Común, con fecha de estructuración del 15 de junio de 2017. Dictamen con el que el calificado señor EDWIN YECID LEA MONTES no estuvo de acuerdo y apeló oportunamente; y fue trasladado a La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de oficio de fecha 26 de julio de 2017, emitido por VIVIANA MORENO BARBOSA, en su calidad de Coordinadora Nacional Proyecto Colpensiones - ASALUD COLPENSIONES, y que a la fecha La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar no ha emitido pronunciamiento alguno sobre esta calificación (Dictamen).

EXCEPCIONES DE FONDO

- A) BUENA FE: Esta excepción se solicita se declare probada en favor de La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, por cuanto todas las actuaciones desplegadas por esta entidad se realizaron conforme a derecho, sin el ánimo de dilatar o entorpecer las diligencias adelantadas por el demandante.
- B) GENERICA: Esta excepción se solicita se declare probada en favor de La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, por cuanto el Art. 282 del C. G. P., aplicado por analogía en este asunto gracias al Art. 145 del C. P. del T. y de la S. S. dispone que en cualquier tipo de proceso si el juez haya probado los hechos que constituyen excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia.
- C) PRESCRIPCIÓN: referida a cualquier derecho que se encuentre prescrito por las leyes laborales y el transcurso del tiempo

HECHOS, FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO DE NUESTRA DEFENSA

Dentro del proceso de calificación referido, los miembros de esta Junta de Calificación de Invalidez del Cesar actuamos conforme a los lineamientos establecidos en el Decreto 1352 del año 2013, normatividad vigente que reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez y otras disposiciones.

El señor EDWIN YECID LEA MONTES solicitó calificación Integral de sus patologías, ante esta Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de oficio de fecha 27

de abril de 2017 y recepcionado en la misma fecha, manifestando que llevaba mas de 179 días de incapacidad medica general y había dado aviso a sus entidades de Seguridad Social Integral (ARL COLMENA - AFP COLPENSIONES - EPS COOMEVA) y a su empleador (UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR) de dicho trámite, y adjuntando toda la documentación pertinente para el caso.

El señor EDWIN YECID LEA MONTES fue citado a valoración médica y como consecuencia del estudio en sala de decisión se emitió el Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, el cual le otorgó un grado de pérdida de capacidad laboral del 65.20% de origen Común (Enfermedad Común), y con fecha de estructuración del 28 de septiembre del 2016. Dicho Dictamen fue notificado a las partes interesadas (ARL COLMENA - AFP COLPENSIONES - EPS COOMEVA - UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR), según la normatividad y lo solicitado por el señor EDWIN YECID LEA MONTES en su oficio de fecha 27 de abril de 2017.

El día 02 de Junio de 2017, la Doctora ADRIANA MURCIA ARENAS, actuando en calidad de Médico Especialista en medicina laboral de AFP COLPENSIONES, mediante Escritura Publica No. 656 de fecha 30 de marzo de 2017, expedida en la Notaria 5º del Circulo de Bogotá D. C., presentó oportunamente RECURSO DE REPOSICION Y EN SUBSIDIO DE APELACION contra el Dictamen 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, emitido por La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, correspondiente a las patologías calificadas al señor EDWIN LEA MONTES, por encontrarse inconformes con dicha calificación, bajo los argumentos de violación del Art. 142 del decreto 019 de 2012 (Ley Antitramites). Por lo tanto, mediante Acta No. 2260 de fecha 05 de junio de 2017, emitida por La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de la cual se declaró la nulidad del Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación del grado de pérdida de capacidad laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES, por el no cumplimiento del requisito establecido en el Art. 31 del decreto 1352 de 2013 y se solicitó, en la misma acta, a COLPENSIONES AFP verificar el proceso de Rehabilitación Integral de dicho paciente y efectuar la calificación de pérdida de capacidad laboral en primera instancia.

Además, se manifestó que por ser favorable la solicitud del recurrente (AFP COLPENSIONES) no se tramitaría el Recurso de Apelación interpuesto subsidiariamente (Art. 43 Parágrafo 3º Decreto 1352 de 2013). Acta que fue notificada a las partes (ARL COLMENA - AFP COLPENSIONES - EPS COOMEVA - UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR), según la normatividad (Decreto 1352 de 2013).

Además, verificamos que a raíz de esta solicitud que realizó la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar a COLPENSIONES AFP a través del Acta de nulidad del Dictamen; a través de Dictamen No. 2017224425SS de fecha 10 de julio de 2017, emitido por COLPENSIONES AFP el señor EDWIN YECID LEA MONTES le fue calificada su pérdida de capacidad laboral en un 25.53% de origen Común, con fecha de estructuración del 15 de junio de 2017. Dictamen con el que el calificado señor EDWIN YECID LEA MONTES no estuvo de acuerdo y apeló oportunamente; y fue trasladado a La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, a través de oficio de

fecha 26 de julio de 2017, emitido por VIVIANA MORENO BARBOSA, en su calidad de Coordinadora Nacional Proyecto Colpensiones - ASALUD COLPENSIONES, y que a la fecha La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar no ha emitido pronunciamiento alguno sobre esta calificación (Dictamen).

PRUEBAS

- a) DOCUMENTOS
 - 1) Copia autenticada del Acta de mi Posesión como Secretario - Representante Legal (miembro principal) de la Junta de Calificación de Invalidez del Cesar y La Guajira, de fecha 16 de mayo de 2012, ante el Director del Ministerio de La Protección Social Territorial Cesar.
 - 2) Solicito al señor juez tener en cuenta la documentación allegada por el demandante con la demanda.
 - 3) 48 folios simples correspondientes al trámite administrativo del proceso de calificación del señor EDWIN YECID LEA MONTES.

NOTIFICACIONES

El suscrito Representante Legal de la demandada JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR, en la secretaría de su despacho o en la calle 13 No. 16 - 35 Barrio Alfonso Lòpez, de la ciudad de Valledupar (Cesar).

Atentamente



MARIANO AMARIS CONSUEGRA
C. C. No. 77.010.734 de Valledupar
T. P. No. 71699 del C. S. J.



Ministerio del Trabajo
República de Colombia
Territorial Cesar

Prosperidad
para todos

ACTA DE POSESION

En la ciudad de Valledupar, a los 16 días del mes de mayo del año 2012, se presentó en el Despacho del suscrito (a)

DIRECTOR TERRITORIAL DEL CESAR

El Dr. **MARIANO DE JESUS AMARIS CONSUEGRA** identificado con cédula de ciudadanía N° 77.010.734 de Valledupar, con el objeto de tomar posesión como miembro principal de la Junta Regional De Calificación de Invalidez del Cesar, según Resolución No. 000673 del 02 de mayo de 2012 suscrita por la Directora de Riesgos Profesionales del Ministerio del Trabajo, Dra. ANDREA TORRES MATIZ.

El posesionado, manifiesta no estar incurso en causal alguna de inhabilidad general o especial de incompatibilidad o prohibición de las establecidas por las disposiciones vigentes para el desempeño de funciones públicas.

Acto seguido el posesionado prestó el juramento de rigor ante el Director Territorial, prometiendo cumplir fielmente los mandamientos constitucionales que determinan los deberes del cargo.

En fe de lo actuado, firman:

El posesionado

El Director Territorial(E)


MARIANO DE JESUS AMARIS CONSUEGRA


MANUEL ANTONIO GAITAN MAHECHA

Valledupar, 27 de Abril de 2017

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ DEL CESAR

Jessica Zavate
27- abril-17
Hora: 12:36 PM

Señores:

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDES - SECCIONAL
CESAR**

Secretaría General

Ciudad

ASUNTO: solicitud de calificación integral de Origen Y PCL del señor **EDWIN YECID LEA MONTES**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 77.190.268 de Valledupar – Cesar.

Por medio del presente escrito les manifesté mi decisión de realizar trámite de valoración con el fin de que sean ustedes, señores Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar quienes realicen la emisión del dictamen, sufragado por mis propios medios, con el fin de acceder a CALIFICACIÓN INTEGRAL del origen y PCL, de las deficiencias que están debidamente probadas documentalmente y certificadas por los médicos tratantes como lo exige la norma las cuales son:

- Trastorno depresivo mayor, episodio moderado concepto no favorable.
- Hernia cervical, discopatía cervical degenerativa C1 C6 concepto no favorable.
- Fractura lumbar L2 Concepto no favorable.
- Hipertensión crónica obstructiva, desviación de cornetes, hipertrófica grado 3 de amígdalas acompañado con trastornos y acnea del sueño concepto médico de otorrino no favorable.
- Lesión radicular L5.
- Obesidad grado 1, presión de pulso de área elevada, frecuencia cardíaca inadecuada, concepto no favorable.

Es de aclarar, que la anterior solicitud la hago teniendo en cuenta que mediante comunicación de fecha 15 de Febrero de 2017 y 24 de Febrero de 2017 Solicite mediante escrito el cual aporte en el expediente a las entidades AFP COLPENSIONES y COOMEVA EPS que realizaran al suscrito calificación integral de las patologías anteriormente referenciadas, transcurrieron más de treinta (30) días y estas entidades no acudieron a lo solicitado por el suscrito.

Esta solicitud la realizo acogiéndome a lo que expresa el decreto 2463 del 2001 en su ARTÍCULO 6º- "Calificación del origen del accidente, la enfermedad o la muerte. El origen del accidente o de la enfermedad, causantes o no de pérdida de la capacidad laboral o de la muerte, será calificado por la institución prestadora de servicios de salud que atendió a la persona por motivo de la contingencia en primera instancia y por la entidad administradora de riesgos profesionales en segunda. Cuando se presenten discrepancias por el origen, éstas serán resueltas por la junta integrada por representantes de las entidades administradoras de salud y riesgos profesionales.

Cada una de las citadas entidades, así como la junta integrada por las entidades promotoras de salud y administradoras de riesgos profesionales, contarán con un plazo máximo de treinta (30) días calendario para cumplir el procedimiento descrito y comunicar su decisión sobre el origen de la contingencia al empleador, al trabajador y a los demás interesados"

Por otra parte y no menos importante esta lo expuesto por el Decreto 1352 de 2013 que en su Capítulo IV Artículo 29 cita a) Si transcurridos treinta (30) días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral aún no ha sido calificado en primera oportunidad, en todos los casos, la calificación no podría pasar de los quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, caso en el cual tendrá derecho a recurrir directamente a la Junta Regional.

Como se puede notar cumpla a cabalidad lo que expresan las leyes y artículos antes mencionados ya que ha transcurrido más de treinta (30) días desde que la AFP COLPENSIONES y COOMEVA EPS recibieron toda la documentación para la calificación de PCL y llevo más 180 días de haber sido diagnosticada mis enfermedades, de igual manera doscientos siete (207) días continuos de incapacidad y las patologías anteriormente descritas no han sido calificadas, lo anterior quiere decir que tengo el derecho de solicitarles a ustedes Junta de Calificación de Invalidez del Cesar me realice calificación integral que consta de Origen y PCL.

Es de aclarar, que a la fecha, es decir, 27 de Marzo de 2017 tengo CIENTO SETENTA Y NUEVE (179) días de incapacidad continua y la AFP COLPENSIONES y COOMEVA EPS han hecho caso omiso a las solicitudes incoadas por el suscrito violando los derechos que tengo a que se me sea resuelta mi situación de salud, por tal razón solicito las siguientes:

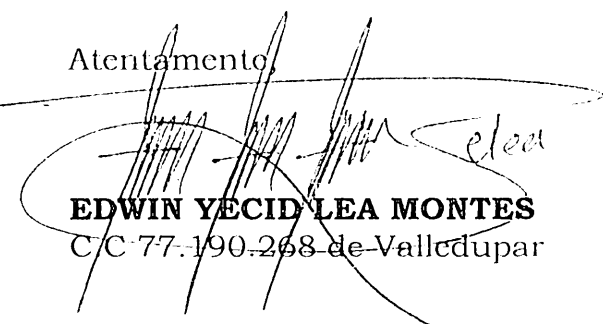
PRETENSIONES

Por lo anterior solicito a la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ - SECCIONAL CESAR realizar calificación integral de mis patologías determinando origen y PCL, para lo cual les aporlo las pruebas necesarias e idóneas que me permitan en mención acceder a mi reconocimiento pensional en relación con el puntaje del PCL, origen y fecha de Estructuración. Anexo toda la documentación que soporta mis patologías.

Una vez se emita el dictamen. Solicito notificar de manera oportuna a las partes interesadas en el proceso ARL COLMENA, AFP COLPENSIONES, EPS COOMEVA Y A LA UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

Agradezco la atención a la presente.

Atentamente,


EDWIN YECID LEA MONTES
C/C 77-190-268 de Valledupar

Notificación: Rosario Norte 1 Manzana E Casa 1 Valledupar – Cesar
Teléfono: 302-2904416

BBVA

DEPOSITO A ORDEN
DE ABOGADO

CA 0471170 Y/O CONSIGNACION
D.E. 2.1

CUBA - 11170000

NUMERO DE CUENTA: 0010-0734-29-00000000000000

FORMA DEL CLIENTE: DATOS DE CALIFICACION DE CREDITO

NO. CHEQUE

IMPORTE

IMPORTE EN LETRAS (CUB)

757,717.00

IMPORTE EN CONSIGNACION (CUB)

0.00

TOTAL DEL DEPÓSITO EN (CUB)

757,717.00

FIRMA
DEL CLIENTE

CANT. DE DOCUMENTOS: 0

SUMA:

2.00

SUBTOTAL: 757,717.00

2.00

FAYO RIVERA L. DIRECTOR

AUX. NO. 2
RECIBIDO
POR CONSIGNACION

- CLIENTE -

JUN/2013 2110841

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
77.190.268

NUMERO

LEA MONTES

APELLIDOS

EDWIN YECID

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
VALLEDUPAR
(CESAR)

16-SEP-1977

LUGAR DE NACIMIENTO

1.80

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

24-JUL-1996 VALLEDUPAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
ALBA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1200100-37 116205-M-0077190268-20040717

02199042010 03 128222463

Valledupar, 24 de Febrero de 2017

Señores
COOMEVA E.P.S
Ciudad

193
24 FEB 2017
4:40 PM

Asunto: **Solicitud de Calificación de Origen y Perdida de Capacidad Laboral con su respectivo concepto**

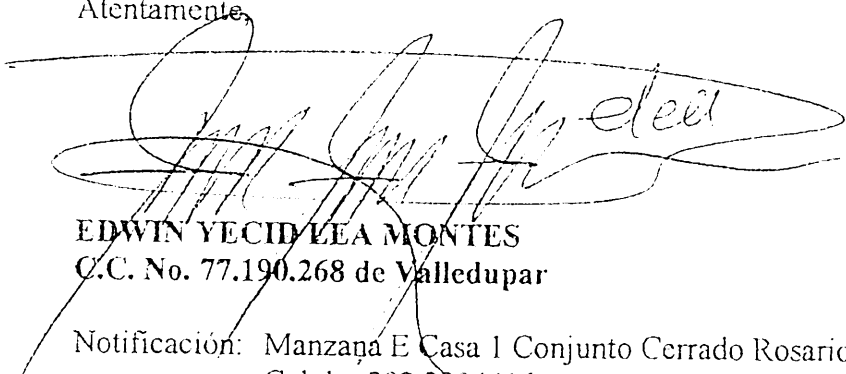
Por medio de la presente solicito a ustedes Realizar Calificación del Origen de mis Patologías las cuales son:

- Trastornos Depresivos Mayor, Episodio Moderado Concepto no favorable
- Hernia Cervical, Discopatía Cervical Degenerativa C3 C6 Concepto no favorable
- Fractura Lumbar L2 concepto no favorable.
- Hipertrofia Crónica obstructiva, Desviación de Cornetes, Hipertrofia Grado 3 de Amígdalas acompañado con trastornos y acnea del sueño Concepto médico de Otorrino no favorable.
- Por Fisiatría Lesión Radicular L5
- El médico internista me establece obesidad Grado 1, Hipertenso, Presión de Pulso de área elevada, Frecuencia Cardíaca inadecuada , Presión de pulso diurna elevada Concepto no favorable

En la actualidad por tener un total de ciento cuarenta y nueve días (149) días ininterrumpidos de estar incapacitado, solicito se me agilice el proceso y se me realice la Calificación de Origen y de Pérdida de Capacidad Laboral con sus respectivos conceptos.

Es de aclarar si transcurridos los treinta (30) días que establece el Decreto 1532 del 2013 ustedes no me realizan la Calificación que solicito mediante este escrito me veré en la obligación de solicitar a la Junta Regional de Invalidez Cesar – Guajira que realice la Calificación Integral la cual será sufragada por el suscrito y una vez se dicte el dictamen se enviara copia a ustedes señores Coomeva y así mismo a Colpensiones.

Atentamente,



EDWIN YECID LEA MONTES
C.C. No. 77.190.268 de Valledupar

Notificación: Manzana E Casa 1 Conjunto Cerrado Rosario Norte 1 Valledupar
Celular 302 2904416

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

No. Incapacidad: 10464474		Fecha Expedición: 2017-05-12		Ciudad: VALLEDUPAR	
DATOS AFILIADO					
Nombre Afiliado: EDWIN YECID LEA MONTES				Id: CC-77190268	
Empresa donde labora: UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR				Id: NI-892300285	
DATOS INCAPACIDAD / LICENCIA					
Origen: ENFERMEDAD GENERAL				Días solicitados: 30	
Diagnóstico principal:				Código: F339	
Diagnóstico secundario:				Código:	
Prorroga ? SI		Accidente de tránsito? NO		Fecha Accidente:	
Fecha Inicial: 2017-05-05		Fecha Final: 2017-06-03		Días autorizados: 30	
				Días acumulados: 237	
DATOS DEL MÉDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO					
Nombre Profesional: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO				Reg. Profesional: 70795	
Especialidad: PSIQUIATRIA				Ciudad Prestador: VALLEDUPAR	
Razón Social prestatario: SINERGIA UNIDAD BASICA ALF LOPEZ P P R				Id: NI-900363673	
RECONOCIMIENTO ECONÓMICO					
Días reconocidos: 0				Tipo Salario: FIJO	
% liquidación 0				IBC: 976,000	
NOTAS ACLARATORIAS					
La incapacidad acumuló 180 días, debe remitirse a la Administradora de Fondo de Pensiones del afiliado. (Art. 227 del Código Sustantivo del Trabajo) /				ARMANDO CARLOS BARROS MORILL Oficina: VALLEDUPAR Firma autorización Eps	

Mod. Febrero/2007

EMPLEADOR

EPS-FT-448

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD O LICENCIA

No. Incapacidad: 10464474		Fecha Expedición: 2017-05-12		Ciudad: VALLEDUPAR	
DATOS AFILIADO					
Nombre Afiliado: EDWIN YECID LEA MONTES				Id: CC-77190268	
Empresa donde labora: UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR				Id: NI-892300285	
DATOS INCAPACIDAD / LICENCIA					
Origen: ENFERMEDAD GENERAL				Días solicitados: 30	
Diagnóstico principal:				Código: F339	
Diagnóstico secundario:				Código:	
Prorroga ? SI		Accidente de tránsito? NO		Fecha Accidente:	
Fecha Inicial: 2017-05-05		Fecha Final: 2017-06-03		Días autorizados: 30	
				Días acumulados: 237	
DATOS DEL MÉDICO O IPS PRESTADOR DEL SERVICIO					
Nombre Profesional: ALEX SANDRO MINDIOLA ROMERO				Reg. Profesional: 70795	
Especialidad: PSIQUIATRIA				Ciudad Prestador: VALLEDUPAR	
Razón Social prestatario: SINERGIA UNIDAD BASICA ALF LOPEZ P P R				Id: NI-900363673	
RECONOCIMIENTO ECONÓMICO					
Días reconocidos: 0				Tipo Salario: FIJO	
% liquidación 0				IBC: 976,000	
NOTAS ACLARATORIAS					
La incapacidad acumuló 180 días, debe remitirse a la Administradora de Fondo de Pensiones del afiliado. (Art. 227 del Código Sustantivo del Trabajo) /				ARMANDO CARLOS BARROS MORILL Oficina: VALLEDUPAR Firma autorización Eps	

Mod. Febrero/2007

AFILIADO

EPS-FT-448

A 175

Valledupar, 15 de Febrero de 2017

Señores:

A.F.P

COLPENSIONES

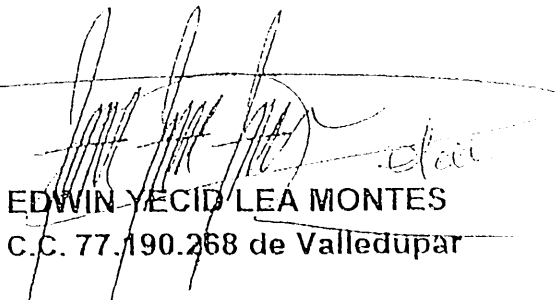
Valledupar



Referencia: AVISO DE CALIFICACION

EDWIN YECID LEA MONTES, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía 77.190.268 de Valledupar, domiciliado y residenciado en esta ciudad, Por medio del presente oficio y con fundamento en el Decreto 1352 de 2013 que en su Capítulo IV Artículo 29 cita a) Si transcurridos treinta (30) días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral aún no ha sido calificado en primera oportunidad, caso en el cual tendrá derecho a recurrir directamente a la Junta, informo, que he decido adelantar el trámite de emisión del dictamen sufragándolo por mis propios medios, por lo que les aviso que será la junta la que estará notificando el respectivo resultado.

Atentamente,


EDWIN YECID LEA MONTES
C.C. 77.190.268 de Valledupar

Recibiré notificaciones en la Manzana E Casa 1 Rosario Norte 1 y/o en el teléfono: 3022904416.

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13A No. 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)

Tel.: 5846423. Cel.: 3012009076. Nit. No. 824.003.600 – 2

E-mail: juntainvcesar@hotmail.com

PONENCIA DEL CASO DEL PACIENTE: EDWIN YESID LEA MONTES

C. C. No. 77. 190. 268

DICTAMEN No. 6669

ENTIDAD REMITENTE: PARTICULAR (AFP COLPENSIONES)

Paciente de 39 años de edad, de Ocupación Docente Universitario, Abogado de Profesión, con cuadro de aproximadamente un año de evolución de dolor en región lumbosacra que se irradia a miembro inferior derecho, con dificultad para la marcha. Tiene RMN de columna lumbar del 28 de septiembre del 2016 que reportó: disminución de altura de L2 con cambio sugerente de fractura, deshidratación con abombamiento de L1-L2 y L2-L3 con estrechez de los espacios intervertebrales, protrusión L4-L5 con disminución de amplitud del foramen neural. Neurocirugía diagnóstica Radiculopatía lumbar derecha más fractura patológica de L2 y hernias discales L4-L5 y L5-S1, indica cirugía. Valorado también por neurocirugía por dolor cervical irradiado a hombros, se ordena RMN de columna cervical la cual se realiza el día 25 de enero del 2017 y que mostró Espondiloartrosis y discopatía degenerativa con múltiples compresiones extradurales, hipertrofia con estenosis parcial foraminal C4-C5 bilateral y C5-C6 y C6-C7 derechas. Valorado por Medicina Interna por hipertensión arterial, está tomando medicamentos específicos. EMG de MMII del 21 de octubre del 2016 reportó: lesión radicular L5 derecha. Se documenta en HC que desde hace varios meses viendo siendo valorado por psiquiatría por presentar angustia, temor a quedar inválido, desesperación, depresión marcada, sueño irregular no reparador, irritabilidad, intolerancia, discusiones frecuentes con la esposa, se diagnostica trastorno depresivo mayor episodio moderado, trastorno del sueño, trastorno por dolor asociado a enfermedad médica. El paciente solicita por esta Junta calificación integral de sus patologías luego de haberla solicitado a su AFP Colpensiones sin obtener respuesta alguna.

Actualmente manifiesta presentar dolor en región lumbosacra irradiado a MID con sensación de inestabilidad en éste acompañado de calambres y hormigueo, el dolor se incrementa al agacharse y al levantarse, agrega también presentar dolor en región cervical irradiado a hombros y ambos miembros superiores con disminución de la fuerza de estos, dice estar tomando medicación para el tratamiento de la hipertensión arterial, refiere que a pesar del tratamiento psiquiátrico continúa presentando insomnio, angustia y temores a quedar inválido a raíz de sus trastornos osteomusculares.

Examen físico:

Paciente en aparentes buenas condiciones generales.

Se observa ansiedad con facies de tristeza.

Hay restricción moderada a severa de los movimientos de la columna lumbar.

Camina con ligera dificultad y dice que no puede caminar en talón y punta de pies.

Hay restricción severa para los movimientos de la columna cervical.

177

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13A No. 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)
Tel.: 5846423. Cel.: 3012009076. Nit. No. 824.003.600 – 2
E-mail: juntainvcesar@hotmail.com

PONENCIA DEL CASO DEL PACIENTE: EDWIN YESID LEA MONTES

C. C. No. 77. 190. 268

DICTAMEN No. 6669

ARGUMENTACIÓN

Paciente de 39 años de edad, de Ocupación Docente Universitario, Abogado de Profesión, con cuadro de aproximadamente un año de evolución de dolor en región lumbosacra que se irradia a miembro inferior derecho, con dificultad para la marcha. Tiene RMN de columna lumbar del 28 de septiembre del 2016 que reportó: disminución de altura de L2 con cambio sugerente de fractura, deshidratación con abombamiento de L1-L2 y L2-L3 con estrechez de los espacios intervertebrales, protrusión L4-L5 con disminución de amplitud del foramen neural. Neurocirugía diagnóstica Radiculopatía lumbar derecha más fractura patológica de L2 y hernias discales L4-L5 y L5-S1, indica cirugía. Valorado también por neurocirugía por dolor cervical irradiado a hombros, se ordena RMN de columna cervical la cual se realiza el día 25 de enero del 2017 y que mostró Espondiloartrosis y discopatía degenerativa con múltiples compresiones extradurales, hipertrofia con estenosis parcial foraminal C4-C5 bilateral y C5-C6 y C6-C7 derechas. Valorado por Medicina Interna por hipertensión arterial, está tomando medicamentos específicos. EMG de MMII del 21 de octubre del 2016 reportó: lesión radicular L5 derecha. Se documenta en HC que desde hace varios meses viendo siendo valorado por psiquiatría por presentar angustia, temor a quedar inválido, desesperación, depresión marcada, sueño irregular no reparador, irritabilidad, intolerancia, discusiones frecuentes con la esposa, se diagnostica trastorno depresivo mayor episodio moderado, trastorno del sueño, trastorno por dolor asociado a enfermedad médica. El paciente solicita por esta Junta calificación integral de sus patologías luego de haberla solicitado a su AFP Colpensiones sin obtener respuesta alguna.

Se califica por esta Junta:

1. Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales (Deficiencia de la columna lumbar),
2. Otros trastornos del disco cervical (Deficiencia de la columna cervical),
3. Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes [Trastornos del humor (trastorno depresivo clase II)] y,
4. Hipertensión arterial esencial (primaria) [Deficiencia por hipertensión arterial].

Lo que le produce una P.C.L. de 65.20% de origen **ENFERMEDAD COMÚN** y fecha de estructuración el 28 de septiembre del 2016.

10
178

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13A # 14 - 93 Barrio Obrero (Valledupar - Cesar)

Tel.: 5846423 - 5844833 Cel. 3012009076

Nit. No. 824.003.600 - 2

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha Dictamen:	DD/ 11	MM/ V	AAAA/ 2017	Número de dictamen: 6669		
Motivo de solicitud:	Primera Oportunidad:			Primera Instancia: X	Segunda Instancia:	
Solicitante:	EPS	AFP	ARL	Empleador	Rama Judicial	Otro
	Afiliado X	Pensionado				
Nombre solicitante:	NIT/Documento de Identidad:			Teléfono(s):	Ciudad:	
Particular (AFP Colpensiones)	77.190.268			302 290 4416	Valledupar (Cesar)	
Dirección Solicitante:	Teléfono:			Correo Electrónico:	Ciudad:	
Manzana E Casa 1 Rosario Norte	302 290 4416				Valledupar (Cesar)	

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar			Nit: 824003600 - 2		
Dirección:	Teléfono:		E-mail:		Ciudad:
Calle 13A # 14 - 93	5846423 - 5844833				Valledupar

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado:	X						Beneficiario:					
Apellido(s):						Nombre(s):						
LEA MONTES						EDWIN YESID						
Documento de identificación:	NIU	RC	TI	CC	CE	No:	77.190.268					
				X								
Fecha de Nacimiento:	DD 16	MM IX	AAAA 1977			EDAD:						
						Años	Meses		Días			
						39						

ETAPAS DEL CICLO VITAL:

Bebes y niños menores de 3 años:

Población en Edad Económicamente activa: **X****ESCOLARIDAD:**

Analfabeta:

Básica: **X**Media: **X**

Tecnológica:

Otros:

Dirección:

Calle 11 N° 10-48

Teléfono(s):

301 497 50 15**ESTADO CIVIL:**

Soltero:

Separado:

En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:

Nombre y Apellidos:

Edwin Yesid Lea Montes

Documento de Ident

77. 190. 268

En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudier

Nombre y Apellidos

Documento de Identidad:

AFILIACION AL SISS**Régimen en
Salud:**

Contributivo:

X

Subsidiado:

Administradoras:

EPS:

EPS COOMEVA

AFP:

AFP COLPENSIONE

Nombre – Email

Nombre – Email

y adolescentes:

os mayores:

colar: **X**Primaria: **X**

sitaria:

X

Post Grados:

:

Electrónico:

Ciudad:

**Valledupar
(Cesar)**

Unión Libre:

X

Otros:

fono(s):

302 290 4416

Ciudad:

**Valledupar
(Cesar)**

Responsable:

Teléfono(s)

Ciudad:

ado:

Magisterio

COLMENA

Otros:

--

re – Email

Nombre – Email

II. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO			
Independiente:		Dependiente:	
		X	
Nombre del Trabajo/empleo:		Ocupación:	Código CIUO:
--		Abogado	
Nombre Actividad Económica:		Clase:	
--			
Nombre de la Empresa:		NIT/CC	
INDEPENDIENTE			
No Aplica:		--	

5. RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO- (Descripción)

Historial Clínico:	X
Estudios clínicos:	X
Pruebas objetivas:	
Examen físico:	X
Otras interconsultas:	X

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULOS I y II

TITULO I

CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

[illegible]

No	NOMBRE DE DEFICIENCIA	Clase funcion						
		No Tabla	Clase	CFP ó FU	CFM1	CFM2	CFM3	A Tc De
1	M51.8	15.3						
2	M50.8	15.1						
3	F34.8	13.2						
4	I10X	2.6						
5								
6								

CFP: Clase Factor principal

CFM: Clase Factor Modulador

CFU: Clase Factor único

Formula : Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP)+(CFM2-CFP)+(CFM2-CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinación de valores:

$$A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$$

A: Deficiencia de mayor valor

B: Deficiencia de menor valor

CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA - PONDERADA:	% Total deficie

TITULO II

VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL

Personas en edad económicamente activa (incluye menores trabajadores)

ROL LABORAL

1	Restricciones del rol laboral
2	Restricciones autosuficiencia económica
3	Restricciones en función de la edad cronológica

Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica

4	CALIFICACIÓN OTRAS AREAS
---	--------------------------

Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y dependencia

CLASE	VALOR	
A	0.0	No hay dificultad, no dependencia
B	0.1	Dificultad leve no dependencia
C	0.2	Dificultad moderada-dependencia moderada

entual

resultado	CAT	Domina ncia	% Total Deficiencia (F. Baltazar, sin ponderar)
% Deficien cia			
20	0		20
18	0		18
40	0		40
24	0		24

lerar) X	%
	35.10

AS AREAS OCUPACIONALES

ensionados, adultos mayores que trabajan)

10	15	20	25	
		X		20.0
1,5	2	2,5		
		X		2.5
1	1,5	2	2,5	
			X	2.5
10%).				25.00%

ALES (AVD)

Dificultad severa- dependencia severa

Dificultad completa- dependencia completa

COD	AREA OCUPACIONAL												TOTAL
d1	Tabla 6	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d110	d115	(d140-145)	d150	d163	d166	d170	d172	d175	d1751	
			1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	
													0
d3	Tabla 7	Comunicación	d310	d315	d320	d325	d330	d335	d345	d350	d355	d360	
			2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	2.11	
													0
0.3	Tabla 8	Movilidad	d410	d415	d430	d440	d445	d455	d460	d465	d470	d475	
			3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	
			0.3	0.3				0.3			0.3	0.3	1.5
d5	Tabla 9	Auto cuidado-cuidado personal	d510	d520	d530	d540	d5401	d5402	d550	d560	d570	d5701	
			4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	
					0.3	0.3	0.3				0.3	0.3	1.5
d6	Tabla 10	Vida domestica	d610	d620	d6200	d630	d640	d6402	d650	d660	d6504	d6506	
			5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	
						0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	2.1
	Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20 %)												5.1%

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa

30.10%

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Pérdida de Capacidad Laboral = TITULO I -Valor Final Ponderada + TITULO II -Valor Final.

VALOR FINAL DE LA PCL/OCUPACIONAL %

= (35.10 + 30.10)%

65.20%

DD/

MM/

AAAA

ORIGEN:

FECHA

ACCIDENTE:

DD

MM

AAAA

FECHA DE ESTRUCTURACION:

28 - IX - 2016

Sustentación: Esta Junta considera que esta es la fecha de estructuración, la cual corresponde a la pérdida de su capacidad laboral.

Accidente:

SI

NO

Laboral

X

Común

X

Enfermedad:

SI

NO

Laboral

X

Común

X

ALTO COSTO
/CATASTRÓFICA

CLASIFICACION CONDICION DE SALUD-TIPO DE EI

REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI		
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		
TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICIENCIA:	DEGENERATIVA:		

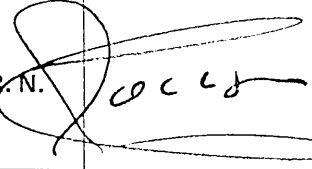
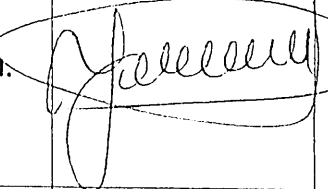
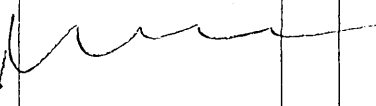
8. GRUPO CALIFIC

GRUPO MEDICO INTERDISC

		Nombre	Cé
1	Médico Principal	CARLOS ARTURO MONTERO ARAUJO	70.0
2	Médico Principal	EDUARDO MARRUGO CASTELLÓN	9.0
3	Psicólogo(a)	YAMILE PÉREZ DOMÍNGUEZ	49.7
4	Director Administrativo y Financiero de la Junta	MARIANO DE JESÚS AMARIS CONSUEGRA	77.0

(marcar con una X)

PROGRESIVA:	X
-------------	---

Registro Médico	Firma
2570 R. N.	
2526 R. N.	
1510 R. N.	
71699 C. S. J.	

Notif. Dictamen

13/8/

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

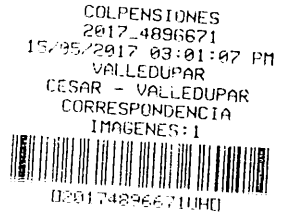
Calle 13ª # 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)

Tel: 5 84 64 23 – 584 76 89. Cel. 3012009076

Nit. No. 824.003.600 – 2

Valledupar, 12 de mayo de 2017

SEÑOR:
GERENTE COLPENSIONES
ATN. OFICINA DE MEDICINA LABORAL
VALLEDUPAR
E. S. D.



REF: NOTIFICACION DE CITACION PARA NOTIFICACION DE DICTAMEN

Actuando en mi calidad de Director Administrativo y Financiero de la junta regional de calificación de invalidez del cesar y de acuerdo a lo estipulado en el Art. 41 del Decreto 1352 del 2013. Me permito enviarle la relación de los dictámenes emitidos por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar para que proceda a NOTIFICARSE el Representante legal o su apoderado debidamente autorizado, una vez recibida la respectiva citación. Le recuerdo que de acuerdo a la normatividad vigente USTED dispone de cinco (5) días hábiles para presentarse en las instalaciones de la Junta regional, una vez recibida la citación, la cual se ubica en la Calle 13ª No. 14 – 93 Barrio Obrero de Valledupar (Cesar), tel. 5846423 y en caso de no presentarse vencidos los términos anteriormente mencionados, se fijara un edicto en cartelera durante diez (10) días hábiles. Una vez vencido ese tiempo, el dictamen queda en firme y ejecutoriado. A continuación se relaciona la lista de casos:

DICTAMEN No.	NOMBRE DEL PACIENTE	CÉDULA	REMITE	FECHA DE EMISIÓN
6558	Luisa Morales Gómez	36.486.647	A.R.L. Positiva	21 -III- 2017
6587	Thomas Izquierdo Suarez	77.019.824	A.R.L. Colmena	04 -IV- 2017
6588	Yenny García Pico	1.098.628.136	A.R.L. Positiva	04 -IV- 2017
6593	Libardo Martínez Meneses	77.033.263	A.R.L. Positiva	04 -IV- 2017
6599	José Manuel Rojas	12.455.946	Nueva EPS	05 -IV- 2017
6602	Luis Romero Muñoz	78.298.099	A.R.L. Colmena	05 -IV- 2017
6611	Esdrubal Pérez Gil	12.641.049	A.R.L. Sura	20 -IV- 2017
6615	Ruth Cabana Castilla	42.495.852	Nueva EPS	20 -IV- 2017
6616	Jesús Vallejo Miele	80.492.226	A.R.L. Colmena	20 -IV- 2017
6628	Armengol Narváez Suarez	77.156.334	A.R.L. Sura	27 -IV- 2017
6632	Amelis Romero Montero	49.759.133	Nueva EPS	02 -V- 2017
6636	Oscar Del Toro Gómez	77.027.598	A.R.L. Positiva	02 -V- 2017
6639	Israel Segundo Aragón	77.028.173	A.R.L. Colmena	02 -V- 2017
6645	Nixon Vásquez Espinel	77.131.106	A.R.L. Positiva	02 -V- 2017
6669	Edwin Yesid Lea Montes	77.190.268	Particular (Colpensiones)	11 -V- 2017

Atentamente,

MARIANO AMARIS CONSUEGRA

Director Junta de Calificación de Invalidez del Cesar

4 132

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13A No. 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)

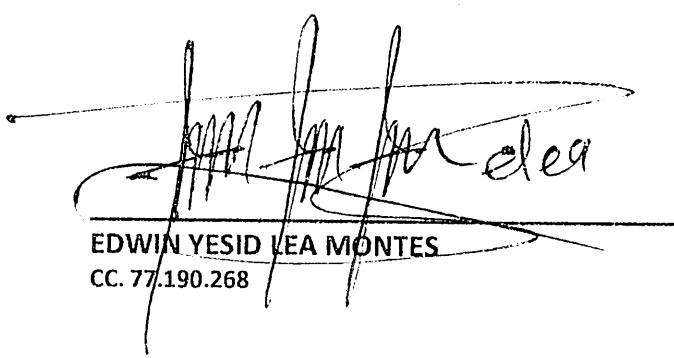
Tel.: 5 84 76 89 – 5 84 64 23. Cel.: 3012009076

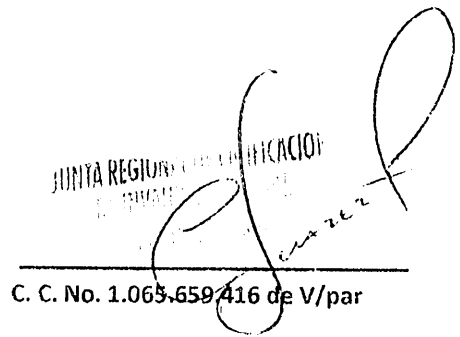
NIT. No. 824.003.600 - 2

En Valledupar, a (los) Doce (12) días del mes de Mayo del año 2017, se notificó personalmente el (la) señor **EDWIN YESID LEA MONTES** identificado con cedula de ciudadanía número 77.190.268 en calidad de calificado del Dictamen No. 6669, emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar del cual se le hace entrega de un (1) Dictamen en Cuatro (4) folios.

FIRMA NOTIFICADO:

NOTIFICADOR


EDWIN YESID LEA MONTES
CC. 77.190.268


C. C. No. 1.065.659.416 de V/par

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13A # 14 - 93 Barrio Obrero (Valledupar - Cesar)

Tel: 5 84 64 23 - 584 76 89. Cel: 3012009076

Nif. No. 824.003.600 - 2

Valledupar, 10 de Mayo de 2017

SEÑOR:

GERENTE EPS COOMEVA

ATN. OFICINA DE MEDICINA LABORAL

VALLEDUPAR

E.

S.

D.

E
12:17Pm

REF: NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN.

De acuerdo a lo estipulado en el Art. 41 del Decreto 1352 del 2013, me permito notificarle de Dictamen(es) Original(es) perteneciente(s) a su afiliado (s), emitido por La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, el(los) cual(es) fue(ron) solicitado por la ENTIDAD REMITENTE.

DICTAMEN No.	NOMBRE DEL PACIENTE	CÉDULA	REMITE	FECHA DE EMISIÓN
6669	Edwin Yesid Lea Montes	77.190.268	Particular (Colpensiones)	11 -V - 2017

Atentamente,

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

MARIANO AMARIS CONSUEGRA

Director Junta de Calificación de Invalidez del Cesar

C. C. No. 77.010.734 de Valledupar (Cesar)

I. P. No. 71699 del C. S. J.

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13A # 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)

Tel: 5 84 64 23 – 584 76 89. Cel: 3012009076

Nit. No. 824.003.600 - 2

Valledupar, 10 de Mayo de 2017

SEÑOR:

GERENTE UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

ATN. OFICINA DE RECURSOS HUMANOS

VALLEDUPAR

E.

S.

D.

Universidad Popular del Cesar
Grupo Archivo y Correspondencia

15 MAY 2017

Fecha: 15 MAY 2017

Hora: 2:30 p.m.

Por: [Firma]

(Firma)

REF: NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN.

De acuerdo a lo estipulado en el Art. 41 del Decreto 1352 del 2013, me permito notificarle de Dictamen(es) Original(es) perteneciente(s) a su afiliado (s), emitido por La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, el(los) cual(es) fue(ron) solicitado por la ENTIDAD REMITENTE.

DICTAMEN No.	NOMBRE DEL PACIENTE	CÉDULA	REMITE	FECHA DE EMISIÓN
6669	Edwin Yesid Lea Montes	77.190.268	Particular (Colpensiones)	11 -V - 2017

Atentamente,

REGIONAL DE CALIFICACION

MARIANO AMARIS CONSUEGRA

Director Junta de Calificación de Invalidez del Cesar

C. C. No. 77.010.734 de Valledupar (Cesar)

T. P. No. 71699 del C. S. J.

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR
 Calle 13A # 14 – 93 Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)
 Tel: 5 84 64 23 – 584 76 89. Cel: 3012009076
 Nit. No. 824.003.600 - 2

Valledupar, 10 de Mayo de 2017

SEÑOR:
GERENTE A.R.L. COLMENA
ATN. OFICINA DE MEDICINA LABORAL
VALLEDUPAR
 E. S. D.



15 MAY 2017
 SUCURSAL VALLEDUPAR
 RECIBIDA PARA ESTUDIO EN
 LA FECHA Y HORA INDICADA

REF: NOTIFICACIÓN DE DICTAMEN.

De acuerdo a lo estipulado en el Art. 41 del Decreto 1352 del 2013, me permito notificarle de Dictamen(es) Original(es) perteneciente(s) a su afiliado (s), emitido por La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, el(los) cual(es) fue(ron) solicitado por la ENTIDAD REMITENTE.

DICTAMEN No.	NOMBRE DEL PACIENTE	CÉDULA	REMITE	FECHA DE EMISIÓN
6669	Edwin Yesid Lea Montes	77.190.268	Particular (Colpensiones)	11 – V – 2017

Atentamente,

REGISTRADO

MARIANO AMARIS CONSUEGRA
 Director Junta de Calificación de Invalidez del Cesar
 C. C. No. 77.010.734 de Valledupar (Cesar)
 T. P. No. 71699 del C. S. J.

Solicitud Ejecutoria

18

186

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN
DE INVALIDEZ DEL CESAR

Valledupar, 08 de Junio de 2017

Carlos Saez
08-Junio-17

Señores

Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar
Valledupar

ASUNTO: Solicitud entrega de certificación de ejecutoria y/o solicito copia de apelación si algunas de las entidades apelaron.

Cordial saludo,

Por medio de la presente solicito certificación de ejecutoria del dictamen N° 6669 emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, quien me otorgo una Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) de 65.20% de origen Enfermedad Común y fecha de estructuración 28 de Septiembre de 2016.

Si algunas de las entidades apelo el dictamen en mención, respetuosamente solicito se me entregue copia legible de la apelación presentada.

Notificaciones: Manzana 73 Casa 11 Garupal 3era etapa en la ciudad de Valledupar y/o en el teléfono: 3022904416.

Atentamente,


EDWIN YECID LEA MONTES

C.C. 77.190.268 de Valledupar

Respuesta a solicitud Ejec.

187

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR
Calle 13A No. 14 – 93. Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)
Tel.: 5 84 64 23 Cel: 301 200 90 76
Nit. No. 824.003.600 – 2.

SEÑOR:
EDWIN LEA MONTES
VALLEDUPAR
E. S.

M. Rafael Ricardo Cortez Ríos
1065643323...

MARIANO AMARIS CONSUEGRA, mayor de edad, identificado con C. C. No. 77.010.734 expedida en Valledupar, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 71699 del C. S. J. actuando en mi calidad de Representante legal de La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, en atención a su requerimiento con el presente escrito le allego copia del recurso de reposición en subsidio de apelación presentado por Colpensiones contra el dictamen No. 6669.

Adjunto con este escrito copia del recurso de reposición en subsidio apelación.


MARIANO AMARIS CONSUEGRA
Director Junta de Calificación de Invalidez Cesar
C. C. No. 77.010.734 de Valledupar
T. P. No. 71699 del C. S. de la J.

Recurso Rep y Apel. Colpensiones

188

Doctor
Mariano de Jesús Amaris Consuegra
Director Administrativo y Financiero
Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar
Calle 13 A # 14 – 93 Barrio Obrero
Valledupar (Cesar)

JUNTA REGIONAL

02 de Junio de 2017

Ref: Recurso de Reposición y en subsidio de Apelación.

Adriana Murcia Arenas identificada con cédula de ciudadanía 52.645.586 actuando de conformidad al Poder General conferido por la Administradora Colombiana de Pensiones Colpensiones mediante la Escritura Pública Nro 656 del 30 de marzo de 2017 de la Notaria Quinta del Circulo de Bogotá D.C., en el cual se me faculta para realizar las actuaciones necesarias para la presentación de los recursos contra los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales y Nacional y encontrándome **dentro de los términos legales** manifiesto que presentó Recurso de Reposición y en Subsidio de Apelación contra el Dictamen 6669 del 11 de mayo de 2017 con fundamentos en los siguientes

FUNDAMENTOS DE HECHO

1. El señor Edwin Yecid Lea Montes identificado con cc 77190268 se encuentra afiliado a la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones desde 1º de octubre de 2009.
2. El día 7 de febrero de 2017 mediante radicado 2017_1286127 la Entidad Promotora de Salud Coomeva EPS, en cumplimiento de lo señalado en los párrafos 5º y 6º del artículo 142 del Decreto 019 de 2012, remitió a este fondo de pensiones al señor Edwin Yecid Lea Montes "(...) para el reconocimiento del subsidio económico por incapacidad temporal a partir del día 181, de acuerdo al Decreto 109 de 2012 artículo 142. Lo anterior motivado en el hecho que presenta una enfermedad que ha generado **incapacidad continúa por 119 días y concepto favorable de rehabilitación**. Se adjunta para la gestión a cargo de COLPENSIONES (...)" Negrillas fuera de Texto
3. La EPS Coomeva anexó en el mismo oficio remisorio, señalado en el párrafo anterior, un **único** Concepto de Rehabilitación del señor Edwin Yecid Lea Montes de fecha 23 de enero de 2017, en el cual se dijo, en síntesis, lo siguiente: A) El tratamiento (procedimiento, rehabilitación, estudios complementarios) **NO** se encuentra terminado. B) El Diagnostico Clínico es un Trastorno Depresivo Recurrente No Especificado. C) Concepto de Rehabilitación Médico Laboral: **FAVORABLE**. D) De manera específica el paciente se remitió, de acuerdo con el Decreto 019 del 2012, Artículo 142: **"Por concepto favorable de rehabilitación, prorroga de incapacidad mayor a 180 días, reconocer subsidio económico."** Negrillas fuera de texto
4. El afiliado Edwin Yecid Lea Montes, invocando el artículo 29 de literal a) del Decreto 1352 de 2013 acudió directamente ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar,

anexando 267 folios de Historia Clínica, sin anexar el documento médico que por Ley (párrafos 5º y 6º del artículo 142 del Decreto 019 de 2011) y por vía jurisprudencial tiene la potestad de definir si procede al calificación de la pérdida de capacidad laboral o si por el contrario ésta se posterga y en su lugar se reconoce un subsidio económico por incapacidad hasta máximo 360 días calendario.

5. La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, omitió el deber de revisar la oportunidad y pertinencia de la solicitud de acudir directamente ante la junta regional por parte del señor Edwin Yecid Lea Montes. Lo anterior bajo el entendido, que el artículo 31 del Decreto 1352 de 2013 estableció que cuando las solicitudes de calificación estén incompletas, deberá ser devuelta al solicitando y deberá otorgarle un término de 30 días para que allegue la solicitud completa, lo cual no se hizo en el presente caso ya que no allegó al expediente el Concepto de Rehabilitación Favorable expedido por la EPS y remitido tanto al afiliado como al Fondo de Pensiones en su debida oportunidad.
6. El día 15 de mayo de 2017 mediante Radicado 2017_ 4896671 la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar radicó el oficio para citación de notificación del Dictamen 6669 del 11 de mayo de 2017 expedido al afiliado, Edwin Yecid Lea Montes, el día 11 de mayo de 2017, a través del cual se le calificaron varias patologías, de las cuales Colpensiones no ha expedido el Concepto de Rehabilitación expedido por la EPS, excepto el del trastorno depresivo que es FAVORABLE y no ha culminado su proceso de rehabilitación.
7. A la fecha de presentación de este recurso el afiliado no se ha acercado a Colpensiones a solicitar el pago del subsidio económico por incapacidad a que tienen derecho quienes cuenta con Concepto de Rehabilitación Favorable.
8. El Dictamen 6669 del 11 de mayo de 2017 expedido al afiliado, Edwin Yecid Lea Montes, el día 11 de mayo de 2017, fue expedido desconociendo lo estipulado en las normas legales vigentes y de observancia obligatoria por parte de la junta regional, desconociendo el derecho que tiene la Administradora Colombiana de Pensiones, otorgado por la Ley, **para postergar el trámite de calificación de los afiliados que cuenten con concepto favorable de rehabilitación**, desconociendo su propio deber de exigir el Concepto de Rehabilitación expedido por la EPS, como lo estableció la Ley, para poder iniciar el trámite de calificación y desconociendo las normas de procedimiento (orden público) contenidas en el Decreto 1352 de 2013, tal y como se procede a explicar a continuación.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. En la expedición del Dictamen 6669 del 11 de mayo de 2017 no se tuvo en cuenta lo ordenado por el artículo 142 del Decreto 019 de 2012 el cual señala:

El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional (sic) de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto.

De la norma citada se concluye que el inicio del trámite de calificación es un asunto regulado por la Ley sin que exista lugar a desconocerlo o modificarlo, según el capricho de cada cual. Bajo este entendido es **obligatorio por mandato legal**, que para los casos de enfermedad común:

1. La EPS remita el concepto de rehabilitación indicando si es Favorable o desfavorable la rehabilitación al fondo de Pensiones antes del cumplirse el día 150 de incapacidad. En este caso se hizo.
2. El fondo de pensiones **tenga derecho a ejercer la competencia legal para determinar si se inicia** el proceso de calificación o se posterga el trámite hasta máximo 540 días calendario. Lo anterior dependiendo si el concepto de rehabilitación es favorable o desfavorable.
3. Para aquellos eventos en que exista Concepto de Rehabilitación No Favorable, el Fondo de Pensiones debe calificar la pérdida de capacidad en primera oportunidad

No dispuso la norma, en ninguna parte, que existiendo Concepto de Rehabilitación Favorable de la EPS pueda el afiliado y mucho menos la junta de calificación iniciar el proceso de calificación y pueda desconocer el derecho que tiene el fondo de pensiones de postergar la calificación y en su lugar reconocer el subsidio económico.

2. En la expedición del Dictamen 6669 del 11 de mayo de 2017 no se tuvo en cuenta lo ordenado en el artículo 29 del Decreto 1352 de 2013 que establece:

- a) *"Si transcurridos treinta (30) días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral aún no ha sido calificado en primera oportunidad, en todos los casos, la calificación no podría pasar de los quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, caso en el cual tendrá derecho a recurrir directamente a la Junta."* Negrillas fuera de texto

Dejando muy claro que Colpensiones no tenía la obligación legal de iniciar el trámite de calificación en primera oportunidad, debido al concepto favorable remitido por la EPS en su momento, y partiendo de ese hecho se resalta que muy clara es la norma citada cuando dispone que los treinta días calendario deben contarse después de terminado el proceso de calificación y muy claro también es el Concepto de Rehabilitación que remitió la EPS cuando de manera literal en el formato del Concepto se dejó consignada la respuesta a la pregunta "El tratamiento del usuario (a) se encuentra terminado (procedimiento, rehabilitación, estudios complementarios)? Respondiendo con una X en la casilla NO. Quiere decir lo anterior que los 30 días calendario después del terminado el proceso de rehabilitación integral no se han cumplido y mucho menos puede empezar a contarse porque la rehabilitación no ha culminado y Colpensiones tiene un plazo, otorgado por la Ley, de 360 días calendario para que la rehabilitación se produzca. Sumando a lo anterior, el hecho que tampoco han transcurrido los 540 días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad ya que no hay un solo documento en la historia clínica que tenga como fecha el año 2015.

De lo anterior se concluye que lo establecido en el literal a) del artículo 29 del Decreto 1352 de 2013 aún no es una causal aplicable para que el afiliado pueda acudir directamente ante la junta regional a iniciar su proceso de calificación.

3. En la expedición del Dictamen 6669 del 11 de mayo de 2017 no se tuvo en cuenta lo ordenado en el artículo 31 del Decreto 1352 de 2013 que establece:

Solicitudes incompletas ante las Juntas de Calificación de Invalidez. Cuando la solicitud no esté acompañada de los documentos señalados en el artículo 30 del presente decreto, que son los requisitos mínimos que debe contener la calificación en primera oportunidad para solicitar el dictamen ante la Junta Regional y Nacional de Calificación de Invalidez, la correspondiente Junta, indicará al solicitante cuáles son los documentos faltantes a través de una lista de chequeo.

La lista de chequeo será firmada por el Director Administrativo y Financiero de la junta, debe contener el número de radicado y será devuelta al solicitante, en este caso el expediente no quedará en la Junta de Calificación de Invalidez sino seguirá en custodia del solicitante. Se otorgará un término de treinta (30) días calendario para que allegue el expediente completo, lapso durante el cual estará suspendido el término para decidir.

Independiente de que el afiliado acudiera directamente a la junta regional para iniciar su trámite de calificación, no por eso solo hecho la junta regional tenía la potestad de sustraerse de su deber legal de verificar que la solicitud de calificación incluyera al menos el Concepto de Rehabilitación

expedido por la EPS, teniendo la posibilidad no solo de solicitárselo al mismo afiliado, **que no lo allegó dentro de los 267 folios de la historia clínica** sino que también pudo habérselo solicitado tanto a la EPS como a Colpensiones. Omitiendo actuar con la certeza de que el trámite de calificación era procedente.

Como se puede ver la calificación fue surtida sin que hiciera parte del expediente el documento que la Ley ha establecido como elemento decisivo para que proceda la calificación o no.

4. En la expedición del Dictamen 6669 del 11 de mayo de 2017 se desconoció el derecho fundamental al debido proceso de Colpensiones.

La Corte Constitucional en la sentencia T 713 de 2014 estableció 4 reglas procedimentales básicas que rigen las actuaciones de las juntas de calificación y que conforman los contenidos mínimos del derecho fundamental al debido proceso en esta clase de procedimientos de expedición de dictámenes así:

*i) El trámite de la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral debe realizarse cuando las entidades competentes hayan culminado el tratamiento y rehabilitación integral o se compruebe la imposibilidad de su continuación. (; ii) La valoración del estado de salud de la calificada debe ser completa e integral, pues las juntas deberán proceder a realizar examen físico correspondiente, y al sustanciar y proferir el respectivo dictamen **deben tener en cuenta todos los aspectos médicos consignados en la historia clínica**, y ocupacional del paciente iii) Las decisiones adoptadas por las Juntas, si bien no constituyen actos administrativos, deben ser debidamente motivados, con explicación y justificación del diagnóstico clínico de carácter técnico científico, **soportado en la historia clínica y ocupacional del paciente, así como los fundamentos de hecho y de derecho** iv) Plena observancia de los derechos de defensa y contradicción en todo el trámite surtido ante la Junta, que se materializa en la posibilidad que tiene el paciente de controvertir la calificación o valoración médica relativa a la disminución de su capacidad laboral.*

De lo anterior se concluye que se desconoció la regla establecida por la Corte Constitucional en lo que ha culminación del tratamiento ha establecido la corte, al aspecto clínico que involucra la expedición del concepto de rehabilitación y se desconoció también el derecho de Colpensiones a postergar el trámite de calificación.

PETICIONES

Petición Principal:

1. Que la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar declare que no resultaba posible la calificación de la pérdida de capacidad laboral del afiliado Edwin Yecid Lea Montes, debido a la existencia del Concepto de Rehabilitación Favorable expedido por la EPS, el cual constituye un requisito legal para que sea procedente la calificación y/o por haberse tramitado la calificación sin la totalidad de la documentación necesaria, y/o por cualquier otra causal de las referidas en este documento o que encuentre la junta en su estudio.

Petición subsidiaria:

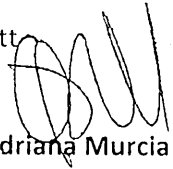
2. En el evento que no se acceda a la petición anterior se solicita que se remita el expediente ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez y en esta instancia se decida que no resultaba posible la calificación de la pérdida de capacidad laboral del afiliado Edwin Yecid Lea Montes, debido a la existencia del Concepto de Rehabilitación Favorable expedido por la EPS, el cual constituye un requisito legal para que sea procedente la calificación y/o por haberse tramitado la calificación sin la totalidad de la documentación necesaria, y/o por cualquier otra causal de las referidas en este documento o que encuentre la junta en su estudio.

Anexo

1. Concepto de Rehabilitación Favorable radicado por la EPS Coomeva en Colpensiones el día 7 de febrero de 2017.
2. Poder General conferido por Escritura Pública 656 del 30 de marzo de 2017.

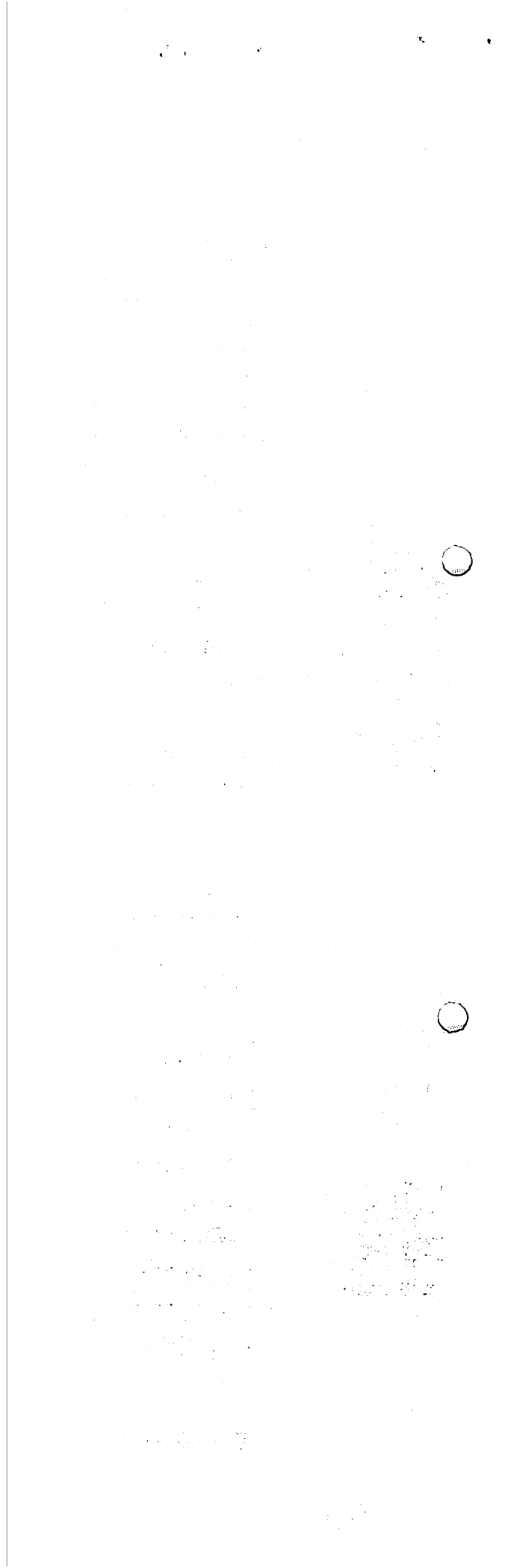
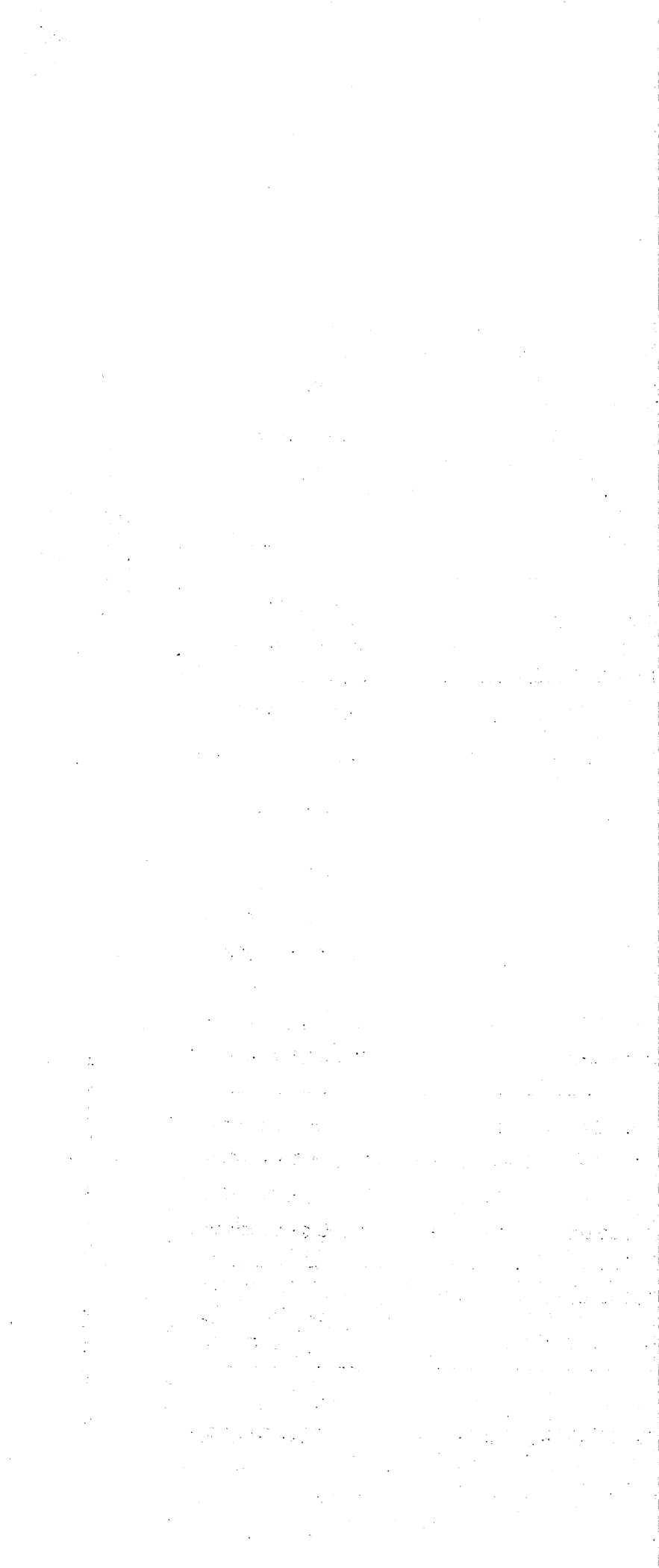
Se reciben las notificaciones en el correo juntaregional@colpensiones.gov.co o en la calle 73 # 10 – 70 de Bogotá D.C.

Att:


Adriana Murcia Arenas
 Medica Especialista en Medicina Laboral
 Cc 52.645.586 - RM. 1400

JUNTA REGIONAL

Adriana e
 02 junio - 2017





República de Colombia

1 656



Aa042173903

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ESCRITURA PÚBLICA NÚMERO: 656. _____
SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS. _____
FECHA DE OTORGAMIENTO: TREINTA (30) DE MARZO DE DOS MIL
DIECISIETE (2017). _____
OTORGADA EN LA NOTARÍA QUINTA (5a.) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

ACTO: CUANTÍA
PODER GENERAL: SIN CUANTÍA.

OTORGANTE(S):	IDENTIFICACIÓN
DE: ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	C.C.900.336.004-7
Representada por:	
ADRIANA MARÍA GUZMAN RODRÍGUEZ	C.C.51.937.181
A: LAURA MÚNERA VARGAS	C.C.1.037.617.602
CINDY PAOLA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ	C.C.1.082.909.556
EDGAR PULIDO CHAPARRO	C.C.19.460.088
ADRIANA STELLA MURCIA ARENAS	C.C.52.645.596
DIANA EUGENIA MARTÍNEZ PIÑEROS	C.C.51.975.727
GIOVANNI ANDRÉS ALONSO JIMENEZ	C.C.80.114.851

En la ciudad de Bogotá Distrito Capital, Departamento de Cundinamarca, República de Colombia, el TREINTA (30) DE MARZO DE DOS MIL DIECISIETE (2017), ante mí, ANDRÉS HIBER ARÉVALO PACHECO, NOTARIO QUINTO (5°) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C., se otorgó la escritura pública que se consigna en los siguientes términos: _____

ANDRÉS HIBER ARÉVALO PACHECO
NOTARIO QUINTO (5°) DE BOGOTÁ D.C.

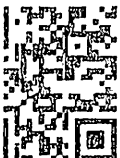
105431G00JGAG9GX

19/12/2016

Caderni SA 18.000.000.000



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



Ca214948033

27
195

ANDRÉS HIBER AREVALO PACHECO
NOTARIO QUINTO (5º) DE BOGOTÁ D.C.

Con minuta escrita y redactada por los interesados: _____

Compareció la Doctora **ADRIANA MARÍA GUZMÁN RODRÍGUEZ**, mayor de edad, de nacionalidad colombiana, identificada con cédula de ciudadanía 51.937.181 expedida en Bogotá (Distrito Capital), con domicilio y residencia en Bogotá, en su condición de Representante Legal Suplente de la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES**, con NIT. 900336004-7, calidad que acredita el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se protocoliza a través de la presente escritura para que haga parte de la misma, manifestó: Que en virtud del contrato de prestación de servicios profesionales No. 022 de 2015 celebrado entre **COLPENSIONES** y la Sociedad **ASESORÍAS Y SERVICIOS EN SALUD ASALUD LIMITADA**, cuyo objeto es contratar los servicios especializados para el desarrollo de los procesos de medicina laboral que conlleven la determinación de los derechos que le asisten a los afiliados y beneficiarios del RPM y todas las actividades relacionadas con el análisis técnico especializado derivados de los accidentes y enfermedades de origen común requeridos a **COLPENSIONES**, confiere poder general, amplio y suficiente a las siguientes personas, todas mayores de edad, de nacionalidad colombiana, abogados en ejercicio, identificados con las cédulas de ciudadanía que a continuación se relacionan: _____

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN PERSONAL	JUNTA REGIONAL
LAURA MUNERA VARGAS	1037617602 de Envigado	ANTIOQUIA
CINDY PAOLA BOHORQUEZ SANCHEZ	1082909556 de Santa Marta	MAGDALENA
EDGAR PULIDO CHAPARRO	19460088 de Bogotá	TODAS LAS JUNTAS
ADRIANA STELLA MURCIA ARENAS	52645596 de Bogotá	TODAS LAS JUNTAS
DIANA EUGENIA MARTINEZ PINEROS	51975727 de Bogotá	NACIONAL
GIOVANNI ANDRES ALONSO JIMENEZ	80114851 de Bogotá	NACIONAL

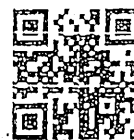
28
196



República de Colombia

3

656



042173904



ANDRES HIBER AREVALO PACHECO
NOTARIO QUINTO (5°) DE BOGOTÁ D.C.



Papel notarial para uso exclusivo de copias de escritura pública, certificaciones y documentos del archivo notarial.

COLOMBIA



Ca214948032

Para que en nombre y representación de la **ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES – COLPENSIONES**, NIT: 900336004-7, celebren y ejecuten los siguientes actos.-----

PRIMERO: A Laura Múnera Vargas la facultad de realizar las actuaciones necesarias para la notificación y retiro de los dictámenes emitidos por la Junta Regional de Antioquia y de las constancias de ejecutoria de los mismos, cuando a ello hubiere lugar.-----

SEGUNDO: A Cindy Paola Bohórquez Sánchez la facultad de realizar las actuaciones necesarias para la notificación y retiro de los dictámenes emitidos por la Junta Regional de Magdalena y de las constancias de ejecutoria de los mismos, cuando a ello hubiere lugar.-----

TERCERO: A Edgar Pulido Chaparró y Adriana Stella Murcia Arenas la facultad de realizar las actuaciones necesarias para la presentación de los recursos contra los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales y Nacional, cuando a ello hubiere lugar.-----

CUARTO: A Diana Eugenia Martínez Piñeros y Giovanni Andrés Alonso Jiménez la facultad de realizar las actuaciones necesarias para la notificación y retiro de los dictámenes emitidos por la Junta Nacional y de las constancias de ejecutoria de los mismos, cuando a ello hubiere lugar.-----

QUINTO: Que aceptan el Poder General otorgado mediante el presente instrumento público y se obligan a cumplir a cabalidad el mandato conferido.-----

SEXTO: Que se obligan a aplicar los lineamientos, manuales y protocolos determinados por la entidad. -----

10544KK-15XaXa5G

19/12/2016

Condensada

29
197

ANDRES HIBER AREVALO PACHECO
NOTARIO QUINTO (5°) DE BOGOTÁ D.C.

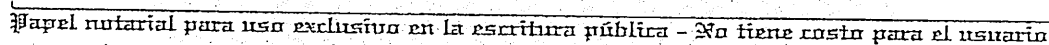
PARÁGRAFO: Se protocoliza hoja de Asignación de Reparto Notaria de fecha 13 de marzo de 2017 y Certificado de existencia y Representación Legal de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES- COLPENSIONES—

—HASTA AQUÍ LA MINUTA —

PARÁGRAFO 1: Ante la insistencia de los interesados, de conformidad con el Artículo 6° DECRETO 960 DE 1970 del Estatuto del Notariado, se procede a autorizar la presente escritura. —

PARÁGRAFO 2: El (la) (los) compareciente(s) hace(n) constar que ha(n) verificado sus nombres completos, los números de sus documentos de identidad y que todas las informaciones consignadas en el presente instrumento son correctas y en consecuencia, asumen la responsabilidad que se derive de cualquier inexactitud en los mismos. Conocen la Ley y saben que el Notario responde de la regularidad formal de los instrumentos que autoriza, pero no de la veracidad de las declaraciones de los interesados. —

El Notario no asume ninguna responsabilidad por errores o inexactitudes establecidos con posterioridad a la firma del(de los) otorgante(s) y de el notario. Las aclaraciones, modificaciones o correcciones que tuvieran que hacerse deberán ser subsanadas mediante el otorgamiento de una nueva escritura suscrita por el(los) que intervino(ieron) en la inicial y sufragada por él(ellos) mismo(s). (Artículo 9 y 102 Decreto Ley 960 de 1.970) . —



ANDRES HIBER AREVALO PACHECO
NOTARIO QUINTO (S) DE BOGOTÁ D.C.

EXTENDIDO, el presente instrumento público en las hojas de papel notarial
números: Aa042173903, Aa042173904, Aa042173905, Aa042173906. —

RECIBÍO:	RADICÓ:
DIGITÓ: GLADYS GIRALDO	Vº.Bº:
IDENTIFICÓ:	HUELLA(S) FOTO(S):
LIQUIDÓ 1:	CERRÓ: GLADYS GIRALDO
REV.LEGAL 1:	REV.LEGAL2:
ORGANIZÓ:	COPIAS:

RESOLUCIÓN 0451 DEL 20 DE ENERO/2017	
DERECHOS NOTARIALES	\$55.300
FONDO DE NOTARIADO Y REGISTRO	\$5.550
SUPERINTENDENCIA	\$5.550
IVA	\$56.938
RETEFUENTE	\$0

32
700



656



Bogotá, Marzo 13 del 2017

Señores
NOTARIA QUINTA DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
Bogotá – Distrito capital

Asunto: Asignación de reparto notarial.

Reciba un cordial saludo.

Por medio del presente solicitamos el favor de elaborar la escritura según la minuta adjunta, debido a las nuevas disposiciones de la ley 1796 del 2016 específicamente en su artículo 13, es necesario adelantar todo trámite de escrituración mediante el proceso de reparto notarial el cual está reglamentado mediante la resolución 7769 del 2016 de la Superintendencia de Notariado y Registro, por lo anterior se informa que mediante el reparto notarial realizado por la Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES, fue asignada la Notaria Quinta del circuito de Bogotá, para ejecutar el trámite de la escritura según lo dispuesto por la ley, se relaciona la clasificación y el registro de la solicitud según consigna en la base de datos creada para el seguimiento del reparto notarial como lo manda la SNR.

NOTARIA	OTORGANTE	ACEPTANTES	CATEGORIA	ACTO NOTARIAL	FECHA DE SOLICITUD
QUINTA DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ	ADRIANA MARIA GUZMAN RODRIGUEZ	LAURA MÚNERA VARGAS, CINDY PAOLA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ, EDGAR PULIDO CHAPARRO, ADRIANA STELLA MUÑOZ ARENAS, DIANA EUGENIA MARTÍNEZ PIÑEROS, GIOVANNI ANDRÉS ALONSO JIMÉNEZ	5*	PODER GENERAL MEDIANTE ESCRITURA PÚBLICA	13/03/2017

Agradezco, que una vez se proyecte la minuta por parte de la notaria, se autorice el traslado a la entidad para la toma de firma y huella por parte del otorgante.

Cordialmente,

P

JUANITA DURAN VELEZ
Directora de Procesos Judicial
Administradora Colombiana de Pensiones – COLPENSIONES

Contacto: Leonardo Lagos
Teléfonos: 2170100 Ext. 1477 – 314 4778907
Correo Electrónico: poderesjudiciales@colpensiones.gov.co

Elaboró: Leonardo Lagos – Analista IV
Revisó: Una María Sánchez – Master 8

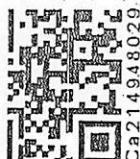
Ven por tu futuro

Centro de Atención Telefónica Nacional: 01 8000 41 09 09 - Centro de Atención Telefónica Nacional BEPS: 01 8000 41 07 77
Bogotá: 489 09 09 - Bogotá BEPS: 487 03 00 - Medellín 483 60 90
www.colpensiones.gov.co

ANDRES HIBER AREVALO PACHECO
NOTARIO QUINTO (5*) DE BOGOTÁ D.C.

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificaciones y documentos del archivo notarial.

VOTILADO - INFORMACIÓN INFORMATICA



Ca214948029

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13 A No. 14 – 93 Barrio Obrero – Valledupar Nit. No. 824.003.600 – 2

Telefax: 5 84 64 23 Celular 301 2009076

Email: juntainvcesar@hotmail.com

ACTA No. 2260

Mediante la cual se resuelve el Recurso de Reposición presentado por La Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES EICE contra el Dictamen No. 6669 de fecha 11 de Mayo de 2017, correspondiente a la calificación de PCL efectuada al paciente EDWIN YECID LEA MONTES, emitido por esta Junta de Calificación de Invalidez del Cesar.

En Valledupar, a los cinco (5) días del mes de Junio del año Dos Mil Diecisiete (2017) nos reunimos los Miembros Principales de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar y se evacuó el siguiente orden del día:

- 1) Verificación del Quórum
- 2) Aprobación del orden del día
- 3) Análisis y Discusión del Recurso de Reposición interpuesto por La Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES EICE" contra el Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación de PCL del señor EDWIN YECID LEA MONTES, emitido por esta Junta de Calificación de Invalidez del Cesar.

1) VERIFICACIÓN DEL QUORUM

Asistieron a la reunión los doctores CARLOS MONTERO ARAUJO, EDUARDO URBANO MARRUGO CASTELLON, YAMILE PEREZ DOMÍNGUEZ Y MARIANO AMARIS CONSUEGRA, Miembros Principales de La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar.

CASO: EDWIN YECID LEA MONTES

C. C. No. 77.190.268

ENTIDAD REMITENTE: PARTICULAR (COLPENSIONES AFP)

El día 02 de Junio de 2017, la Doctora ADRIANA MURCIA ARENAS, actuando en su calidad de Médico Especialista en Medicina Laboral, y autorizada por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES, mediante Escritura Pública No. 656 de fecha 30 de marzo de 2017, expedida por la Notaria Quinta (5ª) del Circulo de Bogotá D. C., dentro del presente proceso, presentó oportunamente Recurso de Reposición y en subsidio de Apelación contra el Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación de PCL de las patologías presentadas por el señor EDWIN YECID LEA MONTES (OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES – OTROS TRASTORNOS DEL DISCO CERVICAL – OTROS TRASTORNOS DEL HUMOR – HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL), determinándose una PCL del 65.20% INVALIDEZ, con fecha de estructuración del 28 de septiembre de 2016, emitido por La Junta de Calificación de Invalidez del Cesar, por encontrarse inconforme con dicha calificación, bajo los argumentos de violación del art. 142 del decreto 019 de 2012 (Ley Anti trámites), en cuanto que el trámite de calificación del señor EDWIN YECID LEA MONTES no se debió surtir, debido a que presenta un concepto de rehabilitación Integral FAVORABLE, emitido por la EPS

34
202

COOMEVA, de fecha 23 de enero de 2017, el cual fue remitido a Colpensiones el día 07 de febrero de 2017, mediante Radicado 2017_1286127, con el fin de tramitar pago de Subsidio económico, lo cual se llevó a cabo, y el paciente no se ha acercado a COLPENSIONES a tramitar el pago de dicho subsidio económico por concepto FAVORABLE de rehabilitación a que tiene derecho, lo cual extiende su trámite de calificación hasta máximo 540 días calendario.

Hace referencia también a la violación del art. 29 del Decreto 1352 de 2013 en el sentido que si transcurridos 30 días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral, aun no se ha calificado en primera oportunidad, el trámite no podrá pasar de 540 días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, caso en el cual tendrá derecho a recurrir directamente a la Junta de Calificación de invalidez, aduciendo que es claro que COLPENSIONES no tenía la obligación legal para calificar en primera instancia PCL del señor LEA MONTES, puesto que este cuenta con Certificado de Rehabilitación FAVORABLE remitido por la EPS COOMEVA.

Además se refiere a la violación del Art. 31 del Decreto 1352 de 2013, SOLICITUDES INCOMPLETAS.- aduciendo que esta Junta no se percató en verificar que la solicitud presentada por el señor EDWIN YECID LEA MONTES incluyera el concepto de Rehabilitación emitido por la EPS, teniendo la posibilidad de no solo solicitárselo al mismo afiliado, que no lo allegó, sino que también pudo habérselo solicitado tanto a la EPS COOMEVA como a COLPENSIONES, Omitiendo actuar con la certeza de que el trámite de calificación era procedente.

Afirma también que con la expedición del Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación de PCL del señor EDWIN YECID LEA MONTES se desconoció el derecho fundamental al debido proceso de Colpensiones.

Por ultimo COLPENSIONES solicita:

Como PETICION PRINCIPAL que se declare que no resultaba posible la calificación de la pérdida de capacidad laboral del afiliado EDWIN YECID LEA MONTES, debido a la existencia del Concepto de rehabilitación Favorable expedido por la EPS, el cual constituye un requisito legal para que sea procedente la calificación.

COMO PETICION SUBSIDIARIA remitir el expediente a LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ, en apelación.

SE CONSIDERA

Que teniendo en cuenta el Recurso de Reposición presentado oportunamente por La Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES EICE" contra el Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación de PCL del señor EDWIN YECID LEA MONTES, dentro del presente proceso, ante esta Junta de

28
203

Calificación de Invalidez del Cesar, mediante oficio recibido oportunamente por esta Secretaría el día 02 de Junio del año 2017 le manifestamos que efectuada una segunda revisión del expediente en referencia, según lo normalizado por el Decreto 1352 de 2013 Artículo 43, procedemos a desatar el Recurso de Reposición, teniendo en cuenta los motivos de inconformidad por COLPENSIONES señalados:

Revisados los antecedentes obrantes al expediente, así como la controversia presentada por La Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES, consideramos declarar LA NULIDAD del Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017 y las notificaciones efectuadas del mismo, por cuanto no se cumplió con el requisito establecido en el Art. 31 del Decreto 1352 de 2013 SOLICITUDES INCOMPLETAS, puesto que, si bien es cierto que en el expediente reposan Certificados de Rehabilitación Integral expedidos por los especialistas PSIQUITARIA (Dra. GILDA GODIN) - NEUROCIRUGIA (Dr. JOAB MIRANDA) - OTORRINOLARINGOLOGIA (DR. TULIO VALDEZ HERNANDEZ), los cuales recepcionamos de buena fe, allegados por el paciente, no reposa el Certificado de Rehabilitación Integral emitido por la EPS COOMEVA (Concepto FAVORABLE) del que hace referencia COLPENSIONES en su recurso, y que anexa al proceso, documento fundamental para proceder a efectuar la calificación respectiva.

Por estos Hallazgos encontrados, esta Junta procederá a Declarar la Nulidad del Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES, y a todos los trámites administrativos adelantados dentro del respectivo proceso.

Por lo que se solicita a la entidad Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES, efectuar el acompañamiento a este paciente, verificar su proceso de Rehabilitación, y efectuar la calificación de Pérdida de capacidad laboral, en primera instancia, tal como lo estipula la normatividad vigente (Art. 142 Decreto 019 de 2012 LEY ANTITRAMITES).

Aclaremos que por ser favorable la solicitud del recurrente no se tramitará el recurso de Apelación interpuesto subsidiariamente. (Art. 43 Parágrafo tercero (3º) Decreto 1352 de 2013)

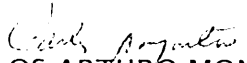
CONCLUSIÓN

Por todo lo anterior, concluimos declarar LA NULIDAD del Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral del señor EDWIN YECID LEA MONTES, y a todos los trámites administrativos adelantados dentro del respectivo proceso, por cuanto esta Junta de Calificación de Invalidez no cumplió con el requisito establecido en el Art. 31 del Decreto 1352 de 2013, y se solicita a COLPENSIONES verificar el proceso de Rehabilitación Integral de este paciente, y efectuar la calificación de Pérdida de capacidad laboral, en primera

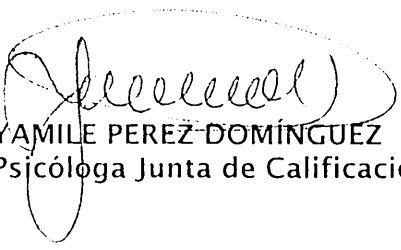
Instancia, tal como lo estipula la normatividad vigente (Art. 142 Decreto 019 de 2012 LEY ANTITRAMITES), por las consideraciones anteriormente expuestas en la parte motiva de esta Acta.

Notifíquese.

Atentamente,


CARLOS ARTURO MONTERO ARAUJO
Médico Junta de Calificación Cesar


EDUARDO U. MARRUGO CASTELLON
Médico Junta de Calificación Cesar


YAMILE PEREZ DOMÍNGUEZ
Psicóloga Junta de Calificación Cesar


MARIANO AMARIS CONSUEGRA
Secretario Junta de Calificación Cesar

No. Cali Ficado

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR

Calle 13 A N° 14 - 93 Barrio Obrero (Valledupar - Cesar)

Teléfono: 5 84 64 23 - Celular 301 200 9076

Nit. No. 824.003.600 - 2

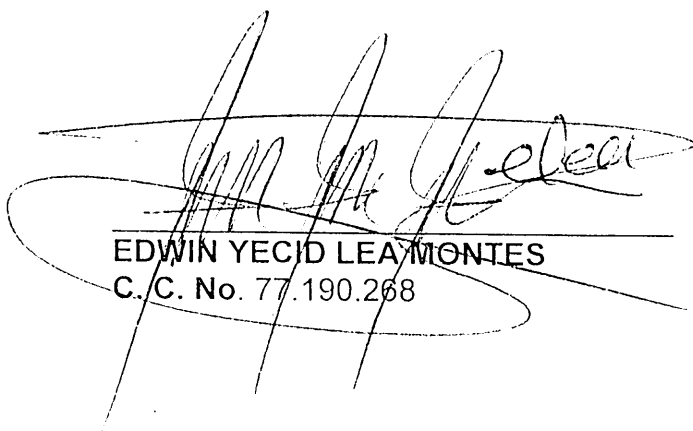
27
205

NOTIFICACION PERSONAL

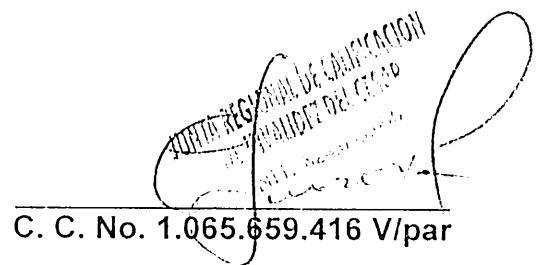
En Valledupar, a los dieciséis (16) días del mes de Junio del año 2.017, se notificó personalmente el señor **EDWIN YECID LEA MONTES**, mayor de edad, identificado con C. C. No. 77.190.268, del Acta No. 2260 de fecha 05 de junio de 2017, emitida por esta Junta de Calificación de Invalidez, mediante la cual se desató el Recurso de Reposición y en subsidio de Apelación interpuesto por La Administradora Colombiana de Pensiones "COLPENSIONES" contra su Dictamen No. 6669 de fecha 11 de mayo de 2017, correspondiente a la calificación de Pérdida de capacidad laboral, de la cual se le hace entrega de una copia del acta en cuatro (4) folios.

FIRMA NOTIFICADO

NOTIFICADOR



EDWIN YECID LEA MONTES
C. C. No. 77.190.268



JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ DEL CESAR
C. C. No. 1.065.659.416 V/par

Not. AXA Colpatria Controversia

206

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR
Calle 13A No. 14 – 93. Barrio Obrero (Valledupar – Cesar)
Tel.: 5 84 64 23 Cel: 301 200 90 76
Nit. No. 824.003.600 – 2

09/06/2017
x 11 EDWIN CONSUEGRA

SEÑOR:

ADAN ORLANDO FAJARDO MORALES
ANALISTA EXTERNO SEGUROS AXA COLPATRIA
BOGOTA D.C.

E. S. D.

MARIANO AMARIS CONSUEGRA, mayor de edad, identificado con C. C. No. 77.010.734 expedida en Valledupar, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 71699 del C. S. J. actuando en mi calidad de Representante legal de La Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, en atención a su requerimiento con el presente escrito le certifico que el señor EDWIN YESID LEA MONTES identificado con cedula de ciudadanía No. 77.190.268 fue calificado por esta junta mediante dictamen No. 6669 en el cual se le determino una pérdida de capacidad laboral de 65.20% de origen común. Fecha de estructuración 28 de septiembre de 2016. Actualmente el dictamen se encuentra en controversia en virtud de que Colpensiones presento recurso de reposición en subsidio apelación contra el dictamen en mención.


MARIANO AMARIS CONSUEGRA
Director Junta de Calificación de Invalidez Cesar
C. C. No. 77.010.734 de Valledupar
T. P. No. 71699 del C. S. de la J.



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1802 AGOSTO 22 DE 2014
RESOLUCION 3745 DE 2015

1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

FechaDictamen : lunes, 10 de julio de 2017 Dictamen No: 2017224425SS
 Motivo Solicitud : Primera Oportunidad: X Primera Instancia: Segunda Instancia:
 Solicitante: AFP: Rama Judicial: Otro:
 EPS: COOMEVA EPS ARL:COLMENA
 Empleador: NO LABORA Afiliado: Pensionado: Beneficiario:
 Nombre Solicitante: NIT/Documento: Telefono: Ciudad:
 Dirección Solicitante: Telefono: Email: Ciudad:

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: ASALUD - Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES Nit: 9003360047
 Dirección: Carrera 10 No. 72 - 33 Torre B Piso 11 Bogotá, D.C. Tel : (57 1) 2170100 - 2170109 Email :

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: SI Beneficiario: NO
 Apellidos: LEA MONTES Nombres: EDWIN YECID
 Documento de identificación: CC No: 77190268
 Fecha Nacimiento: 09/16/1977 . Edad: 39 Años Meses

ETAPAS DEL CICLO VITAL

Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:
 Población en Edad Economicamente activa : SI Adultos/Adultos mayores:

ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria: SI
 Basica: Media: Universitaria: Post Grados:
 Tecnologica: Otros: Cual:
 Dirección: Telefonos: Email: Ciudad:
ESTADO CIVIL: Soltero: SI Casado: Union Libre:
 Separado: Viudo: Otros:

Encaso de calificar un beneficiario anotar los datos del afiliado/causante

Nombre y Apellidos: Documento de identidad :
 Telefono: Ciudad:

En caso de calificar un menor de edad anotar los datos del acudiente o adulto responsable

Nombre y Apellidos: Documento de identidad :
 Telefono: Ciudad:

AFILIACION AL SISS:

FORMULARIO DE CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1587 ABOGADO 12 DE 2014
RESOLUCIÓN 3745 DE 2013

Regimen en salud: Contributivo: Subsidiado: No afiliado:

Administradoras: EPS: AFP: ARL: Otros:

Email: Email: Email: Email:

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente(); Dependiente();

Nombre del trabajo o empleo: Ocupación: NA Código CIUO:

Nombre actividad económica: Clase:

Nombre de la empresa: NA Nit/ cc/ otro: NA

5. FUNDAMENTOS DE LA CALIFICACIÓN
5.1. RELACION DE DOCUMENTOS Y EXAMEN FÍSICO (Descripción)

Historial Clínico: CONCEPTO DE REHABILITACION POR OTORRINO, 20 FB 2017: RINUSOPATIA CRONICA OBSTRUCTIVA, HIPERTROFIA DE CORNETES, HIPERTROFIA GRADO III DE AMIGDALAS, COCNEPTO NO FAVORABLE
 CONCEPTO DE REHABILITACION POR PSIQUIATRIA, 18 NOV 2016: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO MODERADO, TRASTORNO DEL SUEÑO, TRASTORNO POR DOLOR, PRONOSTICO MALO NO REHABILITABLE
 CONCEPTO DE REHABILITACION POR EUROCIURUGIA, 16 MAYO 2017: FRACTURA PATOLOGICA DE L2, HERNIA DISCAL CERVICAL C3C6, DOLOR RADICULAR, COCNEPTO NO FAVORABLE
 CONCEPTO DE REHABILITACION POR FISIATRIA, 15 JUNIO 2017: RADICULOPATIA L5 DERECHA, FRACTURA DE 2, LUMBALGIA, EMG CON RADICULOPATIA DERECHA, CONCEPTO NO FAVORABLE, SECUELAS DOLOR CRONICO
 CONCEPTO DE REHABILITACION POR MEDICIA INTERNA, PARTICULAR, 16 JUNIO 217: HTA CONTROLADA, RADICULOPATIA L2, SE EMITE CONCEPTO NO FAVORABLE POR DLOR CRONICO QUE CONDICIONA CRISIS HIPERTENSIVAS AL TENER EN CUENTA LO SMAS DE 8 MESES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSION LA CUAL ES MANEJABLE CON MEDICAMENTOS PERO NO LAS CRISIS DE DOLOR

Estudios clínicos / Pruebas objetivas: RNM DE COLUMNA CERVICAL, 25 ENERO 2017: ESPONDILOARTROSIS Y DISCOPATIA DEGENERATIVA CON MULTIPLES COMPRESIONES EXTRADURALES SIN SGNOS DE MIELOPATIA
 RNM DE COLUMNA LUMBAR, 28 SEPTIEMBRE 2016: DHT Y MINIMO ABOMBAMIENTO DE L1L2 L2L3 CON ESTRECHES DE ESPACIOS RESPECTIVOS, PROTRUSION FCAL ECENTRICA DE DISCO L4L5, DISMINUCION CENTRAL IMPORTANTE DEL CUERPO DE L2
 TAC DE SENOS PARANASALES, 18 OCT 2016: HIPERTROFIA Y ENGROSAMIENTO D ELA MUCOSA NASAL, DEL ANTRO MAXILAR DERECHO
 EMG DE MIEMBRO SINFERIORES, 21 OCTUBRE 2016: RADICULOPATIA L5 DERECHA DE CARÁCTER CRONICO

Examen físico: Fecha(miércoles, 21 de junio de 2017) MEDICINA LABORAL, 21 JUNIO 2017: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO EN TODAS LAS ESFERAS, SE DESPLAZA DE FORMA INDEPENDIENTE, ANSIOSO, VICTIMIZADO, DICE QUE LAS ENFERMEDADES LO HAN HECHO PERDER TODO, ESTA VUELTO NADA COMENTA TEXTUALMENTE, MUY SUSPICAZ, RELATA QUE TIENE UNA CALIFICACION DE PCL HECHA POR LA JRCI QUE FUE DESCONOCIDA POR COLPENSIONES, REFIERE DOLORS GENERALIZADOS, HAY DOLOR LUMBAR Y CERVICAL, AMAS COMPLETOS AUNQUE DOLOR INTENSO CON TODOS, NO DEFICIT NEUROLOGICO ALGUN, ANIMO TRISTE, REFIERE ASTENIA, INSOMNIO, NIEGA IDEAS DE AUTO O HETERAGRESION, NIEGA SINTOMA SPSICOTICOS

Otras interconsultas/fundamentos Rol laboral/ocupacional: NO

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TÍTULOS I y II

PROLOG

F339	F339 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO	alteraciones de las vías respiratorias altas
M511	M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS, CON RADICULOPATIA	disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de la médula espinal y dolor crónico somático
M509	M509 TRASTORNO DE DISCO CERVICAL, NO ESPECIFICADO	Trastornos psicóticos y del humor
J329	J329 SINUSITIS CRÓNICA, NO ESPECIFICADA	enfermedad cardiovascular hipertensiva

Clase funcional/Valor porcentual										
Alteraciones de las vías respiratorias	Tabla 10.6.	CLASE 1	CLASE 0					5	0	37.08
disestesias secundarias, neuropatía periférica o lesión de la médula espinal y dolor crónico somático	Tabla 12.5.	CLASE 1						10	0	37.08
Trastornos psicóticos y del humor	Tabla 13.2.	CLASE 1						20	0	37.08
enfermedad cardiovascular hipertensiva	Tabla 2.6.	CLASE 1	CLASE 0	CLASE 2				8	0	37.08

CFP: Clase Factor Unico

Formula de Baltazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinacion de valores: $A + \frac{(100 - A) \cdot B}{100}$ A:Deficiencia de mayor valor
B:Deficiencia de menor valor

CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA PONDERADA: % Total deficiencias (Sin ponderar) x 0.5	18.53%
---	---------------

TITULO II

VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

TABLA	ROL LABORAL	
		%
1	2. Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral	5

"Sumatoria rol laboral + autosuficiencia económica + edad (Valor máximo 30%)		TABLA		4		Asigne el valor segun grado de dificultad, ayuda y dependencia		valor	clase
CALIFICACION OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVD)									

COD	AREA OCUPACIONAL							
d1	Tabla 6	Aprendizaje y aplicación del conocimiento	NA	NA	NA	NA	NA	0%
d3	Tabla 7	Comunicación	2.2	2.5	2.4	2.8	2.7	2.9
d4	Tabla 8	Movilidad	2.1	2.2	2.3	2.2	2.4	2.3
d5	Tabla 9	Auto cuidado- cuidado personal	NA	NA	NA	0.1	0.1	0.3%
d6	Tabla 10	Vida domestica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6
			NA	NA	NA	NA	0.1	0.2%

FECHA DE ESTRUCTURACION:					
ORIGEN	SI	NO		SI	NO
Accidente		X	Laboral		X
Enfermedad	X		Común		X
			15 de junio de 2017		

FORMULARIO DE CALIFICACIÓN DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
 DECRETO 1587 ASISTO 12 DE 2014
 RESOLUCION 3745 DE 2015

Sustentación: SE CALIFICA CON LOS DOCUMENTOS Y HECHOS APORTADOS POR EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES - PACIENTE DE 39 AÑOS, DOCENTE UNIVERSITARIO DE DERECHO, DICE ESTAR INCAPACITADO HACE 8 MESES, PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO CRONICO, CERVICALGIA Y LUMBALGIA DISCOGENICAS, FRACTURA LUMBAR L2 DE CASA DESCONOCIDA EN MANEJO MEDICO, SINUSITIS CRONICA, HTA CONTROLADA DE 8 MESES DE EVOLUCION, ES COMPLETAMENTE FUNCIONAL E INDEPENDIENTE EN TODAS SUS ABVD, SE ESTRUCTURA PCL DESDE EL COCNEPO DESFAVORABLE HECHO POR FISIATRIA

Clasificación condición de salud - tipo de enfermedad (Marcar con una x)

REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI	-----	NO	-----
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI	-----	NO	X
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria)(áreas ocupacionales)	SI	-----	NO	X

Tipo de enfermedad	Degenerativa	NO	Progresiva	NO	Alto costo / catastrófica	NO	Congenita / Cerca al nacimiento	NO
--------------------	--------------	----	------------	----	---------------------------	----	---------------------------------	----

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO

	NOMBRE	REGISTRO MEDICO	FIRMA
Medico	HENRY JAIR QUIÑONEZ RAMIREZ 13747893	CC 4651/2005	

Henry Quiñonez
 Médico Laboral
 Lic. No. 399/10

Valledupar 13 de julio de 2017

Señores

COLPENSIONES

Calle 96 N° 13 A- 03 Piso 4.

Bogotá. D.C.



asalud ltda.
asesores

13-Julio-2017.

Asunto: Apelación del dictamen Numero 2017224425SS de fecha lunes 10 de julio de 2017. Por no estar de acuerdo con el dictamen referenciado. Solicitare se envíe mi expediente a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar. Manifiesto mi inconformidad así:

Cordial saludo.

Llama poderosamente la atención la calificación desproporcional, desacertada y sesgada hecha por el señor HENRY QUIÑONES, donde se vislumbra el desequilibrio y falta de principios éticos como profesional de la salud; por lo que de manera clara y vehemente manifestó mi inconformidad contra paupérrima y lánguida calificación de (Pérdida de Capacidad Laboral) y la fecha de estructuración dadas al suscrito en el dictamen referenciado.

1. Nunca, jamás manifiesta el señor Henry Quiñones en su escueto dictamen que el suscrito tiene 5 conceptos no favorables de los médicos especialistas, tratantes así, NEUROCIRUJIA, FISIATRIA, OTORRINO, INTERNISTA, MEDICINA LABORAL COMEVA EPS. Totalmente en desacuerdo pues no manifiesta nada al respeto.

2. Es un exabrupto por parte del señor HENRY QUIÑONES. No tener en cuenta la Resonancia Magnética, Hecha al suscrito el día 28 de septiembre de 2016, donde confirma mi patología Fractura L2 y HERNIAS DISCALES L-4 L-5 Y L-5-S1; El señor erudito omitió de manera mal irracional mencionar esta patología, que es la originaria de los múltiples patologías que presento. Que absurdo

3. Se equivoca nuevamente el señor quiñones cuando tampoco hace alusión ósea no incluye en la calificación la resonancia magnética de la columna cervical la cual me realizo el día 25 de enero del 2017 y que mostro ESPONDILATROSIS Y DISCOPATIA degenerativa con múltiples

comprensiones estructurales, HIPERTROFIA CON ESTERIOSIS PARCIAL FOROMINAL C4-C5 Bilateral y C5- C7. Derecha.

4. No estoy de acuerdo con la fecha de estructuración que colocho el señor Quiñones, pues no tuvo en cuenta la fecha de la realización de la Resonancia Magnética Nuclear Y menos el primer concepto no favorable el cual fue emitido por el neurocirujano en el mes de octubre, conociendo este señor que el médico tratante de la enfermedad Fractura L2 Es el neurocirujano, notándose así el sesgo con que el señor actuó perjudicando directamente mi intención de determinar una calificación acorde a mis patologías.

5. El honorable señor HENRY QUIÑONES, al momento de escoger la documentación historias clínicas y exámenes, no se explica porque no tomo las historias clínicas de otorrino que hace referencia a la patología Hipoacusia Bilateral, patología esta que NO fue calificada y de manera mal intencionada NO la tomo, porque se limito fue a discutir con mi familiar acompañante y hasta un mal examen físico me realizo, el cual fue de afán y a las carreras.

5. Manifiesto mi inconformidad, mi molestia sobre el dictamen N° 01722442555 de fecha lunes 10 de julio de 2017. Ya que a mi juicio no se actuó de manera parcial en toda la calificación, la única intención fue omitir patologías demostradas durante el proceso, tanto así que ni transcribió bien unas fechas de los conceptos No favorables ejemplo el dado por el Neurocirujano que le puso fecha de mayo cuando fue en dado con fecha de Octubre, notándose así un actuar mal intencionado no ajustado a derecho, un actuar doloso, haciendo alusiones y conjeturas que no son, que no le constan como por ejemplo: decir " Muy suspicaz, relata que tiene calificación de P.C.L. hecha por la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Cesar, que fue desconocida por Colpensiones". Esto se llama pensar y escribir con perversidad sobre un supuesto, ya que esta declaración se la manifiesto mi familiar solo por ponerlo en contexto de lo que estaba pasando, lo cual no le da motivos para asegurar, expresar y plasmar en la escueta calificación lo que le parece a tal fin de poner en tela de juicio la honra con la que se actuó.

Por todo lo anterior solicito las siguientes:

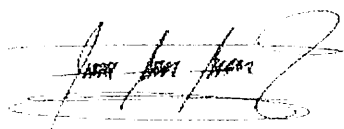
PRETENSIONES

1. Encontrando dentro de los términos manifiesto mi inconformidad por NO estar de acuerdo con el PCL con la fecha de estructuración dada en el dictamen Número 201722442555. Por lo que interpongo **RECURSO DE APELACIÓN** y solicito sea enviado mi expediente a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar. Para que sea esta quien dirima la controversia.
2. Solicito darle trámite a la presente **APELACIÓN** en los términos que establece la normatividad vigente.

NOTIFICACIÓN

Manzana E Casa 1 Conjunto Cerrado Rosario Norte 1 - Valledupar- Cesar.
Teléfono 302-2904416 - 5887211

Atentamente,



EDWIN YECID LEA MONTES

C.C. N° 77.190.268 De Valledupar – Cesar.

Remision de colpensiones a junta

#7 215

asalud ltda.
asesores

Bogotá, 26 de julio de 2017

Dr. MARIANO AMARIS CONSUEGRA

SECRETARIO SALA UNICA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE CESAR

CALLE 13 A No 14 – 93 BARRIO OBRERO

Ciudad. VALLEDUPAR

Asunto: Recurso de reposición por inconformidad en contra del dictamen N°2017224425SS DE 10 DE JULIO DE 2017

Respetado(a) Doctor (a):

Por medio de la presente remito caso referente al asegurado del asunto contra el dictamen emitido en primera oportunidad con los antecedentes clínicos que soportan el mismo, remito a ustedes los documentos requeridos para resolver la solicitud de su inconformidad con la siguiente información:

1. DATOS DE LA ENTIDAD REMITENTE:												
ENTIDAD REMITENTE				COLPENSIONES								
TIPO DE ENTIDAD:				FONDO DE PENSIONES								
DIRECCION:				CALLE 96 No. 13 A – 03								
TELEFONO:				2562500								
NUMERO DE FOLIOS:												
DESCRIPCION DE DOCUMENTOS ANEXOS: Cedula de ciudadanía, carta de apelación, notificación del dictamen, copia del dictamen, historia clínica del paciente												
2. DATOS PERSONALES DEL REMITIDO:												
APELLIDOS		LEA MONTES				NOMBRES		EDWIN YESID				
DOCUMENTO IDENTIDAD		CC	X	TI		CE		NUMERO	77190268			
EXPEDIDO EN		VALLEDUPAR										
FECHA NACIMIENTO		16-09-1977		EDAD	39	AÑOS	GENERO	M	X	F		
DIRECCION		MZ E CASA 1 CONJUNTO CERRADO ROSARIO NORTE 1				CIUDAD		VALLEDUPAR				
TELEFONO		3022904416-5887211										
VINCULACION AL SISTEMA				AFILIADO		X	BENEFICIARIO				OTRO	
ESPECIFIQUE												
3. DATOS LABORALES DE LA PERSONA REMITIDA:												
NOMBRE DE LA EMPRESA		INDEPENDIENTE										
DIRECCION						CIUDAD						
TELEFONO												
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA												

CARGO ACTUAL	INDEPENDIENTE
4. MOTIVO DE REMISION:	
	Recurso de reposición por inconformidad en contra del dictamen No. 2017224425SS DE 10 DE JULIO DE 2017
5. RESPONSABLE DE LA REMISION:	
NOMBRES Y APELLIDOS	VIVIANA MORENO BARBOSA
CARGO	COORDINADORA NACIONAL PROYECTO COLPENSIONES
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
JUSTIFICACIÓN DE LA REMISIÓN:	
EL PACIENTE INTERPONE RECURSO DENTRO DE LOS TERMINOS	

Si usted(s) requiere(n) información adicional, favor comunicarse al PBX **2562500** de la ciudad de BOGOTÁ ASALUD –COLPENSIONES, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Viviana Moreno B.
Coordinación
Asalud
Colpensiones



FIRMA _____

VIVIANA MORENO BARBOSA

Coordinadora nacional proyecto colpensiones –ASALUD COLPENSIONES

Copia: Expediente
CC. Archivo

Elaboro. ERIKA HERNANDEZ

SEÑOR:

JUEZ SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR

E.

S.

D.

notificación

REF: Proceso Ordinario Laboral promovido por AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S. A. contra LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR Y OTROS

RAD. No. 2017 - 00286

MARIANO AMARIS CONSUEGRA, mayor de edad, identificado con la C. C. No. 77.010.734 expedida en Valledupar (Cesar), vecino de esta ciudad, abogado en ejercicio, portador de la T. P. No. 71699 del C. S. J., actuando como apoderado de la demandada JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR en el proceso de la referencia, mediante el presente escrito vengo ante usted para manifestarle que RENUNCIO a continuar representando a la demandada JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR, dentro del presente proceso, por motivos estrictamente personales.

Atentamente,

MARIANO AMARIS CONSUEGRA
C. C. No. 77.010.734 de Valledupar
T. P. No. 71699 del C. S. J.



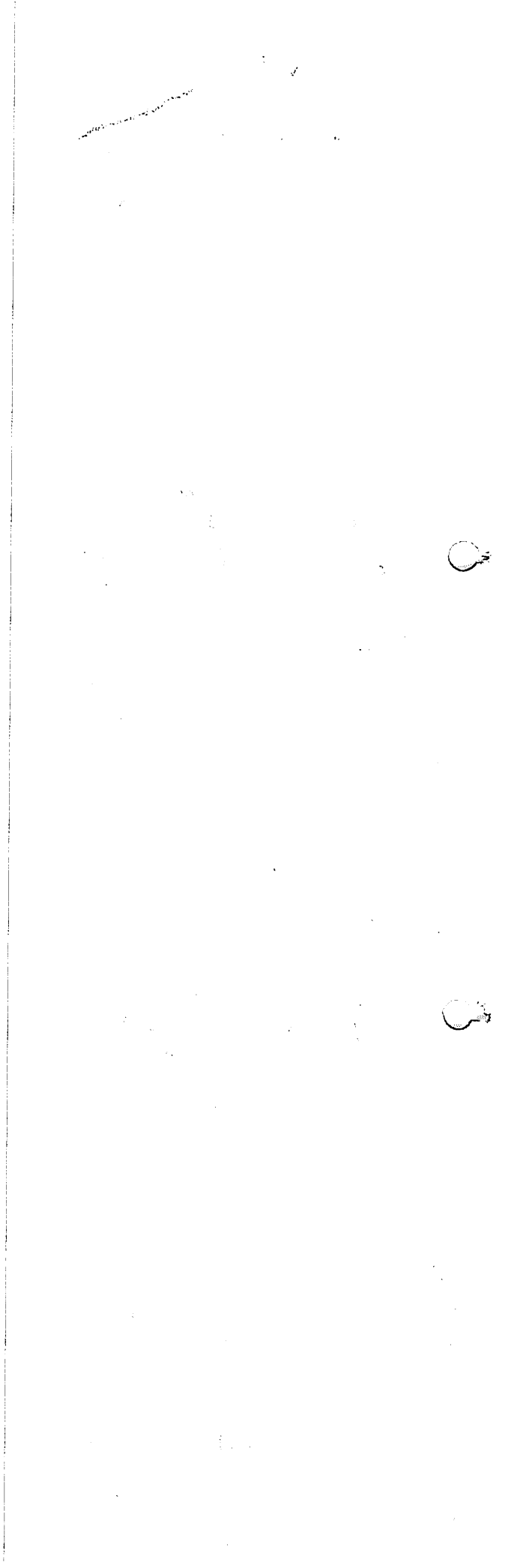
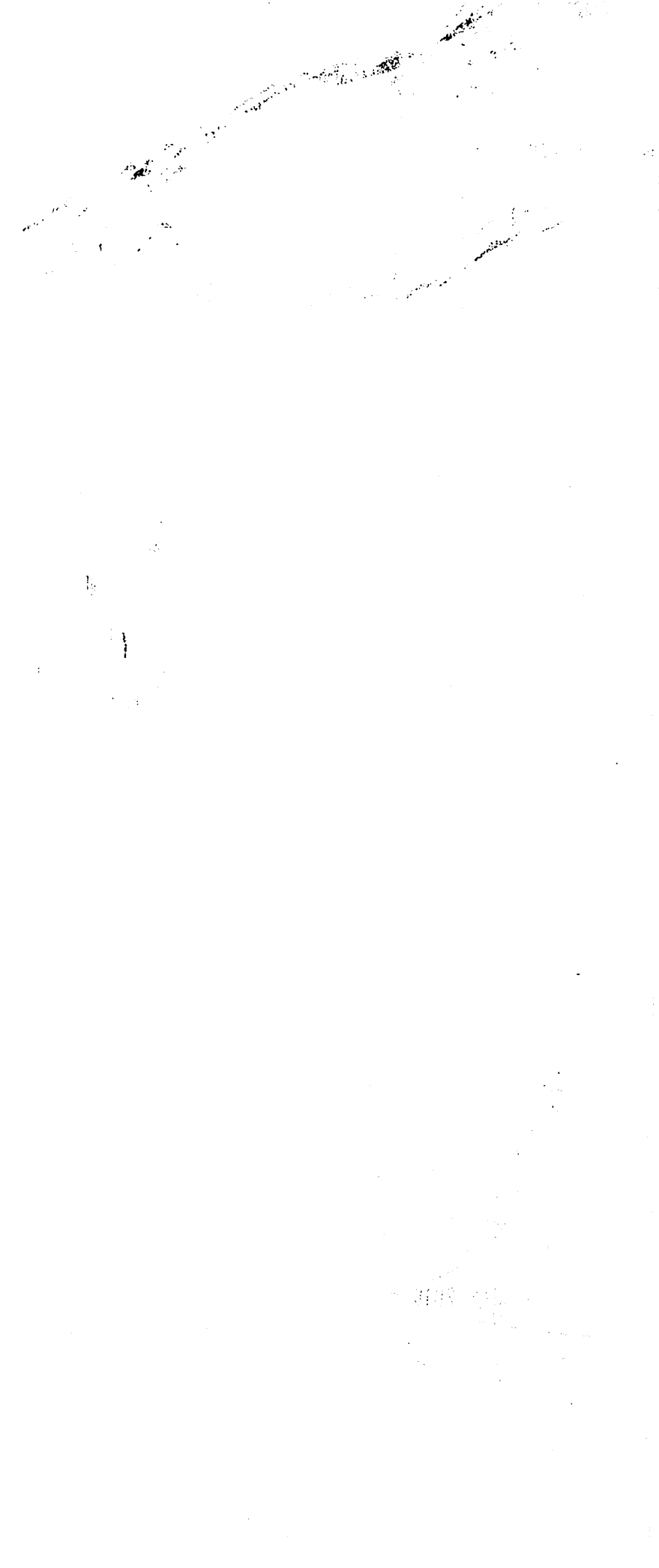
C. C. Al Ministerio de Trabajo.

Andrés

JUZGADO 02 LABORAL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR - CESAR
RECIBIDO
11 MAYO 2018
HORA *11:06a.m*

[Signature]

DACTILOSCOPIA - INPEC
10 MAY 2018
EPMSC-VAL



Señor

JUEZ SEGUNDO (2) LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR.

E.

S.

D.

REFERENCIA: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA.

DEMANDANTE: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

DEMANDADO: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEAL MONTES.

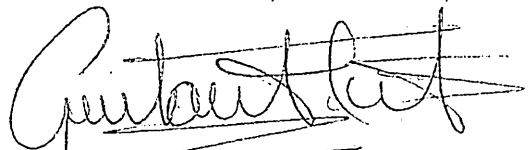
EXPEDIENTE: 2017-286.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, según poder que reposa en el expediente, por medio del presente escrito, me permito adjuntar citación para diligencia de notificación personal remitida a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar (competente hoy la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena) con su respectiva constancia de entrega, y la citación remitida a Edwin Yecid Leal Montes.

Vale la pena indicar que la notificación enviada al señor Edwin Yecid Leal Montes, fue devuelta con la anotación de "DEVOLUCIÓN – DESCONOCIDO DESTINATARIO", de cara a la cual, y teniendo en cuenta que desconozco otra dirección para efectuar la notificación, solicito el emplazamiento del señor Edwin Yecid Leal Montes, esto de conformidad con el numeral 4 del artículo 291 del Código General del Proceso. Dejo para su conocimiento y tramite de notificación pertinente.

Adjunto lo anunciado en 8 folio.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Juzgado Segundo Laboral del Circuito
VALLEDUPAR

El anterior memorial fué presentado personalmente por
El: Diana Ortega Alarza

Quien se identificó con C.C. No. 1065.129.073
de: Valledupar y T.P. _____ CSJ

Hoy: 14 ENE. 2019 9:27 am

A SECRETARIA EE



INTERRAPIDÍSIMO S.A.
NIT: 800251569-7
Fecha y Hora de Admisión:
28/12/2018 02:17 p.m.
Tiempo estimado de entrega:
31/12/2018 06:00 p.m.



700023131119

NOTIFICACIONES

BOG 159 | BQA 65 | VDP 42
34 | 21 | 5

DESTINATARIO
VALLEDUPAR\CESA\COL
EDWIN YECID LEAL CC 112904648
MANAÑA 73 CASA 11 GARUPAL 3 ETAPA
3128693339

DATOS DEL ENVÍO
Tipo de empaque: **SOBRE MANILA**
Valor Comercial: \$ 10.000,00
No. de esta Pieza: 1
Peso por Volumen: 0
Peso en Kilos: 1
Bolsa de seguridad: 1

LIQUIDACIÓN DEL ENVÍO

Notificaciones

Valor Flete: \$ 10.800,00
Valor Descuento: \$ 0,00
Valor sobre flete: \$ 200,00
Valor otros conceptos: \$ 0,00
Valor total: \$ 11.000,00
Forma de pago: **CONTADO**

REMITENTE
DOCUEMNTOS

G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S // CC 9007015337
CARRERA 11 A # 94 A - 56 OF. 402
3143171988
BOGOTACUNDI\COL

Nombre y sello

X

Como remisor declare que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u otros valores prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por la tanto es el que INTER RAPIDÍSIMO S.A. asumirá en caso de dolo o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios empresa de mensajería y flete publicado en la página web www.interrapidísimo.com o en el punto de venta. De igual forma autorizo a INTER RAPIDÍSIMO S.A. el tratamiento de mis datos personales de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remitase a sitio web.

Observaciones



RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

323 255 4455

O MARCANDO GRATIS
01 8000 942 - 777

Oficina Principal Bogotá Cra 30 # 7 - 45 Pbx 5605000
Oficina BOGOTÁ: CARRERA 30 # 7 - 45
Oficina VALLEDUPAR: CRA 11 # 13 B - 62

www.interrapidísimo.com

GMC-GMC-R-07

defensor@interrapidísimo.com
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455
700023131119

DESTINATARIO

CERTIFICADO DE DEVOLUCIÓN

Señores:

G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S // ..
BOGOTÁ/CUNDICOL



INTER RAPIDISIMO S.A. Con licencia del Ministerio de Tecnología de la Información y las comunicaciones No. 1189 y atendiendo lo establecido en el Código General Del Proceso, se permite certificar la entrega del envío con las siguientes características:

Datos del Envío

Numero de Envío 700023131119	Fecha y Hora del Envío 28/12/2018 14:17:51
Ciudad de Origen BOGOTÁ/CUNDICOL	Ciudad de Destino VALLEDUPAR/CESAICOL
Contenido DOCUMENTOS	
Observaciones	
Centro Servicio Origen 3609 - PTO/BOGOTÁ/CUNDICOL/CARRERA 15 # 90-20	

REMITENTE

Nombre G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S // ..	Identificación 9007015337
Dirección CARRERA 11 A # 94 A - 58 OF. 402	Teléfono 3143171998

DESTINATARIO

Nombre y Apellidos (Razón Social) EDWIN YECID LEAL	Identificación 112904648
Dirección MANZANA 73 CASA 11 GARUPAL 3 ETAPA	Teléfono 3128893339

TELEMERCADEO

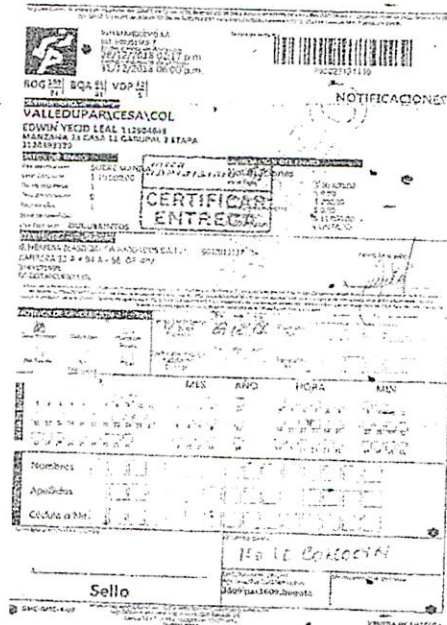
Fecha	Telefono Marcado	Persona que Contesta	Observaciones
29/12/2018	0	0	DESCONOCIDO / DESTINATARIO DESCO

DEVOLUCIÓN

Causal de Devolución	DESCONOCIDO / DESTINATARIO DESCONOCIDO
Fecha de Devolución	29/12/2018
Fecha de Devolución al Remitente	29/12/2018

CON LO ANTERIOR SE CONFIRMA QUE EL DESTINATARIO EDWIN YECID LEAL NO RECIBIO EL ENVIO POR EL CAUSAL DE DESCONOCIDO / DESTINATARIO DESCONOCIDO.

IMAGEN PRUEBA DE ENTREGA DE LA DEVOLUCIÓN



CERTIFICADO POR:

Nombre Funcionario ALEX MARIO VEGA SARMIENTO	Fecha de Certificación 03/01/2019 5:27:03
Cargo COORDINADOR REGIONAL	Código PIN de Certificación 68216f78-ed50-46f1-a34b-59c8fe59d262
Guía Certificación 3000205309160	

La información aquí contenida es auténtica e inmodificable y el número de guía es único, puede ser consultado en la página web <https://www.interrapidísimo.com/sigue-tu-envio> o a través de nuestra APP INTER RAPIDISIMO -Sigue tu Envío. En caso de requerir una copia de la Certificación Judicial puede solicitarla en cualquiera de nuestros puntos de atención por un costo adicional. Aplica condiciones y Restricciones www.interrapidísimo.com - servicioclientedocumentos@interrapidísimo.com Bogotá D.C. Carrera 30 No. 7- 45

GLI-LIN-R-21

PBX: 560 5000 Cel: 323 2554455



JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR.
Calle 15 # 5-06 Piso 3. Valledupar (Cesar)

CITACIÓN PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL
ARTÍCULO 291 DEL C.G.P.

Fecha: 28 / 12 / 2018

Señor: EDWIN YECID LEAL MONTES.

Dirección: Manaza 73 Casa 11 Garupal 3° Etapa.

Ciudad: Valledupar

No. Del proceso / Naturaleza del Proceso / fecha de providencia
DD / MM / AAAA

2017-286 / Ordinario Laboral / 14-02-2018

Demandante

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Demandado

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEAL
MONTES.

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato ___ o dentro de los 5__ 10_x_ 30
___ días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación de lunes a viernes, de
8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m., con el fin de notificarle
personalmente la providencia proferida en el indicado proceso.

Empleado Responsable:

Nombres y Apellidos

FIRMA

Parte Interesada

G. HERRERA & ASOCIADOS
ABOGADOS S A S
NIT. 900.701.533-7

Gustavo Alberto Herrera Avila
Nombres y Apellidos

Apoderado AXA Colpatria Seguros de
vida S.A.
FIRMA

Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se
requiere la firma del empleado responsable.



INTERRAPIDÍSIMO S.A.
NIT: 800251569-7
Fecha y Hora de Admisión:
28/12/2018 02:17 p.m.
Tiempo estimado de entrega:
31/12/2018 06:00 p.m.

Factura de Venta No.



700023131119

NOTIFICACIONES

BOG 159 34 BQA 65 21 VDP 42 5

DESTINATARIO

VALLEDUPAR\CESA\COL

EDWIN YECID LEAL CC 112904648
MANZANA 73 CASA 11 GARUPAL 3 ETAPA
3128693339

DATOS DEL ENVÍO

Tipo de empaque: SOBRE MANILA
Valor Comercial: \$ 10.000,00
No. de esta Plaza: 1
Peso por Volumen: 0
Peso en Kilos: 1
Bolsa de seguridad:
Dice Contener: DOCUMENTOS

LIQUIDACIÓN DEL ENVÍO

Notificaciones

Valor Flete: \$ 10.800,00
Valor Descuento: \$ 0,00
Valor sobre flete: \$ 200,00
Valor otros conceptos: \$ 0,00
Valor total: \$ 11.000,00
Forma de pago: CONTADO

REMITENTE

G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S // CC 9007015337
CARRERA 11 A # 94 A - 56 OF. 402
3143171998
BOGOTÁ\CUNDA\COL

Nombre y sello

Como remitente declara que esta envío no contiene dinero en efectivo, valores negociables u objetivos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDÍSIMO S.A. asumirá en caso de pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios expresa de mensajería y carga pública en la página web www.interrapidisimo.com o en el punto de venta. De igual forma ACEPTO que INTER RAPIDÍSIMO S.A. al tratándose de envío de dinero personal conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y condiciones de uso de los datos personales de la Compañía remitase a sitio web.

Observaciones



RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

323 255 4455 O MARCANDO GRATIS 01 8000 942 = 777

Oficina Principal Bogotá Cra 30# 7 - 45 Pbx 5605000

Oficina BOGOTÁ: CARRERA 30 # 7 - 45

Oficina VALLEDUPAR: CRA 11 # 13 B - 62

www.interrapidisimo.com - defensorinterno@interrapidisimo.com - sup.deficientes@interrapidisimo.com Bogotá DC.
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455
700023131119

GMC-GMC-R-07

REMITENTE



JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR.
Calle 15 # 5-06 Piso 3. Valledupar (Cesar)

CITACIÓN PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL
ARTÍCULO 291 DEL C.G.P.

Fecha: 28 / 12 / 2018

Señor: EDWIN YECID LEAL MONTES.

Dirección: Manaza 73 Casa 11 Garupal 3° Etapa.

Ciudad: Valledupar



No. Del proceso / Naturaleza del Proceso / fecha de providencia
DD / MM / AAAA
2017-286 / Ordinario Laboral / 14-02-2018

Demandante

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Demandado

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEAL
MONTES.

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato ___ o dentro de los 5__ 10__ 30
___ días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación de lunes a viernes, de
8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m., con el fin de notificarle
personalmente la providencia proferida en el indicado proceso.

Empleado Responsable:

Nombres y Apellidos

FIRMA

Parte Interesada

Gustavo Alberto Herrera Avila
Nombres y Apellidos

Apoderado AXA Colpatria Seguros de
vida S.A.
FIRMA

G. HERRERA & ASOCIADOS
ABOGADOS S A S
NIT. 900.701.633-7

Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se
requiere la firma del empleado responsable.

INTER RAPIDISIMO S.A. Con licencia del Ministerio de Tecnología de la Información y las comunicaciones No. 1189 y atendiendo lo establecido en el Código General Del Proceso, se permite certificar la entrega del envío con las siguientes características:

DATOS DEL ENVÍO

Número de Envío 700022807054	Fecha y Hora de Admisión 13/12/2018 15:40:18
Ciudad de Origen BOGOTÁ/CUNDICOL	Ciudad de Destino SANTA MARTA/MAGDOL
Dice Contener NOTIFICACION PERSONAL ART 291	
Observaciones	
Centro Servicio Origen 2013 - PTO/BOGOTÁ/CUND/COLO/CARRERA 15 # 92 - 31	

REMITENTE

Nombres y Apellidos (Razón Social) G HERRERA & ASOCIADOS SAS	Identificación 9007015337
Dirección CRA 11 A N. 94A-56 OFIC 402 EDFI CENTRO 95	Teléfono 3182815310

DESTINATARIO

Nombre y Apellidos (Razón Social) JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE MAGDALENA CESAR	Identificación
Dirección CALLE 22 #19B-46	Teléfono 0

AEREO

NOTIFICACIONES

SANTA MARTA/MAGDOL

JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE MAGDALENA CESAR

NOTIFICACION PERSONAL ART 291

17 Dic - 18 Ave Sanchez A
1042438046

2017 Agosto 2018

ENTREGADO A:

Nombre y Apellidos (Razón Social) SELLO	Identificación 1	Fecha de Entrega 17/12/2018
--	---------------------	--------------------------------

CERTIFICADO POR:

Nombre Funcionario ANA LUCIA ZAPATA PARRA	
Cargo SUPERVISOR REGIONAL	Fecha de Certificación 18/12/2018 2:24:56
Guía Certificación 3000205272861	Código PIN de Certificación 0d54868d-2d9b-44ba-9476-5f3453959958

CON LO ANTERIOR SE CONFIRMA QUE EL DESTINATARIO VIVE O LABORA EN ESTE LUGAR.

La Prueba de Entrega original de esta Certificación reposa en el archivo de nuestra empresa por disposición de la DIAN. La información aquí contenida es auténtica e inmodificable y el número de guía es único, puede ser consultado en la página web <https://www.interrapidisimo.com/sigue-tu-envio> o a través de nuestra APP INTER RAPIDISIMO - Sigue tu Envío. En caso de requerir una copia de la Certificación Judicial puede solicitarla en cualquiera de nuestros puntos de atención por un costo adicional. Aplica condiciones y Restricciones

www.interrapidisimo.com - servicioalientadocumentos@interrapidisimo.com Bogotá D.C. Carrera 30 No. 7- 45
PBX: 560 5000 Cel: 323 2554455

www.internationaljournalofbusiness.com - defen@internationaljournalofbusiness.com
Camera 30 x 7-45 P&W 5605000 Cel: 3232554155 700022807094

RECÓRDAS
SIN RECARGO



RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.

Observations

[illegible]

BOGOTAJUNDAJOL

G HERRERA & ASOCIADOS SAS. NI 9007015337
CRA 11 A N. 94A-56 OFIC 402 EDIF CENTRO 95

Nombre y sello

NOTIFICATION PERSONAL ART 291

Forma de pagar

Valor total: \$ 11.000,00

Valor otros conceptos: \$ 0,00

No. de esta pieza	Valor sobre flete	\$ 200,00
-------------------	-------------------	-----------

Valor Comercial:	\$ 10,000,00	Valor Fletes:	\$ 10,800,00
------------------	--------------	---------------	--------------

SOBRE MANILA

SECRET

ALL 22 #19D-10

COMUNIDAD DE CALIFICACION DE INVAHILES DE MIEMBRO DE LA COMUNITAT

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS

SANTA MARTA MAGD\COL

© 2005 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 258: 111–119

RECEIVED

[illegible]

SENIOR VISION

14/12/2018 06:00 p.m.

13/12/2018 03:40 p.m.

Fecha y Hora de Admisión:

INTERNATIONAL
NLT: 800251566-7

RECEIVED

No. 167809785285 @ 2019/02/02 Desc: 100007/63000 HATE 100100000000, TICKETS WITHIN NO TAXI/KRWD WITHIN 1-MILE RADIUS

Según en Común, Oficio Constituyente Fol. 000076 de 03 Dic. 2016, Retenedores de N/A, Subretenedores de Reten Res. 007004 del 27 de Septiembre de 2012, Res.

.....



JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR.
Calle 15 # 5-06 Piso 3. Valledupar (Cesar)

CITACIÓN PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL
ARTÍCULO 291 DEL C.G.P.

Fecha: 13/12/2018

Señor: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA /
CESAR.

Dirección: CL 22 # 19 B - 46

Ciudad: Santa Marta

No. Del proceso / Naturaleza del Proceso / fecha de providencia
DD / MM / AAAA
2017-286 / Ordinario Laboral / 14-02-2018

Demandante

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Demandado

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL CESAR.

Sírvase comparecer a este Despacho de inmediato ___ o dentro de los 5__ 10__x_ 30
___ días hábiles siguientes a la entrega de esta comunicación de lunes a viernes, de
8:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m., con el fin de notificarle
personalmente la providencia proferida en el indicado proceso.

Empleado Responsable:

Parte Interesada

Nombres y Apellidos

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
Nombres y Apellidos

FIRMA

APODERADO AXA COLPATRIA SEGUROS
FIRMA DE VIDA S.A.

Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no requiere la firma del empleado responsable.



Señor

JUEZ SEGUNDO (2) LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR.

E.

S.

D.

REFERENCIA: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA.

DEMANDANTE: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

DEMANDADO: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEAL MONTES.

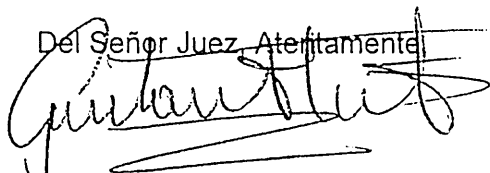
EXPEDIENTE: 2017-286.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., según poder que reposa en el expediente, por medio del presente escrito, me permito dar alcance al memorial radicado el pasado 14 de enero de 2019, mediante el cual se aportó certificado de envío de citación para notificación personal respecto del Señor Edwin Yecid Leal Montes, con anotación de "*devolución – desconocido destinatario*", de cara a la cual se solicitó el emplazamiento y/o nombramiento de *curador ad litem* dentro del proceso de la referencia.

De conformidad con lo anterior, me permito aportar certificado de envío de citación de notificación por aviso con anotación de "*devolución – no reside/ cambio de domicilio*", de cara a la cual manifiesto, en primer lugar, que desconozco otra dirección para efectos de notificación al demandado, y en segundo lugar, el cumplimiento del requisito previo establecido en el artículo 29 del Código Procesal del Trabajo y la Seguridad Social, para la procedencia de nombramiento de *curador ad litem*.

Dejo para su conocimiento y tramite de notificación pertinente. *Adjunto lo anunciado en 5 folio.*

Del Señor Juez Aterritamente



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Juzgado Segundo Laboral del Circuito
VALLEDUPAR

El anterior memorial fue presentado personalmente por

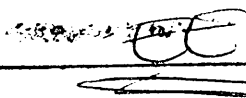
El: Diana Yekelin Ortega Alarza

Quien se identificó con C.C. No. 1065.589073

de: Valledupar y T.P. CSJ

Hoy: 22 ENE. 2019 11:45 am

A SECRETARIA





INTERRAPIDISIMO S.A.
NIT: 800251569-7
Fecha y Hora de Admisión:
15/01/2019 09:50 a.m.
Tiempo estimado de entrega:
16/01/2019 06:00 p.m.

Factura de venta no válida como soporte de pago.



700023330213

BOG $\frac{159}{34}$ BQA $\frac{65}{21}$ VDP $\frac{42}{5}$

NOTIFICACIONES

DESTINATARIO

VALLEDUPAR\CESA\COL

EDWIN YECID LEAL MONTES ... CC
MANZANA 73 CASA 11 GARUPAL 3 ETAPA
0

DATOS DEL ENVÍO

Tipo de empaque: SOBRE MANILA
Valor Comercial: \$ 10.000,00
No. de esta Pieza: 1
Peso por Volumen: 0
Peso en Kilos: 1

Bolsa de seguridad:

Dice Contener: NOTIFICACION POR AVISO ART 292

LIQUIDACION DEL ENVÍO

Notificaciones

Valor Flete: \$ 10.800,00
Valor Descuento: \$ 0,00
Valor sobre flete: \$ 200,00
Valor otros conceptos: \$ 0,00
Valor total: \$ 11.000,00
Forma de pago: CONTADO

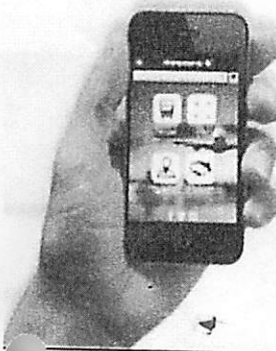
REMITENTE

G HERRERA & ASOCIADOS SAS ... NI 9007015337
CRA 11 A N. 94A-56 OFIC 402 EDFI CENTRO 95
3182815310
BOGOTA\CUND\COL

Nombre y sello

Como remitente declaro que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTEERRAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de dolo o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios expresa de mensajería y carga publicado en la página web www.interrapidisimo.com o en el punto de venta. De igual forma AUTORIZO a INTEERRAPIDISIMO S.A. al tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la compañía remitente a la página web.

Observaciones



RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

323 255 4455 O MARCANDO GRATIS
01 8000 942 - 777

Principal Bogotá Cra 30 # 7 - 45 PBX: 5605000
Sede BOGOTÁ: CARRERA 30 # 7 - 45
Sede VALLEDUPAR: CRA 11 # 13 B - 62

www.interrapidisimo.com - defensorcintern@interrapidisimo.com, sup.defclientes@interrapidisimo.com Bogotá DC.
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel. 3232554455

700023330213

GMC-GMC-R-07

DESTINATARIO

CERTIFICADO DE DEVOLUCIÓN

Señores:

G HERRERA & ASOCIADOS SAS

BOGOTA/CUNDICOL



INTER RAPIDISIMO S.A. Con licencia del Ministerio de Tecnología de la Información y las comunicaciones No. 1189 y atendiendo lo establecido en el Código General Del Proceso, se permite certificar la entrega del envío con las siguientes características:

Datos del Envío

Numero de Envío 700023330213	Fecha y Hora del Envío 15/01/2019 15:50:41
Ciudad de Origen BOGOTA/CUNDICOL	Ciudad de Destino VALLEDUPAR/CESACOL
Contenido NOTIFICACIÓN POR AVISO ART 292	
Observaciones	
Centro Servicio Origen 3609 - PTO/BOGOTA/CUNDICOL/CARRERA 15 # 90-20	

REMITENTE

Nombre G HERRERA & ASOCIADOS SAS	Identificación 9007015337
Dirección CRA 11 A N. 94A-56 OFIC 402 EDIFICIO CENTRO 95	Teléfono 3182815310

DESTINATARIO

Nombre y Apellidos (Razón Social) EDWIN YECID LEAL MONTES ...	Identificación
Dirección MANZANA 73 CASA 11 GARUPAL 3 ETAPA	Teléfono 0

TELEMERCADEO

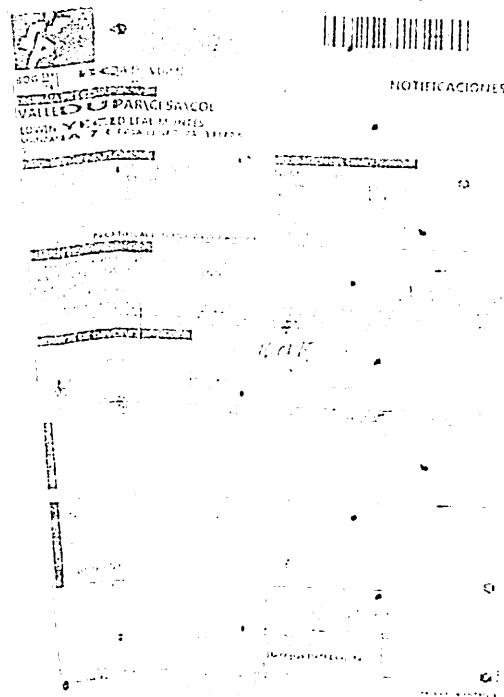
Fecha	Telefono Marcado	Persona que Contesta	Observaciones
16/01/2019	0	0	NO RESIDE / CAMBIO DE DOMICILIO

DEVOLUCIÓN

Causal de Devolución	NO RESIDE / CAMBIO DE DOMICILIO
Fecha de Devolución	16/01/2019
Fecha de Devolución al Remitente	16/01/2019

CON LO ANTERIOR SE CONFIRMA QUE EL DESTINATARIO EDWIN YECID LEAL MONTES ... NO RECIBIO EL ENVIO POR EL CAUSAL DE NO RESIDE / CAMBIO DE DOMICILIO.

IMAGEN PRUEBA DE ENTREGA DE LA DEVOLUCIÓN



CERTIFICADO POR:

Nombre Funcionario ALEX MARIO VEGA SARMIENTO	
Cargo COORDINADOR REGIONAL	Fecha de Certificación 17/01/2019 5:23:07
Guía Certificación 3000205352963	Código PIN de Certificación 4e571a1b-4ea-4cc2-8118-f493ef2b1d55

La información aquí contenida es auténtica e inmodificable y el número de guía es único, puede ser consultado en la página web <https://www.interrapidisimo.com/sigue-tu-envio> o a través de nuestra APP INTER RAPIDISIMO -Sigue tu Envío. En caso de requerir una copia de la Certificación Judicial puede solicitarla en cualquiera de nuestros puntos de atención por un costo adicional. Aplica condiciones y Restricciones www.interrapidisimo.com - servicientedocumentos@interrapidisimo.com Bogotá D.C. Carrera 30 No. 7- 45

GLI-LIN-R-21

PBX: 560 5000 Cel: 323 2554455



INTERRAPIDISIMO S.A.
NIT: 800251569-7
Fecha y Hora de Admisión:
15/01/2019 09:50 a.m.
Tiempo estimado de entrega:
16/01/2019 06:00 p.m.

Factura de Venta No.



700023330213

BOG $\frac{159}{34}$ BQA $\frac{65}{21}$ VDP $\frac{42}{5}$

NOTIFICACIONES

DESTINATARIO

VALLEDUPAR\CESA\COL

EDWIN YECID LEAL MONTES ... CC
MANZANA 73 CASA 11 GARUPAL 3 ETAPA
0

DATOS DEL ENVÍO

Tipo de empaque: SOBRE MANILA
Valor Comercial: \$ 10.000,00
No. de esta Pieza: 1
Peso por Volumen: 0
Peso en Kilos: 1
Bolsa de seguridad:

Dice Contener: NOTIFICACION POR AVISO ART 292

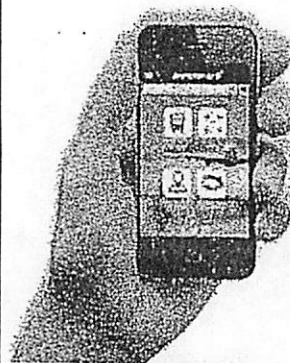
REMITENTE

G HERRERA & ASOCIADOS SAS. ... NI 9007015337
CRA 11 A N. 94A-56 OFIC 402 EDFI CENTRO 95
3182815310
BOGOTA\CUND\COL

Nombre y sello

Como remitente declaro que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetivos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de daño o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios expresa de mensajería y carga publicado en la página web www.interrapidisimo.com o en el punto de venta. De igual forma AUTORIZO a INTER RAPIDISIMO S.A. al tratamiento de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remítase a sitio web.

Observaciones



RECOGIDAS SIN RECARGO

DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

323 255 4455 O MARCANDO GRATIS
01 8000 942 - 777



Oficina Principal Bogotá Cra 30 # 7 - 45 Pbx 5605000
Oficina BOGOTÁ: CARRERA 30 # 7 - 45
Oficina VALLEDUPAR: CRA 11 # 13 B - 62

www.interrapidisimo.com - defensorcinterno@interrapidisimo.com, sup.defclientes@interrapidisimo.com Bogotá DC.
Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455
700023330213

GMC-GMC-R-07

REMITENTE



JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR.
Calle 15 # 5-06 Piso 3. Valledupar (Cesar)

CITACIÓN PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN POR AVISO
ARTÍCULO 292 DEL C.G.P.

Fecha: 15 / 01 / 2019

Señor: EDWIN YECID LEAL MONTES.

Dirección: Manaza 73 Casa 11 Garupal 3° Etapa.

Ciudad: Valledupar

No. Del proceso / Naturaleza del Proceso / fecha de providencia
DD / MM / AAAA
2017-286 / Ordinario Laboral / 14-02-2018

Demandante

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Demandado

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEAL
MONTES.

Se advierte que esta notificación se considerará cumplida al finalizar el día siguiente al de la FECHA DE ENTREGA de este aviso, siendo su deber concurrir al Juzgado dentro de los diez (10) días siguientes para notificarse del auto admisorio. De no comparecer dentro del término referido, se designará un curador para que lo represente en el proceso, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 del Código Procesal del Trabajo y la Seguridad Social.

Anexo copia del auto admisorio de la demanda.

Empleado Responsable:

Parte Interesada

Nombres y Apellidos

Nombres y Apellidos

G. HERRERA S ASOCIADOS
ABOGADOS S A S
NIT. 900.701.632-7

FIRMA

FIRMA

Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se requiere la firma del empleado responsable.





MAJIA JUDICIAL DEL PODER JUDICIAL
JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO
CL 5 - CIV. 5. EDIC. CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
MIS 48 - TEL. 5005411 - PLAZA ALFONSO LÓPEZ
VALLEDUPAR - CESAR

VALLEDUPAR, 13 DE FEBRERO DE 2018

SECRETARÍA: Pasa al despacho del señor Juez para informarle que la presente demanda correspondió por reparto. Provea.

ELIANA PATRICIA ESCOBAR BROCHERO
Secretaría

JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR
VALLEDUPAR, 13 DE FEBRERO DE 2018

REF: ORDINARIO LABORAL
DEMANDANTE: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
DEMANDADO: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEA MONTES
RAD: 20.001.31.05.002.2017.00286.00.

AUTO

Por venir en legal forma se admite la presente demanda, se ordena notificar y correr traslado MARIANO AMARIZ CONSUEGRA, representante legal de LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR, o quien haga sus veces y a ADWIN YECID LEA MONTES, domiciliados en la ciudad de Valledupar - Cesar. Advértaseles que cuentan con el plazo de diez (10) días hábiles contados a partir del día siguiente de la notificación de la presente providencia para dar contestación a la demanda. Hágaseles entrega de copia de la demanda y del auto que la admite.

Para los efectos de la notificación de la demanda, se actuará conforme lo dispone el artículo 29 y 41 del C.P. del T y 5.5.

Se reconoce personería a la Dr GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, identificado con CC N° 19.395.114 y TP N° 39.116 del CSJ, como apoderado del demandante conforme al poder de folio 10 a 11.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

El Juez,

JESUS ARMANDO ZAMORA SUAREZ

JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO
VALLEDUPAR

Hoy 15 FEB 2018

se notifica el acto anterior a los

Por estado

El Juez

Señor

JUEZ SEGUNDO (2) LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR.

E.

S.

D.

REFERENCIA: ORDINARIO LABORAL DE PRIMERA INSTANCIA.

DEMANDANTE: AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

DEMANDADO: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEAL MONTES.

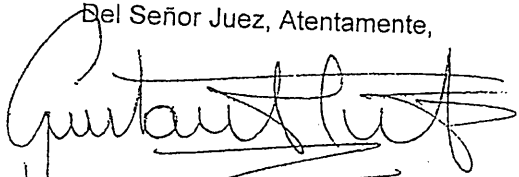
EXPEDIENTE: 2017-286.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de **AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, según poder que reposa en el expediente, por medio del presente escrito, me permito solicitar se designe *curador ad litem* a los demandados de conformidad con la constancia de notificación que se adjunta con la presente, según el numeral 4 del artículo 291 del Código General del Proceso.

Dejo para su conocimiento y tramite de notificación pertinente.

Adjunto lo anunciado en 3 folio.

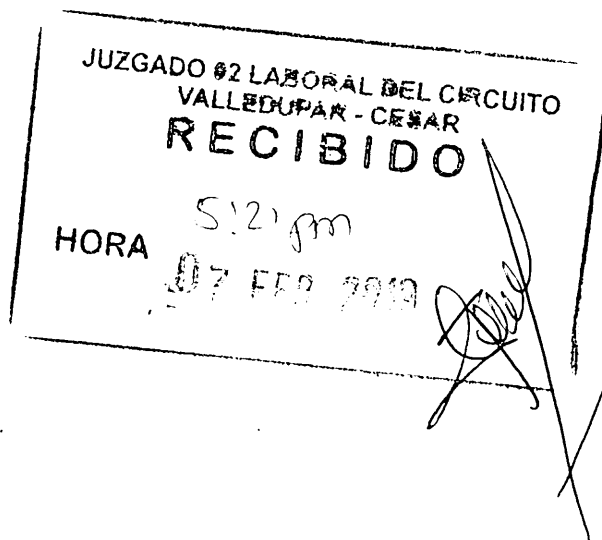
Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.





INTERRAPIDISIMO S.A.
NIT: 800251569-7
Fecha y Hora de Admisión:
30/01/2019 05:13 p.m.
Tiempo estimado de entrega:
31/01/2019 06:00 p.m.

Factura de Venta No.



700023633083

BOG 69
34 BQA 2
2

NOTIFICACIONES

DESTINATARIO

SANTA MARTA\MAGD\COL

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL CESAR CC
CALLE 22 N. 19B-46

0

DATOS DEL ENVÍO

Tipo de empaque: SOBRE MANILA
Valor Comercial: \$ 10.000,00
No. de esta Pieza: 1
Peso por Volumen: 0
Peso en Kilos: 1
Bolsa de seguridad: 0

LIQUIDACIÓN DEL ENVÍO

Notificaciones

Valor Flete: \$ 10.800,00
Valor Descuento: \$ 0,00
Valor sobre Flete: \$ 200,00
Valor otros conceptos: \$ 0,00
Valor total: \$ 11.000,00
Forma de pago: CONTADO

Dice Contener: NOTIFICACION POR AVISO

REMITENTE

G HERRERA & ASOCIADOS SAS. ... NI 9007015337
CRA 11 A N. 94A-56 OFIC 402 EDFI CENTRO 95
3182815310
BOGOTÁ\CUND\COL

Nombre y sello

X

Como remitante declaro que este envío no contiene dinero en efectivo, joyas, valores negociables u objetivos prohibidos por la ley y el valor declarado del envío es el que corresponde a lo descrito en este documento y por lo tanto es el que INTER RAPIDISIMO S.A. asumirá en caso de daño o pérdida. ACEPTO las condiciones en el contrato de prestación de servicios impresa de mensajería y carga publicado en la página web www.interrapidismo.com o en el punto de venta. De igual forma AUTORIZO a INTER RAPIDISIMO S.A. el uso de mis datos personales conforme a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012. Para más información de la política de privacidad y protección de datos personales de la Compañía remítase a sitio web.

Observaciones



RECOGIDAS SIN RECARGO



DESDE SU CELULAR DESCARGANDO NUESTRA APP

NUEVA LINEA DE ATENCIÓN !!!

323 255 4455 O MARCANDO GRATIS
01 8000 942 - 777

Oficina Principal Bogotá Cra 30F 7 - 45 Pbx 5605000

Oficina BOGOTÁ: CARRERA 30 # 7 - 45

Oficina SANTA MARTA: CALLE 22 # 6-82 LOCAL 3 CENTRO COMERCIAL LA 22

www.interrapidismo.com - DefensorIntern@interrapidismo.com, sun.defclientes@interrapidismo.com Bogotá DC.

Carrera 30 # 7-45 PBX: 5605000 Cel: 3232554455

700023633083

GMC-GMC-R-07

REMITENTE



JUZGADO SEGUNDO LABORAL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR.
Calle 15 # 5-06 Piso 3. Valledupar (Cesar)

CITACIÓN PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN POR AVISO
ARTÍCULO 292 DEL C.G.P.

Fecha: 30/01/2019

Señor: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL CESAR

Dirección: Calle 22 No. 19 B - 46

Ciudad: Santa Marta

No. Del proceso / Naturaleza del Proceso / fecha de providencia
DD / MM / AAAA

2017-286 / Ordinario Laboral / 14-02-2018

Demandante

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

Demandado

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE
INVALIDEZ DEL CESAR Y EDWIN YECID LEAL
MONTES.

Se advierte que esta notificación se considerará cumplida al finalizar el día siguiente al de la FECHA DE ENTREGA de este aviso, siendo su deber concurrir al Juzgado dentro de los diez (10) días siguientes para notificarse del auto admisorio. De no comparecer dentro del término referido, se designará un curador para que lo represente en el proceso, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 del Código Procesal del Trabajo y la Seguridad Social.

Anexo copia del auto admisorio de la demanda.

Empleado Responsable:

Parte Interesada

Nombres y Apellidos

FIRMA

Gustavo Alberto Herrera Ariza
Nombres y Apellidos
G. HERRERA ARIZA
ABOGADO
C.C. 17.800.701.633-7

FIRMA

Nota: En caso de que el usuario llene los espacios en blanco de este formato, no se requiere la firma del empleado responsable.

