

San Juan de Pasto, diciembre de 2022

Señores

**BANCO BBVA S. A.**  
**BBVA SEGUROS S. A.**  
Ciudad

REF. DERECHO DE PETICION  
ASUNTO: SOLICITUD RECONSIDERACION  
TOMADOR: BBVA COLOMBIA S. A.  
AFECTADO: NELSON ARMANDO VALLEJO CEDULA: 13.006.433  
CREDITO: 00130655009600200459  
SINIESTRO: VGDB-26400  
POLIZA: 0110043.

---

Nosotros: **GLADYS AMPARO LOPEZ ARCOS**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No 30.719.290 expedida en Sandoná, en calidad de esposa del difunto **NELSON ARMANDO VALLEJO**; y los hijos: **DIANA CAMILA VALLEJO LOPEZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No 1.066.135.565, expedida en Sandoná; **ANA CRISTINA VALLEJO LOPEZ**, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No 27.435.323, expedida en Sandoná, **DARIO FERANDO VALLEJO LOPEZ**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No 87.574.320; actuando en calidad de herederos y con fundamento en el artículo 23 de la Constitución Política, por medio del presente escrito presente solicitud de reconsideración frente a la objeción del reclamo VGDB-26400 en afectación de la póliza VGD 0110043.

### HECHOS

- 1- Conocedores de la jurisprudencia mayoritaria en materia de legitimación en tratándose del seguro de vida grupo deudores, en el presente escrito no actuamos como beneficiarios, sino como terceros intervinientes que podemos resultar perjudicados por la decisión tomada por la aseguradora.
- 2- Con el fin de evitar un proceso de responsabilidad civil extracontractual en contra de la aseguradora, el cual es largo y costoso, elevo la presente solicitud.

- 3- Mediante oficio del 22 de julio de 2022 BBVA SEGUROS, objeta la reclamación, con fundamento el artículo 1058 del Código de Comercio, que trata el tema de reticencia.
- 4- El señor NELSON ARMANDO VALLEJO, suscribió el crédito en el banco BBVA COLOMBIA S. A.; el 30 de diciembre de 2014, fecha en la que diligencio el requisito de asegurabilidad.
- 5- El señor NELSON ARMANDO VALLEJO, falleció el 14 de junio de 2022.
- 6- Desde la fecha de suscripción del crédito, hasta la fecha del fallecimiento del señor NELSON ARMANDO VALLEJO, han transcurrido más de 5 años. Motivo por el cual ha operado el fenómeno jurídico de la prescripción de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio; por lo cual la asegurador no puede alegar la nulidad relativa del contrato de seguro.

### **PRESUPUESTOS JURIDICOS**

#### **JURISPRUDENCIALES**

- 1- El tema de la prescripción en contra de la aseguradora en tratándose de la nulidad relativa por inexactitud o reticencia del tomador, fue tratado por primera vez en la sentencia de la corte suprema de justicia, en sentencia del 3 de mayo de 2000, cuyo magistrado Ponente fue el Dr. Nicolas Bechara Simancas, expediente 5360. Claramente se concluye que la prescripción aplicable al seguro de vida es la extraordinario o sea 5 años y que se comienzan a contar desde la fecha de la suscripción del negocio aseguratorio que generalmente concuerda con la aprobación del crédito.
- 2- En sentencia SC5294-2018 del 6 de diciembre de 2018, MP. Aroldo Wilson Quiroz Mosalve encontramos:

"Por último, fue acertado afirmar, como lo dispuso el Tribunal atacado, que respecto de la aseguradora que invoca la nulidad relativa del seguro porque el tomador incurrió en reticencia o inexactitud en la declaración sobre el estado del riesgo, el término prescriptivo debe partir desde la celebración del convenio, toda vez que allí la empresa conoció o debió conocer la falencia que ahora aduce."

Se reitera que desde la suscripción del seguro a la fecha de la muerte han transcurrido más de 5 años, motivo por el cual no se puede alegar la nulidad relativa del contrato, puesto que ha operado el fenómeno jurídico de la prescripción de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio.

#### DOCTRINALES

- 1- El profesor ANDRES ELOY ORDOÑEZ ORDOÑEZ en el libro "las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguros", de la editorial de la Universidad Externado de Colombia, pagina 65, año 2004; habla sobre la prescripción de la acción de nulidad relativa del contrato de seguro de vida en tratándose de la reticencia"

Sobre la prescripción de la acción de nulidad en el caso de reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo

"En importante sentencia del 3 de mayo de 2000, con ponencia del magistrado Nicolas Bechara Simancas, la Sala Civil de la corte se refirió al tema de la prescripción de la acción de nulidad del contrato de seguro, en un caso en que la causal de nulidad, invocada como excepción por el asegurador, fue precisamente la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo. Esta sentencia, que se refiere en general al tema de la prescripción, toca tangencialmente el tema de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo, para puntualizar, entre otros, las siguientes doctrinas jurisprudenciales:

- i. La aplicabilidad a la prescripción de la acción de nulidad, de los términos señalados en el artículo 1081 C. Co, contra la opinión de quienes consideran que deben ser aplicadas las normas generales del código de comercio que se refieren a la prescripción de la acción de nulidad de los contratos.
- ii. La consecucional consolidación de la prescripción extraordinaria de la acción de nulidad, por comenzar a contarse el termino correspondiente desde el momento de la formalización del contrato de seguro, una vez vencido el termino de los cinco años posteriores a dicha formalización.
- iii. La prescripción de la acción de nulidad conlleva la imposibilidad consecucional de alegar la excepción correspondiente frente a la acción del asegurado, por parte del asegurador, sobre la base de considerar que en el sistema colombiano es inaplicable el principio de la "imprescriptibilidad de las excepciones", conocido en otros países".

- 2- Hernan Fabio Lopez Blanco, en su obra "comentarios al contrato de seguro" de Dupre Editores, año 2022, pagina 541, después de hacer un análisis de la jurisprudencia sobre la prescripción aplicable a la nulidad relativa del contrato se seguro concluye:

"Por cuanto cualquier acción derivada del contrato de seguro prescribe cincoaños después de ocurrido el hecho generador de la acción".

- 3- En el mismo sentido se expresa el jurista Fernando Palacios Sánchez, en su obra "El seguro, causas y soluciones de los conflictos entre asegurados y aseguradores con ocasión del siniestro", segunda edición, editorial Universidad de la Sabana, pagina 96, 2018:

"Es preciso señalar que cuando se ve superado el termino de 5 años contados a partir de la declaración de asegurabilidad y sobre todo en pólizas de salud que el deterioro del estado de salud es propio del riesgo asegurado, la compañía no podrá alegar reticencia".

### **PRETENSIONES**

- 1- Se levante la objeción del reclamo en referencia conforme a los argumentos arriba esbozados.
- 2- Se procede al pago del saldo insoluto de las obligaciones No 00130655009600200459 suscrito con el banco BBVA Colombia S. A.
- 3- Conforme al artículo 1080 del código de comercio, se liquiden intereses desde la fecha de constitución en mora y que corresponde a la fecha de la reclamación inicial.

### **ANEXOS:**

- 1- Partida de matrimonio.
- 2- Registros civiles de nacimiento
- 3- Copia de cédulas
- 4- Saldo insoluto de la obligación.

## NOTIFICACIONES

Las notificaciones las recibiremos en la Manzana F casa 3 Barrio Normandía de la ciudad de Pasto, al correo: [dario.vallejo25@gmail.com](mailto:dario.vallejo25@gmail.com) o al celular 318 612 2160.

Cordial saludo,

*Gladys Amparo Lopez A.*  
**GLADYS AMPARO LOPEZ ARCOS**  
C. C. 30.719.290

*Diana Camila Vallejo Lopez*  
**DIANA CAMILA VALLEJO LOPEZ**  
C. C. 1080135555

*Ana Cristina Vallejo L.*  
**ANA CRISTINA VALLEJO LOPEZ**  
C. C. 27435323

*Dario Fernando Vallejo Lopez*  
**DARIO FERANDO VALLEJO LOPEZ**  
C. C. 87074320

Copia

Dr. GUILLERMO ENRIQUE DAJAU FERNANDEZ  
Defensor del Consumidor Carrera 9 No 72-21 Piso 4 Bogotá  
Defensoria.bbva.com/bbva.com.co



**BBVA COLOMBIA**  
**NIT 860.003.020-1**

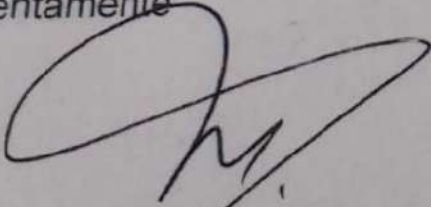
**CERTIFICA**

Que **NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ** q.e.p.d, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 13.006.433 se encontraba vinculado(a) a nuestra entidad a través de un Crédito Hipotecario No. 655-9600200459, el cual presenta un saldo de deuda a la fecha por valor de **\$114.168.458,06**, en donde valor inicial fue por \$120.000.000 desembolsado el día 30 de diciembre de 2014.

Esta certificación se expide a los (23) días del mes (09) de (2022), con destino a **quien interese**.

"El Estado de cuenta de la obligación que se presenta en este documento es válido únicamente para la fecha indicada en la impresión de esta consulta, por lo que no es un soporte para la cancelación de la obligación en una fecha distinta a la indicada o para aplicación de pagos posteriores a la fecha de impresión de este detalle de deuda"

Atentamente

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'N' followed by a horizontal stroke and a small flourish.

**FIRMA AUTORIZADA**  
**OFICINA PARQUE NARIÑO**

|                                        |                                         |                                               |                                         |                                                |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|
| ORDINALES O<br>CÓDIGOS DE<br>LOS MESES | ENERO... 01<br>MAYO... 05<br>SEPT... 09 | FEBRERO... 02<br>JUNIO... 06<br>OCTUBRE... 10 | MARZO... 03<br>JULIO... 07<br>NOV... 11 | ABRIL... 04<br>AGOSTO... 08<br>DICIEMBRE... 12 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------|

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

8247855

IDENTIFICACION No.

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| 1 Parte básica | 2 Parte correlativa |
| 8,1,10,0,4     | 14708               |

|                              |                                                                    |                                                                         |                    |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| OFICINA<br>REGISTRO<br>CIVIL | 3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)<br>NOTARIA UNICA.- | 4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría<br>SANDONA-NARIÑO.- | 5 Código<br>4560.- |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|

SECCION GENERAL

|                     |                                       |                                                                                    |                                           |
|---------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| INSCRITO            | 6 Primer apellido<br>VALLEJO.-        | 7 Segundo apellido<br>LOPEZ.-                                                      | 8 Nombres<br>DARIO FERNANDO.-             |
| SEXO                | 9 Masculino o Femenino<br>MASCULINO.- | 10 <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | FECHA DE NACIMIENTO                       |
|                     |                                       |                                                                                    | 11 Día 04. 12 Mes OCTUBRE.- 13 Año 1.981. |
| LUGAR DE NACIMIENTO | 14 País<br>COLOMBIA.-                 | 15 Departamento, Int., o Com.<br>NARIÑO.-                                          | 16 Municipio<br>SANDONA.-                 |

SECCION ESPECIFICA

|                      |                                                                                                                                            |                                                                          |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| DATOS DEL NACIMIENTO | 17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento<br>HOSPITAL CLARITA SANTOS- SANDONA.- | 18 Hora<br>3.A.M.                                                        |
|                      | 19 Documento presentado-Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)<br>ACTA PARROQUIAL.- Pbro. MIGUEL ULIAN.-                            | 20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento<br>21 No. licencia |
| MADRE                | 22 Apellidos (de soltera)<br>LOPEZ ARCOS.-                                                                                                 | 23 Nombres<br>GLADIS AMPARO.-                                            |
|                      | 24 Edad actual<br>21.                                                                                                                      | 25 Identificación (clase y número)<br>C.C.#30.719.290 Pasto.-            |
| PADRE                | 26 Nacionalidad<br>COLOMBIANA.-                                                                                                            | 27 Profesión u oficio<br>HOGAR.-                                         |
|                      | 28 Apellidos<br>VALLEJO VELASQUEZ.-                                                                                                        | 29 Nombres<br>NELSON ARMANDO.-                                           |
|                      | 30 Edad actual<br>26.-                                                                                                                     | 31 Identificación (clase y número)<br>C.C.#13.006.433 Ipiales.-          |
|                      | 32 Nacionalidad<br>COLOMBIANO.-                                                                                                            | 33 Profesión u oficio<br>COMERCIANTE.-                                   |

|                      |                                                                                  |                                                                                                         |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DENUNCIANTE          | 34 Identificación (clase y número)<br>C.C.#30.719.290 Pasto.-                    | 35 Firma (autógrafa)<br><i>Gladi Amparo Lopez</i>                                                       |
|                      | 36 Dirección postal y municipio<br>Sandona.-                                     | 37 Nombre:<br>GLADIS AMPARO LOPEZ.-                                                                     |
| TESTIGO              | 38 Identificación (clase y número)<br>-                                          | 39 Firma (autógrafa)<br>-                                                                               |
|                      | 40 Domicilio (Municipio)<br>-                                                    | 41 Nombre:<br>-                                                                                         |
| TESTIGO              | 42 Identificación (clase y número)<br>-                                          | 43 Firma (autógrafa)<br>-                                                                               |
|                      | 44 Domicilio (Municipio)<br>-                                                    | 45 Nombre:<br>-                                                                                         |
| FECHA DE INSCRIPCION | (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)<br>46 Día 13 47 Mes ABRIL.- 48 Año 1.984. | 49 Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro<br>Forma No. 1 PI - D VI/77 |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SANDONA - NARIÑO</p> <p>CERTIFICA</p> <p>81 JUL 2022</p> <p>QUE EL PRESENTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DE SU ORIGINAL<br/>Dcto. 960/70) VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES (Decreto 960/70)</p> <p>VALIDO PARA<br/>ACREDITAR PARENTESCO</p> <p>MARIA CARLOTA DEL SOCORRO JARAMILLO LOZANO<br/>NOTARIA UNICA DE SANDONA - NARIÑO</p> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|                                        |                                         |                                         |                                      |                                        |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| ORDINALES O<br>CODIGOS DE<br>LOS MESES | ENERO... 01<br>MAYO... 05<br>SEPT... 09 | FEBRERO 02<br>JUNIO... 06<br>OCTUBRE 10 | MARZO 03<br>JULIO... 07<br>NOV... 11 | ABRIL... 04<br>AGOSTO 08<br>DICI... 12 |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

15739847

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

|                |                |
|----------------|----------------|
| 1 Parte básica | 2 Parte compl. |
| 9.0.1.0.0      | 62197          |

|                              |                                                                    |                                                                          |                  |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|
| OFICINA<br>REGISTRO<br>CIVIL | 3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)<br>Notaría Unica.- | 4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría<br>Sandóna- Nariño.- | 5 Código<br>4560 |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|

SECCION GENERAL

|                     |                                      |                                                                                    |                                   |
|---------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| INSCRITO            | 6 Primer apellido<br>Vallejo.-       | 7 Segundo apellido<br>López.-                                                      | 8 Nombres<br>DIANA CAMILA.-       |
| SEXO                | 9 Masculino o Femenino<br>FEMENINO.- | 10 <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino | FECHA DE NACIMIENTO               |
| LUGAR DE NACIMIENTO | 11 Día<br>03                         | 12 Mes<br>Octubre.-                                                                | 13 Año<br>1.990.                  |
|                     | 14 País<br>Colombia.-                | 15 Departamento, Int., o Com.<br>Nariño.-                                          | 16 Municipio<br>Sandóna- Nariño.- |

SECCION ESPECIFICA

|                      |                                                                                                                                            |                                                       |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| DATOS DEL NACIMIENTO | 17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento<br>Casa-- Calle 5. # 03-50- Sandóna.- | 18 Hora<br>2 1/4 A.M.                                 |
|                      | 19 Documento presentado-Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)<br>TESTIGOS.-                                                        | 20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento |
| MADRE                | 22 Apellidos (de soltera)<br>López Arcos.-                                                                                                 | 23 Nombres<br>Amparo.-                                |
|                      | 25 Identificación (clase y número)<br>C.C.# 30.719.290 de Pasto.-                                                                          | 24 Edad actual<br>30.-                                |
| PADRE                | 28 Apellidos<br>Vallejo Velasquez.-                                                                                                        | 26 Nacionalidad<br>Colombiana.-                       |
|                      | 31 Identificación (clase y número)<br>C.C.# 13.006.433 de Ipiales.-                                                                        | 27 Profesión u oficio<br>Hogar.-                      |
|                      |                                                                                                                                            | 29 Nombres<br>Nelson Armando.-                        |
|                      |                                                                                                                                            | 30 Edad actual<br>37.-                                |
|                      |                                                                                                                                            | 32 Nacionalidad<br>Colombiano.-                       |
|                      |                                                                                                                                            | 33 Profesión u oficio<br>Comerciante.-                |

|                      |                                                                     |                                         |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| DENUNCIANTE          | 34 Identificación (clase y número)<br>C.C.# 13.006.433 de Ipiales.- | 35 Firma (autógrafa)                    |
|                      | 36 Dirección postal y municipio<br>Sandóna- Nariño.-                | 37 Nombre<br>Nelson Armando Vallejo V.- |
| TESTIGO              | 38 Identificación (clase y número)<br>C.C.# 5.331.177 de Sandóna.-  | 39 Firma (autógrafa)                    |
|                      | 40 Domicilio (Municipio)<br>Sandóna- Nariño.-                       | 41 Nombre<br>Segundo D. Rojas "ajardo-  |
| TESTIGO              | 42 Identificación (clase y número)<br>C.C.# 5.331.734 de Sandóna.-  | 43 Firma (autógrafa)                    |
|                      | 44 Domicilio (Municipio)<br>Sandóna- Nariño.-                       | 45 Nombre<br>Evelio Felipe Rojas B.-    |
| FECHA DE INSCRIPCION | (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)                              |                                         |
|                      | 46 Día<br>10                                                        | 47 Mes<br>Abril.-                       |
|                      | 48 Año<br>1.991.-                                                   |                                         |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SANDONA - NARIÑO  
CERTIFICA 12 2 JUN 2022

QUE EL PRESENTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DE SU ORIGINAL (Decreto 960/70) VALIDO PAR TODOS LOS EFECTOS LEGALES (Decreto 960/70)

NOTARIA UNICA DE SANDONA  
Emiro Gabriel  
Rivera Rojas  
NOTARIO ENCARGADO



MARIA CARLOTA DEL SOCORRO JARAMILLO LOZANO  
NOTARIA UNICA DE SANDONA - NARIÑO



NOTARIO ENCARGADO

VALIDO PARA  
ACREDITAR PARENTESCO

|                                        |               |          |                  |          |                |          |                 |          |             |          |                 |          |
|----------------------------------------|---------------|----------|------------------|----------|----------------|----------|-----------------|----------|-------------|----------|-----------------|----------|
| ORDINALES O<br>CODIGOS DE<br>LOS MESES | ENERO<br>MAYO | 01<br>05 | FEBRERO<br>JUNIO | 02<br>06 | MARZO<br>JULIO | 03<br>07 | ABRIL<br>AGOSTO | 04<br>08 | SEPT<br>NOV | 09<br>11 | OCTUBRE<br>DICI | 10<br>12 |
|----------------------------------------|---------------|----------|------------------|----------|----------------|----------|-----------------|----------|-------------|----------|-----------------|----------|

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

8247856

IDENTIFICACION No

|                |               |
|----------------|---------------|
| 1 Parte básica | 2 Parte compl |
| 8,3,0,4,1,7    | 12077         |

|                              |                                                 |                                                     |          |
|------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------|
| OFICINA<br>REGISTRO<br>CIVIL | 3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) | 4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría | 5 Código |
|                              | NOTARIA UNICA.-                                 | SANDONA-NARIÑO.-                                    | 4560.    |

SECCION GENERAL

|                     |                        |                                                                                    |                                        |
|---------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| INSCRITO            | 6 Primer apellido      | 7 Segundo apellido                                                                 | 8 Nombres                              |
|                     | VALLEJO.-              | LOPEZ.-                                                                            | ANA CRISTINA.-                         |
| SEXO                | 9 Masculino o Femenino | 10 <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino | FECHA DE NACIMIENTO                    |
|                     | FEMENINO.-             |                                                                                    | 11 Día 17 12 Mes ABRIL.- 13 Año 1.983. |
| LUGAR DE NACIMIENTO | 14 País                | 15 Departamento, Int., o Com.                                                      | 16 Municipio                           |
|                     | COLOMBIA.-             | NARIÑO.-                                                                           | SANDONA.-                              |

SECCION ESPECIFICA

|                      |                                                                                                      |                                                       |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| DATOS DEL NACIMIENTO | 17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento | 18 Hora                                               |
|                      | HOSPITAL- CLARITA SANTOS- SANDONA.-                                                                  | 12.M.                                                 |
|                      | 19 Documento presentado- Antecedente (Cert. médico, Acta parroq., etc.)                              | 20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento |
|                      | ACTA PARROQUIAL.- -Pbro. Jorge Arturo Acosta M.-                                                     | 21 No licencia                                        |
| MAORE                | 22 Apellidos (de soltera)                                                                            | 23 Nombres                                            |
|                      | LOPEZ ARCOS.-                                                                                        | GLADIS AMPARO.-                                       |
|                      | 25 Identificación (clase y número)                                                                   | 26 Nacionalidad                                       |
|                      | C.C.#30.719.290 Pasto.-                                                                              | COLOMBIANA.-                                          |
|                      |                                                                                                      | 27 Profesión u oficio                                 |
|                      |                                                                                                      | HOGAR.-                                               |
| PADRE                | 28 Apellidos                                                                                         | 29 Nombres                                            |
|                      | VALLEJO VELASQUEZ.-                                                                                  | NELSON ARMANDO.-                                      |
|                      | 31 Identificación (clase y número)                                                                   | 30 Estado civil                                       |
|                      | C.C.#13.006.433 Ipiales.-                                                                            | 28.-                                                  |
|                      |                                                                                                      | 32 Nacionalidad                                       |
|                      |                                                                                                      | COLOMBIANO.-                                          |
|                      |                                                                                                      | 33 Profesión u oficio                                 |
|                      |                                                                                                      | COMERCIANTE.-                                         |

|                      |                                        |                       |
|----------------------|----------------------------------------|-----------------------|
| DENUNCIANTE          | 34 Identificación (clase y número)     | 35 Firma (autógrafa)  |
|                      | C.C.#30.719.290 de Pasto.-             |                       |
|                      | 36 Dirección postal y municipio        | 37 Nombre             |
|                      | Sandona.-                              | GLADIS AMPARO LOPEZ.- |
| TESTIGO              | 38 Identificación (clase y número)     | 39 Firma (autógrafa)  |
|                      |                                        |                       |
|                      | 40 Domicilio (Municipio)               |                       |
| TESTIGO              | 42 Identificación (clase y número)     | 41 Nombre             |
|                      |                                        |                       |
|                      | 44 Domicilio (Municipio)               | 43 Firma (autógrafa)  |
|                      |                                        |                       |
| FECHA DE INSCRIPCION | 46 Día 13 47 Mes ABRIL.- 48 Año 1.984. |                       |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SANDONA - NARIÑO  
CERTIFICA

12 2 JUN 2022

QUE EL PRESENTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DE SU ORIGINAL (Art. 75  
Decreto 360/70) VALIDO PAR TODOS LOS EFECTOS LEGALES (Decreto Ley 1969/90)

Digitized by CamScanner

NOTARIA UNICA DE SANDONA

Emiro Gabriel  
Rivera Rojas

NOTARIO ENCARGADO



VALIDO PARA  
EDITAR PARENTESCO

MARIA CARLOTA DEL SOCORRO JARAMILLO LOZANO  
NOTARIA UNICA DE SANDONA - NARIÑO



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO

Indicativo  
Serial

07399137



|                                                                                                                                                                                                                                 |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Datos de la oficina de registro</b>                                                                                                                                                                                          |         |
| Clase de oficina: Registraduría <input type="checkbox"/> Notaría <input checked="" type="checkbox"/> Consulado <input type="checkbox"/> Corregimiento <input type="checkbox"/> Insp. de Policía <input type="checkbox"/> Código | M 9 H - |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía                                                                                                                                                       |         |
| COLOMBIA - NARIÑO - SANDONA                                                                                                                                                                                                     |         |

|                                                                                                          |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Datos del matrimonio</b>                                                                              |                     |
| Lugar de celebración: País - Departamento - Municipio                                                    |                     |
| COLOMBIA - NARIÑO - SANDONA                                                                              |                     |
| Fecha de celebración                                                                                     | Clase de matrimonio |
| Año 1980 Mes AGO Día 06 Civil Religioso <input checked="" type="checkbox"/>                              |                     |
| Documento que acredita el matrimonio                                                                     |                     |
| Tipo de documento                                                                                        | Número              |
| Acta religiosa <input type="checkbox"/> Escritura de protocolización <input checked="" type="checkbox"/> | 4.240               |
| Notaría, juzgado, parroquia, otra                                                                        |                     |
| Notaría cuarta de pasto - Nariño.                                                                        |                     |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| <b>Datos del contrayente</b>                 |  |
| Apellidos y nombres completos                |  |
| VALLEJO VELASQUEZ NELSON ARMANDO             |  |
| Documento de identificación (Clase y número) |  |
| CEDULA Nro. 13.006.433 DE IPIALES - NARIÑO   |  |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| <b>Datos de la contrayente</b>               |  |
| Apellidos y nombres completos                |  |
| LOPEZ ARGOS GLADYS AMPARO                    |  |
| Documento de identificación (Clase y número) |  |
| CEDULA Nro. 30.719.290 DE PASTO - NARIÑO     |  |

|                                              |                                             |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Datos del denunciante</b>                 |                                             |
| Apellidos y nombres completos                |                                             |
| LOPEZ ARGOS GLADYS AMPARO                    |                                             |
| Documento de identificación (Clase y número) |                                             |
| CEDULA Nro. 30.719.290 DE PASTO.             |                                             |
| Fecha de inscripción                         | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
| Año 2022 Mes JUL Día 16                      | MARIA CARLOTA JARAMILLO L. Notaria          |

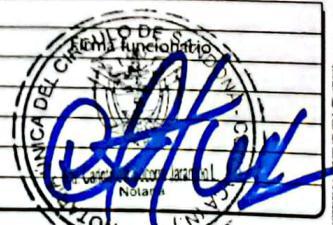
|                                       |             |               |
|---------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>CAPITULACIONES MATRIMONIALES</b>   |             |               |
| Lugar otorgamiento de la escritura    | No. Notaría | No. Escritura |
|                                       |             |               |
| Fecha de otorgamiento de la escritura |             |               |
| Año                                   | Mes         | Día           |
|                                       |             |               |

|                                            |                                 |                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>HIJOS LEGITIMADOS POR EL MATRIMONIO</b> |                                 |                                 |
| Nombres y apellidos completos              | Identificación (Clase y número) | Indicativo serial de nacimiento |
|                                            |                                 |                                 |
|                                            |                                 |                                 |
|                                            |                                 |                                 |

|                     |                           |                   |               |
|---------------------|---------------------------|-------------------|---------------|
| <b>PROVIDENCIAS</b> |                           |                   |               |
| Tipo de providencia | No. Escritura o Sentencia | Notaría o Juzgado | Lugar y fecha |
|                     |                           |                   |               |
|                     |                           |                   |               |
|                     |                           |                   |               |

|                                                                                                                                                                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ESPACIO PARA NOTAS</b>                                                                                                                                                                          |  |
| Este serial reemplaza al serial nro. 127784 del 08-03-1.989 de esta Notaría, por corrección en los datos de los inscritos mediante R.P.N. 4.240 del 11 de julio de 2.022 de la Notaría 4a de pasto |  |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

09815009

|                                                                                                  |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|-----------|---------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|-----|-----|----------------------------------------------|---|---------------------|-----------|--|
| <b>Datos de la oficina de registro</b>                                                           |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Clase de oficina:                                                                                | Registraduría | Notaría | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía                                       | Código                             | L                | 4   | W   |                                              |   |                     |           |  |
| País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía                        |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| COLOMBIA - NARIÑO - PASTO NOTARIA 4 PASTO                                                        |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| <b>Datos del inscrito</b>                                                                        |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                    |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| VALLEJO VELASQUEZ NELSON ARMANDO                                                                 |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                     |               |         |           |               |                                                        |                                    | Sexo (en letras) |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| CC No. 13006433                                                                                  |               |         |           |               |                                                        |                                    | MASCULINO        |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| <b>Datos de la defunción</b>                                                                     |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| COLOMBIA - NARIÑO - PASTO                                                                        |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Fecha de la defunción                                                                            |               |         |           |               | Hora                                                   | Número de certificado de defunción |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Año                                                                                              | 2             | 0       | 2         | 2             | Mes                                                    | J                                  | U                | N   | Día | 1                                            | 4 | 10:00               | 731270659 |  |
| Presunción de muerte                                                                             |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     | Fecha de la sentencia                        |   |                     |           |  |
| Juzgado que profiere la sentencia                                                                |               |         |           |               | Año                                                    | Mes                                |                  | Día |     |                                              |   |                     |           |  |
| Documento presentado                                                                             |               |         |           |               | Nombre y cargo del funcionario                         |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Autorización Judicial <input type="checkbox"/>                                                   |               |         |           |               | Certificado Médico <input checked="" type="checkbox"/> |                                    |                  |     |     | ZAMBRANO LOPEZ ESTEBAN DARIO - MEDICO        |   |                     |           |  |
| <b>Datos del denunciante</b>                                                                     |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                    |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| LASSO BUSTOS DAVID ESTEBAN                                                                       |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                     |               |         |           |               |                                                        |                                    | Firma            |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| CC No: 1085321403                                                                                |               |         |           |               |                                                        |                                    | [Firma]          |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| <b>Primer testigo</b>                                                                            |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                    |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| [Firma]                                                                                          |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                     |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| [Firma]                                                                                          |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| <b>Segundo testigo</b>                                                                           |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Apellidos y nombres completos                                                                    |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| [Firma]                                                                                          |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Documento de identificación (Clase y número)                                                     |               |         |           |               |                                                        |                                    | Firma            |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| [Firma]                                                                                          |               |         |           |               |                                                        |                                    | [Firma]          |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Fecha de inscripción                                                                             |               |         |           |               | Nombre y firma del funcionario que autoriza            |                                    |                  |     |     |                                              |   |                     |           |  |
| Año                                                                                              | 2             | 0       | 2         | 2             | Mes                                                    | J                                  | U                | N   | Día | 1                                            | 7 | JAIME RENE ZAMBRANO |           |  |
| ESPACIO PARA NOTAS                                                                               |               |         |           |               |                                                        |                                    |                  |     |     | OTRO:CM - CERTIFICADO DEFUNCIÓN ; 17/06/2022 |   |                     |           |  |

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



**BBVA COLOMBIA**  
**NIT 860.003.020-1**

**CERTIFICA**

Que **NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ** q.e.p.d, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 13.006.433 se encontraba vinculado(a) a nuestra entidad a través de un Crédito Hipotecario No. 655-9600200459, el cual presenta un saldo de deuda a la fecha por valor de **\$114.168.458,06**, en donde valor inicial fue por \$120.000.000 desembolsado el día 30 de diciembre de 2014.

Esta certificación se expide a los (23) días del mes (09) de (2022).con destino a quien interese.

"El Estado de cuenta de la obligación que se presenta en este documento es válido unicamente para la fecha indicada en la impresión de esta consulta, por lo que no es un soporte para la cancelación de la obligación en una fecha distinta a la indicada o para aplicación de pagos posteriores a la fecha de impresión de este detalle de deuda"

Atentamente

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'N' followed by a horizontal stroke and a small flourish.

**FIRMA AUTORIZADA**  
**OFICINA PARQUE NARIÑO**

**FOLIO**
**1**
**FECHA DE IMPRESION**
**jueves, 28 de abril de 2022**
**HOJA**
**1/18**

## DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 13006433 Numero de carpeta: 059016  
 Nombre del paciente: NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
 Fecha de Nacimiento: 08/05/1954 12:00:00 a. m. Edad Actual 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días Sexo Masculino  
 Direccion: MZ F CASA 3 Telefono: 3187877534

## DATOS DE LA ATENCION

Ingreso 687473 Fecha Ingreso 24/10/2017 11:14:09 p. m. Fecha Evolucion: 24/10/2017 11:40:39 p. m.  
 Cama Servicio 730101 - URGENCIAS CONSULTA  
 ENTIDAD EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO REGIMEN Regimen\_Simplificado

CONSULTAS EN EL AÑO PRIMERA VEZ DISCAPACIDAD COND. US  
 ETNIA Ninguna de las anteriores FECHA Y HORA DE ATENCION martes, 24 de octubre de 2017 23:21  
 MOTIVO DE CONSULTA DOLOR DEL PECHO

## HC PRIMER EVIDENCIA DE MALTRATO

1- ¿ALGUNA VEZ LA (LO) HA MALTRATADO VERBALMENTE O PSICOLOGICAMENTE? NO  
 2- ¿ USTED SE SIENTE SEGURA (O) EN LA CASA? SI  
 3- ¿ ALGUNA VEZ HA SIDO GOLPEADA POR SU PAREJA? NO

ENFERMEDAD ACTUAL PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD FUMADOR ACTIVO Y ANTECEDENTE DE HTA CRONICA, INGREA CON CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCION REFIERE QUE MIENTRAS DORMIA PRESENTA DOLOR TORACICO OPRESIVO IRRADIADO A MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, DISNEA, DOLOR INTENSO 9/10 EN ESCALA SUBJETIVA DE DOLOR, NIEGA TOS NIEGA FIEBRE , NIEGA OTROS SINTOMAS

## ANTECEDENTES

Médicos HTA CRONICA, OBESIDAD 2017-10-24  
 Quirúrgicos COLOSTOMIA ? 2017-10-24  
 Alérgicos NIEGA 2017-10-24  
 Tóxicos EXPOSICION ACTIVA A CIGARRILO , 2 CAJETILLAS DIARIAS 2017-10-24

## REVISION POR SISTEMAS NO REFIERE

SINTOMATICO RESPIRATORIO NO SINTOMATICO DE PIEL NO

SIGNOS T/A: 160/110 FC: 84 F/R: 18 TEMP: 36.0 S O % 88.0

VITALES PESO: 97 Kg. ALTURA: 170.00 Cm.

## EXAMEN FISICO

| PIEL                                        | NORMAL | DETALLE ANORMALIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CABEZA, MAXILOFACIAL Y ORG. DE LOS SENTIDOS | NORMAL | NORMOCEFALO, OJOS: PUPILAS ISOMÉTRICAS, FOTORREACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSAS HÚMEDAS, CUELLO SIN MASAS NI LINFADENOPATÍAS, CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSITO, NO DOLOROSO GU PPL NEGATIVA, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLÓGICO ALERTA CONCIENTE ORIENTADO LENGUAJE COHERENTE FUERZA 5 / 5 EN LAS CUATRO EXTREMIDADES, ROT ++ / +++, NO ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD, NO MENINGEOS, NO CEREBELOSO, NO ACTIVIDAD MOTORA ANORMAL. |
| CUELLO Y TORAX                              | NORMAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| CORAZON Y PULMONES                          | NORMAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ABDOMEN Y ESPALDA                           | NORMAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| GENITOURINARIO Y RECTO                      | NORMAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| EXTREMIDADES OSTEOARTICULAR                 | NORMAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| NEUROLOGICO                                 | NORMAL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Escala Glasgow | R.Ocular (1-4) | 4 | R.Verbal (1-5) | 5 | R.Motora (1-6) | 6 | Total Glasgow | 15 |
|----------------|----------------|---|----------------|---|----------------|---|---------------|----|
|----------------|----------------|---|----------------|---|----------------|---|---------------|----|

PARACLINICOS EKG, ENZIMAS CARDIACAS, RX DE TORAX, HEMOGRAMA Y FUNCION RENAL

OBSERVACIONES PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO, ANTECEDENTE DE OBESIDAD , HTA CRONICA Y FUMADORS ACTIVO, DOLOR TORACICO TIPICO, AHORA CON CIFRAS TENSIONALES FUERA DE METAS , EKG CON RITMO SINUSAL SIN EVIDENCIA DE SUPRA O INFRADENSIVEL DEL ST, DOLOR DE CORTA DURACION , PACIENTE CON MULTIPLES FACTORES DE RIESGO SE DECIDE INICIAR MANEJO ANTIISQUEMICO, SE INGRESA A OBSERVACION SE SOLICITAN ENZIMAS CARDIACAS Y PARACLINICOS, VALORAICON POR MEDICINA INTERNA.

## Diagnósticos

| Código | Descripción                      | Resaltado                | Tipo       | Principal                           |
|--------|----------------------------------|--------------------------|------------|-------------------------------------|
| I209   | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | <input type="checkbox"/> | Presuntivo | <input checked="" type="checkbox"/> |

Observacion: EVENTO CORONARIO ?

## LESION DE CAUSA EXTERNA

| CODIGO: FRHCD-0 | VERSION: 2.0 | 01 DE AGOSTO 2017 |
|-----------------|--------------|-------------------|
|-----------------|--------------|-------------------|

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400

Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]

FOLIO

1

FECHA DE IMPRESION

jueves, 28 de abril de 2022

HOJA

2/18

## DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 13006433 Numero de carpeta: 059016  
 Nombre del paciente: NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
 Fecha de Nacimiento: 08/05/1954 12:00:00 a. m. Edad Actual 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días Sexo Masculino  
 Direccion: MZ F CASA 3 Telefono: 3187877534

## DATOS DE LA ATENCION

Ingreso 687473 Fecha Ingreso 24/10/2017 11:14:09 p. m. Fecha Evolucion: 24/10/2017 11:40:39 p. m.  
 Cama Servicio 730101 - URGENCIAS CONSULTA  
 ENTIDAD EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO REGIMEN Regimen\_Simplificado

CAUSA  
EXTERNA

EVENTO FECHA Y HORA:

CONSULTA FECHA HORA:

LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION  
 DIRECCION DEL EVENTO

### MECANISMO / OBJETO DE LA LESION Cómo se produjo la lesión?

INTENCIONALIDAD

ACTIVIDAD QUE REALIZABA CUANDO SE LESIONO

USO DE ALCOHOL EN EL  
 LESIONADO

USO DE DROGAS EN EL LESIONADO

SOLO PARA QUEMADOS

PORCENTAJE: 0.0000 %

### DATOS ESPECIFICOS DEL EVENTO

#### LESION DE TRANSITO / TRANSPORTE

TIPO DE TRANSPORTE

CONTRAPARTE

USUARIO

ELEMENTOS DE SEGURIDAD  
 CHALECO OTRO

CINTURON

CASCO MOTO

CASCO BICICLETA

#### VIOLENCIA INTERPERSONAL

ANTECEDENTE PREVIO DE  
 AGRESION

RELACION DEL AGRESOR CON LA VICTIMA

CONTEXT  
 O

SEXO DE LOS AGRESORES

#### INTENCIONAL AUTOINFLIGIDA

INTENTO PREVIO

ANTECEDENTE DE TRASTORNO MENTAL

FACTORES PRECIPITANTES

### DATOS CLINICOS DEL EVENTO

#### SITIO ANATOMICO AFECTADO

Sistémico(Intoxicación, radiación,etc.)

Cuello

Pelvis / Genitales

Cráneo

Tórax

Miembros Superiores

Ojos

Abdomen

Miembros Inferiores

Maxilofacial/Nariz / Oídos

Columna

Otro:

#### NATURALEZA DE LA LESION

Laceración, abrasión, lesión superficial.

Fractura

Trauma craneoencefálico

Cortada, mordida, herida abierta.

Quemadura

No se sabe.

Lesión profunda/Penetrante.

Contusión a órganos  
internos.

Otra

Esguince, luxación

Lesión organica sistémica.

#### VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

TIPO MALTRATO

TIPO AGRESOR

DESTINO DEL PACIENTE

DESTINO POR CAUSA EXTERNA

CODIGO: FRHCD-0

VERSION: 2.0

01 DE AGOSTO 2017

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400

Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]

FOLIO

1

FECHA DE IMPRESION

jueves, 28 de abril de 2022

HOJA

3/18

## DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 13006433 Numero de carpeta: 059016  
Nombre del paciente: NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
Fecha de Nacimiento: 08/05/1954 12:00:00 a. m. Edad Actual: 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días Sexo: Masculino  
Direccion: MZ F CASA 3 Telefono: 3187877534

## DATOS DE LA ATENCION

Ingreso: 687473 Fecha Ingreso: 24/10/2017 11:14:09 p. m. Fecha Evolucion: 24/10/2017 11:40:39 p. m.  
Cama: Servicio: 730101 - URGENCIAS CONSULTA  
ENTIDAD: EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO REGIMEN: Regimen\_Simplificado



**PROFESIONAL MEDICINA:** TIPAS CUASPUD JAQUELINE PAOLA

**TARJETA PROFESIONAL:** 1085287047

CODIGO: FRHCD-0

VERSION: 2.0

01 DE AGOSTO 2017

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400

Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]

**FOLIO**
**1**
**FECHA DE IMPRESION**
**jueves, 28 de abril de 2022**
**HOJA**
**4/18**

## DATOS DEL PACIENTE

**Identificación:** 13006433 **Numero de carpeta:** 059016  
**Nombre del paciente:** NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
**Fecha de Nacimiento:** 08/05/1954 12:00:00 a. m. **Edad Actual:** 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días **Sexo:** Masculino  
**Dirección:** MZ F CASA 3 **Telefono:** 3187877534

## DATOS DE LA ATENCION

**Ingreso:** 687473 **Fecha Ingreso:** 24/10/2017 11:14:09 p. m. **Fecha Evolucion:** 24/10/2017 11:40:39 p. m.  
**Cama:** **Servicio:** 730101 - URGENCIAS CONSULTA  
**ENTIDAD:** EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO **REGIMEN:** Regimen\_Simplificado

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

**Identificación:** 13006433 **Carpeta No:** 059016  
**Nombre del paciente:** NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
**Entidad:** EMSSANAR ESS - ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO **Regimen:** Regimen\_Simplificado  
**Edad:** 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días **Teléfono:** 3187877534  
**Dir:** MZ F CASA 3

**SIGNOS VITALES** T/A: 160/110 FC: 84 F/R: 18 TEMP: 36.0 S O % 88.0

## EXAMEN FISICO

NORMOCEFALO, OJOS: PUPILAS ISOMÉTRICAS, FOTORREACTIVAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSAS HÚMEDAS, CUELLO SIN MASAS NI LINFADENOPATÍAS, CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES, SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, ABDOMEN CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, NO DOLOROSO GU PPL NEGATIVA, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, NEUROLÓGICO ALERTA CONCIENTE ORIENTADO LENGUAJE COHERENTE FUERZA 5 / 5 EN LAS CUATRO EXTREMIDADES, ROT ++ / +++, NO ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD, NO MENINGEOS, NO CEREBELOSOS, NO ACTIVIDAD MOTORA ANORMAL.

## Diagnósticos

| Código | Descripción                      | Resaltado | Tipo       | Principal                           |
|--------|----------------------------------|-----------|------------|-------------------------------------|
| I209   | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA |           | Presuntivo | <input checked="" type="checkbox"/> |

EVENTO CORONARIO ?

## PLAN INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO

### ESQUEMA TERAPEUTICO

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICAMENTOS</b> (Principio activo, concentracion, forma farmaceutica, dosis tiempo de tratamiento, reconciliacion medicamentosa. Defina cuidados y asesoria farmacologica) | HOSPITALIZAR EN OBSERVACION POSICION SEMIFOWLERREPOSO<br>ABSOLUTOOXIGENO POR CN A 2 LT/MINMONITOREO CARDIACO CONTINUODIETA<br>CORONARIASN 0,9% 2000 CC PARA 24 HORASOMEPRAZOL 20 MG DIA ASA 300 MG<br>DIA ASA 100 MG DIACLOPIDOGREL 75 MG DIAHEPARINA 60 MG SC CADA 12 HORAS<br>ATORVASTATINA 80 MG DIAMETOPROLOL 50 MG CADA 12 HORASLOSARTAN 50 MG<br>VO CADA 12 HORAS ALPRAZOLAM 0.5 MG VO CADA 12 HORASBISACODILO 5 MG<br>NOCHEMORFINA 4 MG IV CADA 8 HORAS SS/CH, GLUCOSA, AZOADOS, ENZIMAS<br>CARDIACAS, EKG, RX TORAXSS/VALORACION POR MEDICINA INTERNACSV IC |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## APOYO DIAGNOSTICO

|                              |    |
|------------------------------|----|
| LABORATORIO CLINICO          | SI |
| IMAGENES DIAGNOSTICAS        | NO |
| MONITORIAS                   | NO |
| ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS  | NO |
| ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS | SI |
| ESTUDIOS ESPECIALES          | NO |
| OTROS                        | NO |

## APOYO TERAPEUTICO

|                      |    |
|----------------------|----|
| TERAPIA FISICA       | NO |
| TERAPIA RESPIRATORIA | NO |
| OTRAS                | NO |

**CODIGO:** FRHCD-0

**VERSION:** 2.0

**01 DE AGOSTO 2017**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400

Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]

FOLIO

1

FECHA DE IMPRESION

jueves, 28 de abril de 2022

HOJA

5/18

## DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 13006433 Numero de carpeta: 059016  
 Nombre del paciente: NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
 Fecha de Nacimiento: 08/05/1954 12:00:00 a. m. Edad Actual 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días Sexo Masculino  
 Direccion: MZ F CASA 3 Telefono: 3187877534

## DATOS DE LA ATENCION

Ingreso 687473 Fecha Ingreso 24/10/2017 11:14:09 p. m. Fecha Evolucion: 24/10/2017 11:40:39 p. m.  
 Cama Servicio 730101 - URGENCIAS CONSULTA  
 ENTIDAD EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO REGIMEN Regimen\_Simplificado

DEFINIR LA REHABILITACION DEL  
PACIENTE Y SU CAPACIDAD  
FUNCIONAL

NO

**FOLIO**

1

**FECHA DE IMPRESION**

jueves, 28 de abril de 2022

**HOJA**

6/18

## DATOS DEL PACIENTE

**Identificación:** 13006433 **Numero de carpeta:** 059016  
**Nombre del paciente:** NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
**Fecha de Nacimiento:** 08/05/1954 12:00:00 a. m. **Edad Actual** 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días **Sexo** Masculino  
**Dirección:** MZ F CASA 3 **Telefono:** 3187877534

## DATOS DE LA ATENCION

**Ingreso** 687473 **Fecha Ingreso** 24/10/2017 11:14:09 p. m. **Fecha Evolucion:** 24/10/2017 11:40:39 p. m.  
**Cama** **Servicio** 730101 - URGENCIAS CONSULTA  
**ENTIDAD** EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO **REGIMEN** Regimen\_Simplificado

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RIESGOS DEL USUARIO                                                                  | CAIDAS DE CAMILLA, SEPSIS POR DISPOSITIVOS MÉDICOS Y DE ENFERMERIA, REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS, ALERGIAS A INSUMOS DE ENFERMERIA, REACCIONES TRANSFUSIONALES, COMPLICACIONES INHERENTES A LA ENFERMEDAD EXPLICADA, RIESGOS QUIRURGICOS Y ANESTESICOS EN EVENTUALES PROCEDIMIENTOS, INFECCIONES POR GERMENES INTRAHOSPITALARIOS, MUERTE, PROGRESION HACIA EL CHOQUE Y LA DISFUNCION DE ORGANOS. |
| IDENTIFICACIÓN NECESIDADES DE SALUD:                                                 | SIN REGISTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| INTERCONSULTAS/JUNTA MEDICA                                                          | MEDICINA INTERNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA                                                            | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| DEFINA CONDICIONES CLINICAS ESPECIALES DE CUIDADO (EJE: PACIENTE CON V.I.H : INMUNO) | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## INFORMACION AL USUARIO

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| INFORMAR AL USUARIO EL NOMBRE DEL MEDICO                     | SI |
| INFORMACION , DEBERES, DERECHOS Y PRIVACIDAD                 | SI |
| IDENTIFICAR EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS Y/O FAMILIARES      | SI |
| IDENTIFICAR PERSONAL CLAVE QUE PUEDE CONTACTAR EN CASO DE NE | SI |
| INFORMACION AL USUARIO SOBRE LA PATOLOGIA                    | SI |
| INFORMACION DE RIESGOS FARMACOLOGICOS                        | SI |
| INFORMACION DE RIESGOS DE PROCEDIMIENTOS                     | SI |
| INFORMACION DE PRONOSTICO                                    | SI |
| INFORMACION A FAMILIARES                                     | SI |



**PROFESIONAL MEDICINA:** JTIPAS  
 TIPAS CUASPUD JAQUELINE PAOLA  
**TARJETA PROFESIONAL:** 1085287047



|       |   |                    |                             |      |      |
|-------|---|--------------------|-----------------------------|------|------|
| FOLIO | 6 | FECHA DE IMPRESION | jueves, 28 de abril de 2022 | HOJA | 8/18 |
|-------|---|--------------------|-----------------------------|------|------|

## DATOS DEL PACIENTE

|                      |                                  |                    |                              |
|----------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Identificación:      | 13006433                         | Numero de carpeta: | 059016                       |
| Nombre del paciente: | NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ |                    |                              |
| Fecha de Nacimiento: | 08/05/1954 12:00:00 a. m.        | Edad Actual        | 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días |
| Dirección:           | MZ F CASA 3                      | Sexo               | Masculino                    |
|                      |                                  | Telefono:          | 3187877534                   |

## DATOS DE LA ATENCION

|         |                                 |               |                                |                  |                           |
|---------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| Ingreso | 687473                          | Fecha Ingreso | 24/10/2017 11:14:09 p. m.      | Fecha Evolucion: | 25/10/2017 03:05:50 a. m. |
| Cama    | U0125                           | Servicio      | 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN |                  |                           |
| ENTIDAD | EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN       | Subsidiado                     |                  |                           |

### ACTIVIDAD A REALIZAR :

#### SUBJETIVO

PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD CON DX DE

1. DOLOR TORAXICO ATIPICO
2. POLIGLOBULIA
3. EPOC

S/ NIEGA OTRO SINTOMA

#### EXAMEN FISICO

ALERTA, ORIENTAD, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES MV DISMINUIIDOS NO SOBREGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SNC NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

|      |   |    |       |     |     |     |      |    |    |    |    |    |    |     |     |   |     |
|------|---|----|-------|-----|-----|-----|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|-----|
| Peso | 1 | Kg | Talla | 100 | Cms | IMC | 1.00 | T° | 36 | FC | 80 | FR | 18 | T/A | 160 | / | 100 |
|------|---|----|-------|-----|-----|-----|------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|-----|

#### INTERPRETACION DE PARACLINICOS

#### AILAMIENTO

NINGUNO

FUNCION RENAL Y ELECTROLITOS NORMALES- HEMOGRAMA MUESTRA POLIGLOBULIA- TROPONINA EN RANGO DE ESPERA- EKG NORMAL

## DIAGNOSTICOS

| Código       | Descripción                      | Tipo       | Clase Diagnostico     | Principal                                |
|--------------|----------------------------------|------------|-----------------------|------------------------------------------|
| I209         | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | Presuntivo | Impresion_Diagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> Foli |
| Observación: | EVENTO CORONARIO ?               |            |                       |                                          |

#### ANALISIS

PACIENTE DE 63 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE DOLOR TORAXICO ATIPICO CON TROPONINAS EN RANGO DE ESPERA SE SOLICITA TROPONINA DE CONTROL Y SE ORDENA FLEBOTOMIA YA QUE LA POLIGLOBULIA PUEDE PRODUCIR LOS SINTOMAS QUE PRESENTA EL PACIENTE.

#### PLAN DE TRATAMIENTO

OBSERVACION  
DIETRA CORONARIA  
SS TROPONINA DE CONTROL  
FLEBOTOMIA  
VALORACION POR MEDICINA INTERNA  
CSV IC

#### Procedimientos No Quirúrgicos

| Nombre                              | Observaciones | Cantidad |
|-------------------------------------|---------------|----------|
| 389900 - FLEBOTOMIA TERAPEUTICA SOD |               | 1        |



Medico : YELA CEBALLOS JUAN FRANCISCO

Reg. Profesional: 522105

Esp. MEDICINA GENERAL

Medico Especialista :

False

|                   |              |                   |
|-------------------|--------------|-------------------|
| CODIGO: FRHCD-092 | VERSION: 2.0 | 01 DE AGOSTO 2017 |
|-------------------|--------------|-------------------|

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400  
Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co



INFORME -  
PROCEDIMIENTOS BANCO  
DE SANGRE

CODIGO: FO-HC-018

VERSION: 1.0

FECHA DE ELABORACION

24 DE JULIO 2013

FECHA DE MODIFICACION

24 DE JULIO DE 2013

HOJA: 9/18

Folio: 7

Folio Modificado:

Fecha de Impresión: [jueves, 28 abril 2022](#)

**DATOS DEL PACIENTE**

Identificación: 13006433 Numero de carpeta: 059016  
Nombre del paciente: NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
Fecha de Nacimiento: 08/05/1954 12:00:00 a. m. Edad Actual: 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días Sexo: Masculino  
Dirección: MZ F CASA 3  
Procedencia: SAN JUAN DE PASTO Teléfono: 3187877534  
ENTIDAD: EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO REGIMEN: Regimen\_Simplificado

**DATOS DE LA ATENCION**

Ingreso: 687473 Fecha Ingreso: 24/10/2017 11:14:09 p. m. Fecha Evolucion: 25/10/2017 03:23:51 a. m.  
Finalidad de la consulta: No\_Aplica Causa externa: Otra  
Cama: U121 Servicio:

**INFORME DE PROCEDIMIENTOS - BANCO DE SANGRE**

SE REALIZA UNA (1) FLEBOTOMIA TERAPEUTICA.

  
Sandra Montilla

Bacteriologo: MONTILLA GUATUSMAL SANDRA MILENA  
Registro Profesional: 27081252

|       |   |                    |                             |      |       |
|-------|---|--------------------|-----------------------------|------|-------|
| FOLIO | 8 | FECHA DE IMPRESION | jueves, 28 de abril de 2022 | HOJA | 10/18 |
|-------|---|--------------------|-----------------------------|------|-------|

## DATOS DEL PACIENTE

|                      |                                  |                    |                              |
|----------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Identificación:      | 13006433                         | Numero de carpeta: | 059016                       |
| Nombre del paciente: | NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ |                    |                              |
| Fecha de Nacimiento: | 08/05/1954 12:00:00 a. m.        | Edad Actual        | 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días |
| Dirección:           | MZ F CASA 3                      | Sexo               | Masculino                    |
|                      |                                  | Telefono:          | 3187877534                   |

## DATOS DE LA ATENCION

|         |                                 |               |                                |                  |                           |
|---------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| Ingreso | 687473                          | Fecha Ingreso | 24/10/2017 11:14:09 p. m.      | Fecha Evolucion: | 25/10/2017 10:43:01 a. m. |
| Cama    | U0125                           | Servicio      | 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN |                  |                           |
| ENTIDAD | EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN       | Subsidiado                     |                  |                           |

## ACTIVIDAD A REALIZAR :

### SUBJETIVO

MEJORIA DE DOLOR

### EXAMEN FISICO

ALERTA, ORIENTAD, CORAZON RITMICO NO SOPLOS, PULMONES MV DISMINUIIDOS NO SOBREGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SNC NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

|      |    |    |       |     |     |     |       |    |    |    |    |    |    |     |     |   |    |
|------|----|----|-------|-----|-----|-----|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|----|
| Peso | 97 | Kg | Talla | 170 | Cms | IMC | 33.56 | T° | 36 | FC | 80 | FR | 20 | T/A | 120 | / | 80 |
|------|----|----|-------|-----|-----|-----|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|----|

|                                |            |         |
|--------------------------------|------------|---------|
| INTERPRETACION DE PARACLINICOS | ASLAMIENTO | NINGUNO |
| NO NUEVOS                      |            |         |

## DIAGNOSTICOS

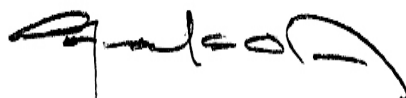
| Código       | Descripción                      | Tipo       | Clase Diagnostico     | Principal                                |
|--------------|----------------------------------|------------|-----------------------|------------------------------------------|
| I209         | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | Presuntivo | Impresion_Diagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> Foll |
| Observación: | EVENTO CORONARIO ?               |            |                       |                                          |

## ANALISIS

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE : 1. ANGINA INESTABLE, PACIENTE CONEVOLUCION HACIA LA MEJORIA, SIN DOLOR TORACICO, MULTIPLES CONSULTAS POR MISM CUADRO VLAORA MEDICINA INTERNA QUIEN ORDENA TOMA DE ECOCARDIOGRAMA PARA DEFINIR CONDUCTA

## PLAN DE TRATAMIENTO

SUSPENDER DOBLE ANTIAGREGACION  
ENOXAPARINA PROFILACTICA  
SUSPENDER ALPRAZOLAM Y MORFINA  
RESTO DE MANEJO SIN CAMBIOS  
P/ ECOCARDIOGRAMA



Medico : CORDOBA AYTE GABRIEL

Reg. Profesional: 1085283440 Esp. MEDICINA GENERAL

Medico Especialista :

False

|                   |              |                   |
|-------------------|--------------|-------------------|
| CODIGO: FRHCD-092 | VERSION: 2.0 | 01 DE AGOSTO 2017 |
|-------------------|--------------|-------------------|

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400  
Dirección: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolívar - email: hudn@hosdenar.gov.co

DGAMBOA

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]

|       |   |                    |                             |      |       |
|-------|---|--------------------|-----------------------------|------|-------|
| FOLIO | 9 | FECHA DE IMPRESION | jueves, 28 de abril de 2022 | HOJA | 11/18 |
|-------|---|--------------------|-----------------------------|------|-------|

## DATOS DEL PACIENTE

|                      |                                  |                    |                              |
|----------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Identificación:      | 13006433                         | Numero de carpeta: | 059016                       |
| Nombre del paciente: | NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ |                    |                              |
| Fecha de Nacimiento: | 08/05/1954 12:00:00 a. m.        | Edad Actual        | 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días |
|                      |                                  | Sexo               | Masculino                    |
| Dirección:           | MZ F CASA 3                      | Telefono:          | 3187877534                   |

## DATOS DE LA ATENCION

|         |                                 |               |                                |                  |                           |
|---------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| Ingreso | 687473                          | Fecha Ingreso | 24/10/2017 11:14:09 p. m.      | Fecha Evolucion: | 25/10/2017 11:25:16 a. m. |
| Cama    | U0125                           | Servicio      | 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN |                  |                           |
| ENTIDAD | EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN       | Subsidiado                     |                  |                           |

## ACTIVIDAD A REALIZAR :

### SUBJETIVO

.....:VALORACION MEDICINA INTERNA:.....

### PTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

OBSIDAD, TRABAQISMO PESADO, HIPERTENSO, SEDENTARIO, DISLIPIDEMICO, A CONSULTADO EN MULTIPLES OPORTUNIDADES POR EPISODIO DE DOLOR TORACIO EN DIFEREN CLSE FUCNIONLA SE A DESCARTADO SX CORONARIO. ACTUALMENTE INGRESA POR UN MNUEVO EPSIDIO DE DOLOR MEITRAS SE ENCOTRA EN RESPOSO DESDE SU INGRESO HEMODINAMICAMTNE ESTABLE NO A PRESENETADO EPISODIOS DE DOLOR EKG Y ENZIMAS CARDIACAS NO SUGUIERN LESION ISQUEMICA AGUDA.

### EXAMEN FISICO

PTES OMNOLINETO POR EFECTO FARMACOLOGICO EN EL MONTEO SIN SOLPLOS SIN SIGNO DE FALLA DE BOGMNA

Peso 97 Kg Talla 170 Cms IMC 33.56 T° 36 FC 84 FR 18 T/A 160 / 110

### INTERPRETACION DE PARACLINICOS

### ASLAMIENTO

NINGUNO

BUN 10, CREATI 0.97, SODIO 137.6, POT 4.1, LEUCOCITOSIS 12200, HGB 20.7, HCT 61.3, PLT 234, NEUTROFIULOS 75%, TROPININA AL INGRESO 39.3, TROPONINA DE CONTROL 35.9, CPK 162, CK MB 21. TROPONINAS NEGATIVAS EKG NO SUGESTIDO DE LESION ISQ

## DIAGNOSTICOS

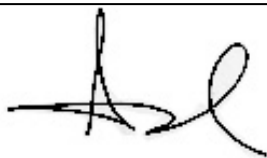
| Código       | Descripción                      | Tipo       | Clase Diagnostico     | Principal                                |
|--------------|----------------------------------|------------|-----------------------|------------------------------------------|
| I209         | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | Presuntivo | Impresion_Diagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> Foli |
| Observación: | EVENTO CORONARIO ?               |            |                       |                                          |

### ANALISIS

PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL MOMENTO NO PRESENTA SINDORME CORONARIO AGUDO, SE SUGUIERE SOLICITAR ECOCARDIOGRAMA DOPPLER, CONTINUAR CON ANTICUAGULACION NORMAL CON HEPARINA, SE EVALUA CON RESULTADO DE ECOCARDIOGRAMA, PACIENTE QUE PROBABLEMENTE REQUEIRA PRUEBA DE ESFUERZO: ERGOMETRIA OBSERVACION Y VIGILAR ESTADO HEMODIMAMICO.

### PLAN DE TRATAMIENTO

LO DESCRITO



Medico : VILLOTA LUNA KAREN GISSELA

Reg. Profesional: 860608

Esp. MEDICINA INTERNA

Medico Especialista :

False

|                   |              |                   |
|-------------------|--------------|-------------------|
| CODIGO: FRHCD-092 | VERSION: 2.0 | 01 DE AGOSTO 2017 |
|-------------------|--------------|-------------------|

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
NIT: 891200528-8 - Telefono: (2) 7333400  
Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

DGAMBOA

|       |    |                    |                             |      |       |
|-------|----|--------------------|-----------------------------|------|-------|
| FOLIO | 11 | FECHA DE IMPRESION | jueves, 28 de abril de 2022 | HOJA | 12/18 |
|-------|----|--------------------|-----------------------------|------|-------|

## DATOS DEL PACIENTE

|                      |                                  |                    |                              |
|----------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Identificación:      | 13006433                         | Numero de carpeta: | 059016                       |
| Nombre del paciente: | NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ |                    |                              |
| Fecha de Nacimiento: | 08/05/1954 12:00:00 a. m.        | Edad Actual        | 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días |
|                      |                                  | Sexo               | Masculino                    |
| Dirección:           | MZ F CASA 3                      | Telefono:          | 3187877534                   |

## DATOS DE LA ATENCION

|         |                                 |               |                                |                  |                           |
|---------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| Ingreso | 687473                          | Fecha Ingreso | 24/10/2017 11:14:09 p. m.      | Fecha Evolucion: | 26/10/2017 10:37:28 a. m. |
| Cama    | U0125                           | Servicio      | 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN |                  |                           |
| ENTIDAD | EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN       | Subsidiado                     |                  |                           |

## ACTIVIDAD A REALIZAR :

### SUBJETIVO

CASTRO.

EVOLUCION CAMA 125 OBSERVACION URGENCIAS.

PACIENTE EN EL MOMENTO SIN MANIFESTACION DE DISNEA, NO DOLOR TORACICO, NO DOLOR ABDOMINAL, DIURESIS NORMAL.

## EXAMEN FISICO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON SOPORTE DE O2 POR NASOCANULA A 3L.

FASCIES ABOTAGADA.

CONJUNTIVAS ROSADAS.

CUELLO SIN INGURGITACION A 90°.

C/P ASCSPS VENTILADOS SIN AGREGADOS, RSCS RITMICOS DE BAJA INTENSIDAD.

ABDOMEN GLOBULOSO NO DOLOROSO.

EXTREMIDADES EUTROFICAS, EDEMA GI CON FOVEA EN MIEMBROS INFERIORES.

NO DEFICIT NEUROLOGICO.

|      |    |    |       |     |     |     |       |    |    |    |    |    |    |     |     |   |    |
|------|----|----|-------|-----|-----|-----|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|----|
| Peso | 96 | Kg | Talla | 170 | Cms | IMC | 33.22 | T° | 37 | FC | 65 | FR | 20 | T/A | 126 | / | 70 |
|------|----|----|-------|-----|-----|-----|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|----|

## INTERPRETACION DE PARACLINICOS

## AISLAMIENTO

## NINGUNO

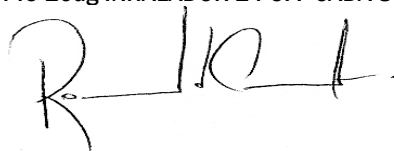
CONCLUSIONES: 1. CARDIOPATIA DILATADA LEVE DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO CON COMPROMISO LEVE DE LA FUNCION VENTRICULAR. 2. HIPERTROFIA EXCÉNTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO. 3. DISFUNCION DIASTÓLICA TIPO TRASTORNO DE LA RELAJACIÓN. 4. CARDIOPATIA DILATADA LEVE DEL VENTRÍCULO DERECHO SIN COMPROMISO DE SU FUNCION. 5. CRECIMIENTO AURICULAR DERECHO DE GRADO SEVERO. 6. ESCLEROSIS VALVULAR AORTICA. 7. ESCLEROSIS VALVULAR MITRAL. 8. INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA DE GRADO LEVE. 9. HIPERTENSION PULMONAR DE GRADO LEVE.

## DIAGNOSTICOS

| Código       | Descripción                      | Tipo       | Clase Diagnostico     | Principal                                |
|--------------|----------------------------------|------------|-----------------------|------------------------------------------|
| I209         | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | Presuntivo | Impresion_Diagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> Foli |
| Observación: | EVENTO CORONARIO ?               |            |                       |                                          |

## ANALISIS

PACIENTE CON DX: ANGINA A ESTUDIO - NEUMOPATIA CRONICA POR TABAQUISMO - HTA - OBESIDAD GII - SEDENTARISMO. AL MOMENTO ASINTOMATICO, NO SE DEMOSTRO ELEVACION PERSISTENTE DE LAS TROPONINAS I CON INICIAL DE 39.3 Y CONTROL DE 35.1. CURSA EVOLUCION CON CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, NO TAQUICARDICO, NO DISNEICO, SATURANDO 96% CON FIO2 AL 32%. REPORTE DE ECOCARDIOGRAMA TT CONCLUYE DISFUNCION DIASTOLICA TIPO TRANSTORNO DE LA RELAJACION CON CARDIOPATIA DILATADA LEVE, CON FEVI 45%. SE VALORA PACIENTE EN REVISTA DE MEDICINA INTERNA CON DRA. KAREN VILLOTA, AL MOMENTO SE DESCARTA SINDROME CORONARIO AGUDO PERO SE DEBE ESTUDIAR AMBULATORIAMENTE CON ORDEN DE PRUEBA DE STRESS CON DOBUTAMINA, VALORACION PRIORITARIA POR LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA/CARDIOLOGIA PARA SEGUIMIENTO, BLOQUEO NEUROHUMORAL COMPLETO ASI: LOSARTAN 100mg VO CADA 12 HORAS, CARVEDILOL 6.25mg VO CADA 12 HORAS, ATORVASTATINA 40mg VO NOCHE, ASA 100mg VO DIA, FUROSEMIDA 40mg VO DIA POR UNA SEMANA Y LUEGO SUSPENDER, BROMURO DE IPRATROPIO 20ug INHALADOR 2 PUFF CADA 8 HORAS. POR AHORA SE INDICA DESTETE DE O2 PARA VALORAR



Medico : CASTRO PANTOJA RONALD ERNESTO

Reg. Profesional: 76176505

Esp. MEDICINA GENERAL

Medico Especialista :

False

|                   |              |                   |
|-------------------|--------------|-------------------|
| CODIGO: FRHCD-092 | VERSION: 2.0 | 01 DE AGOSTO 2017 |
|-------------------|--------------|-------------------|

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400  
Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

DGAMBOA

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]

**PLAN DE TRATAMIENTO**

INICIAR DESTETE GRADUAL DE O2.  
TOMAR SATURACION DE OXIGENO.  
INFORMAR A MEDICO DE TURNO EN OBSERVACION.

**Procedimientos No Quirúrgicos****Nombre**

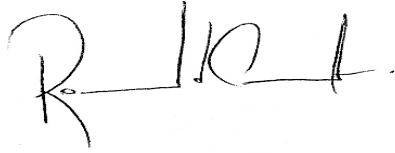
39143 - CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

**Observaciones**

CONTROL PRIORITARIO POR LA  
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA  
INTERNA Y CARDIOLOGIA.

**Cantidad**

1

**Medico : CASTRO PANTOJA RONALD ERNESTO****Reg. Profesional: 76176505****Esp.** MEDICINA GENERAL**Medico Especialista :**

False

CODIGO: FRHCD-092

VERSION: 2.0

01 DE AGOSTO 2017

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400  
Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

DGAMBOA

|       |    |                    |                             |      |       |
|-------|----|--------------------|-----------------------------|------|-------|
| FOLIO | 12 | FECHA DE IMPRESION | jueves, 28 de abril de 2022 | HOJA | 14/18 |
|-------|----|--------------------|-----------------------------|------|-------|

## DATOS DEL PACIENTE

|                      |                                  |                    |                              |
|----------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Identificación:      | 13006433                         | Numero de carpeta: | 059016                       |
| Nombre del paciente: | NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ |                    |                              |
| Fecha de Nacimiento: | 08/05/1954 12:00:00 a. m.        | Edad Actual        | 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días |
| Dirección:           | MZ F CASA 3                      | Sexo               | Masculino                    |
|                      |                                  | Telefono:          | 3187877534                   |

## DATOS DE LA ATENCION

|         |                                 |               |                                |                  |                           |
|---------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| Ingreso | 687473                          | Fecha Ingreso | 24/10/2017 11:14:09 p. m.      | Fecha Evolucion: | 26/10/2017 10:53:09 a. m. |
| Cama    | U0125                           | Servicio      | 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN |                  |                           |
| ENTIDAD | EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN       | Subsidiado                     |                  |                           |

## ACTIVIDAD A REALIZAR :

### SUBJETIVO

.....:VALORACION MEDICINA INTERNA:.....

### PTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

OBSIDAD, TRABAQISMO PESADO, HIPERTENSO, SEDENTARIO, DISLIPIDEMICO, A CONSULTADO EN MULTIPLES OPORTUNIDADES POR EPISODIO DE DOLOR TORACIO EN DIFEREN CLSE FUCNIONLA SE A DESCARTADO SX CORONARIO. ACTUALMENTE INGRESA POR UN MNUEVO EPSIODIO DE DOLOR MEITRAS SE ENCOTRA EN RESPOSO DESDE SU INGRESO HEMODINAMICAMTNE ESTABLE NO A PRESENETADO EPISODIOS DE DOLOR EKG Y ENZIMAS CARDIACAS NO SUGUIERN LESION ISQUEMICA AGUDA.

### EXAMEN FISICO

PTES OMNOLINETO POR EFECTO FARMACOLOGICO EN EL MONTEO SIN SOLPLOS SIN SIGNO DE FALLA DE BOGMNA

Peso 97 Kg Talla 170 Cms IMC 33.56 T° 36 FC 84 FR 18 T/A 160 / 110

### INTERPRETACION DE PARACLINICOS

### ASLAMIENTO

NINGUNO

BUN 10, CREATI 0.97, SODIO 137.6, POT 4.1, LEUCOCITOSIS 12200, HGB 20.7, HCT 61.3, PLT 234, NEUTROFIULOS 75%, TROPININA AL INGRESO 39.3, TROPONINA DE CONTROL 35.9, CPK 162, CK MB 21. TROPONINAS NEGATIVAS EKG NO SUGESTIDO DE LESION ISQ

## DIAGNOSTICOS

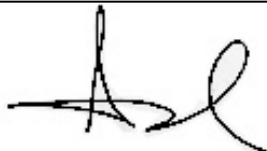
| Código       | Descripción                      | Tipo       | Clase Diagnostico     | Principal                                |
|--------------|----------------------------------|------------|-----------------------|------------------------------------------|
| I209         | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | Presuntivo | Impresion_Diagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> Foli |
| Observación: | EVENTO CORONARIO ?               |            |                       |                                          |

### ANALISIS

PACIENTE CON CUADRO CLINICO Y ANTECEDENTE CONOCIDO DESDE EL INGRESO NO A PRESENTADO NUEVOS EPISODIOS DE DOLOR TORACICO EVOLUCION CLINICA ESTABLE SIN SIGNOS DE FALLA DE BOMBA. EN EL MOMENTO SUGUIERO INICIAR DESTETE DE OXIGENO SI TOLERA DAR DE ALTA CON ATORVASTATINA 40 MG NOCHE, ASA 100 MG DIA, LOSARTAN 100 MG CADA 12 HORAS, CARVEDILOL 6.25 MG CADA 12 HORAS, INHALADOR BROMURO DE IPRATROPIO 2 PUFF CADA 8 HORAS, SE DA ORDEN DE CONTROL POR CONSULTA EXTERA PRIORITARIA POR CARDIOLOGIA SE SUGIERE REALIZAR ECO ESTRES CON DOBUTAMINA, PARA DEFINIR POSIBLE CATERISMO CARDICO, EN EL MOMENTO HEMOMODINAMICAMENTE ESTABLE ASINTOMATICO, SE DA SALIDA CON RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA

### PLAN DE TRATAMIENTO

SALIDA SI TOLERA DESTETE DE OXIGENO  
ATORVASTATINA 40 MG NOCHE  
ASA 100 MG DIA  
LOSARTAN 100 MG CADA 12 HORAS  
CARVEDILOL 6.25 MG CADA 12 HORAS  
INHALADOR BROMURO DE IPRATROPIO 2 PUFF CADA 8 HORAS  
SE DA ORDEN DE CONTROL POR CONSULTA EXTERA PRIORITARIA POR CARDIOLOGIA



Medico : VILLOTA LUNA KAREN GISSELA

Reg. Profesional: 860608

Esp. MEDICINA INTERNA

Medico Especialista :

False

|                   |              |                   |
|-------------------|--------------|-------------------|
| CODIGO: FRHCD-092 | VERSION: 2.0 | 01 DE AGOSTO 2017 |
|-------------------|--------------|-------------------|

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400  
Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

DGAMBOA

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]

FOLIO

14

FECHA DE IMPRESION

jueves, 28 de abril de 2022

HOJA

15/18

## DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 13006433 Numero de carpeta: 059016  
Nombre del paciente: NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
Edad Actual 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días Sexo Masculino

## DATOS DE LA ATENCION

Ingreso 687473 Fecha Ingreso 24/10/2017 11:14:09 p. m. Fecha Evolucion: 26/10/2017 12:26:53 p. m.  
Cama U0125 Servicio 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN  
ENTIDAD EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO REGIMEN Regimen\_Simplificado

FECHA Y HORA DE REALIZACION : 26/10/2017 12:25

|                       |      |       |      |        |                    |      |      |      |      | Electrolitos |        | Lactato |
|-----------------------|------|-------|------|--------|--------------------|------|------|------|------|--------------|--------|---------|
| GASES<br>ARTERIALES : | PH   | 7.43  | HCO3 | 26.00  | GASES<br>VENOSOS : | PH   | 0.00 | SAT  | 0.00 | Na           | 132.00 | 0.50    |
|                       | PCO2 | 39.40 | BE   | 2.10   |                    | PCO2 | 0.00 | HCO3 | 0.00 | K            | 4.10   |         |
|                       | PO2  | 50.60 | PAFI | 241.00 |                    | PO2  | 0.00 | BE   | 0.00 | Ca           | 1.05   |         |
|                       | SAT  | 91.40 |      |        |                    |      |      |      |      | Cl           | 110.00 |         |

## DESCRIPCION :

OCTUBRE 26 2017.....12:16 PM se toma muestra para gases arteriales, electrolitos mas lactato usuario con fio2 al 21%, informados a médico hospitalario de turno, procedimienot sin complicaciones, FT NATALIE LANDAZURI

## TERAPIAS :

GASES ARTERIALES : 1

ELECTROLITOS :

LACTATO:

IONOGRAMA:

OXIMETRIAS :

## RESULTADO :

## Antecedentes

**Médicos** HTA CRONICA, OBESIDAD  
**Quirúrgicos** COLOSTOMIA ?  
**Alérgicos** NIEGA  
**Tóxicos** EXPOSICION ACTIVA A CIGARRILO , 2 CAJETILLAS DIARIAS  
**Médicos** HIPERTENSOIN ARTERIAL, FUMADOR PESADO, DIABETES MELLITUS TIPO 2  
**Quirúrgicos** COLOSTOMIA SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE POR OBSTRUCCOIN INTESTINAL  
**Alérgicos** NINGUNO  
**Alérgicos** NIEGA  
**Farmacológicos** LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HOTAS  
METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS.  
ATORVASTATINA 20 MG VO DIA  
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VO DIA.  
INSULINA GLARGINA 16 U SC DIA  
**Médicos** HTA, DM TIPO II, DISLIPIDEMIA.  
**Quirúrgicos** COLOSTOMIA  
**Alérgicos** NIEGA  
**Farmacológicos** LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HOTAS  
METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS.  
ATORVASTATINA 20 MG VO DIA  
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VO DIA.  
INSULINA DETEMIR 16 U SC DIA (SE CORRIGE)  
**Alérgicos** NIEGA  
**Alérgicos** NO REFIERE  
**Farmacológicos** LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HOTAS  
GALVUS METFORMINA VO CADA 12 HORAS.  
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VO DIA.  
INSULINA GLARGINA16 U SC DIA (SE CORRIGE)

*Natalie Landazuri*

Medico Tratante: LANDAZURI ILVIRA NATALIE

Registro Profesional: .

CODIGO: FRHCD-0

VERSION: 2.0

30 DE JUNIO 2017

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.

NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400

Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.] NIT [891200528-8]

FOLIO

14

FECHA DE IMPRESION

jueves, 28 de abril de 2022

HOJA

16/18

## DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 13006433

Numero de carpeta: 059016

Nombre del paciente: NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ

Edad Actual 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días

Sexo Masculino

## DATOS DE LA ATENCION

Ingreso 687473

Fecha Ingreso 24/10/2017 11:14:09 p. m.

Fecha Evolucion: 26/10/2017 12:26:53 p. m.

Cama U0125

Servicio 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN

ENTIDAD EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO

REGIMEN Regimen\_Simplificado

**Médicos** HTA DM2

**Quirúrgicos** COLOSTOMIA

Médicos Ninguno HTA CRONICA, OBESIDAD

Quirúrgicos Ninguno COLOSTOMIA ?

Alérgicos Ninguno NIEGA

Tóxicos Ninguno EXPOSICION ACTIVA A CIGARRILO , 2 CAJETILLAS DIARIAS

Médicos Ninguno HIPERTENSOIN ARTERIAL, FUMADOR PESADO, DIABETES MELLITUS TIPO 2

Quirúrgicos Ninguno COLOSTOMIA SECUNDARIO A FASCITIS NECROTIZANTE POR OBSTRUCCION INTESTINAL

Alérgicos Ninguno NINGUNO

Alérgicos Ninguno NIEGA

Farmacológicos Ninguno LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS.METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS.ATORVASTATINA 20 MG VO DIA.HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VO DIA.INSULINA GLARGINA 16 U SC DIA

Médicos Ninguno HTA, DM TIPO II, DISLIPIDEMIA.

Quirúrgicos Ninguno COLOSTOMIA

Alérgicos Ninguno NIEGA

Farmacológicos Ninguno LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS.METFORMINA 850 MG VO CADA 12 HORAS.ATORVASTATINA 20 MG VO DIA.HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VO DIA.INSULINA DETEMIR 16 U SC DIA (SE CORRIGE)

Alérgicos Ninguno NIEGA

Alérgicos Ninguno NO REFIERE

Farmacológicos Ninguno LOSARTAN 50 MG VO CADA 12 HORAS.METFORMINA VO CADA 12 HORAS.HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VO DIA.INSULINA GLARGINA16 U SC DIA (SE CORRIGE)

Médicos Ninguno HTA DM2

Quirúrgicos Ninguno COLOSTOMIA

### Indicaciones Médicas

*Natalie Landazuri*

Medico Tratante: LANDAZURI ILVIRA NATALIE

Registro Profesional: .

|       |    |                    |                             |      |       |
|-------|----|--------------------|-----------------------------|------|-------|
| FOLIO | 15 | FECHA DE IMPRESION | jueves, 28 de abril de 2022 | HOJA | 17/18 |
|-------|----|--------------------|-----------------------------|------|-------|

## DATOS DEL PACIENTE

Identificación: 13006433 Numero de carpeta: 059016  
 Nombre del paciente: NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ  
 Fecha de Nacimiento: 08/05/1954 12:00:00 a. m. Edad Actual 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días Sexo Masculino  
 Direccion: MZ F CASA 3 Telefono: 3187877534

## DATOS DE LA ATENCION

Ingreso 687473 Fecha Ingreso 24/10/2017 11:14:09 p. m. Fecha Evolucion: 26/10/2017 04:04:35 p. m.  
 Cama U0125 Servicio 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN  
 ENTIDAD EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO REGIMEN Regimen\_Simplificado

## EVOLUCION Y ANALISIS DE PARACLINICOS

PACIENTE CON HISTORIA CLINICA ANOTADA, SE HABIAN SOLICITADO GASES ARTERIALES PARA DEFINIR EGRESO CON OXIGENO DOMICILIARIO, SE CALCULA PO2 ESPERADA PARA LA EDAD LA CUAL DEBERIA SER 55, PACIENTE CON REPORTE DE 50.6. PERO CON SO2: DE 91%, POR LO CUAL SE VALORA EN CONJUTNO CON INTERNISTA DE TURNO DR TRAMAUUEL, QUIEN INDICA QUE SE PUEDE MANEJA AMBULATORIAMENTE SIN O2 SUPLEMENTARIO, SE INDICA SALIDA

## CONDUCTA



Medico Tratante: PANTOJA ROSERO MARIA ELENA  
 Registro Profesional: 522704 MEDICINA GENERAL

Medico Tratante:

## Diagnósticos

| Código         | Descripción                      | Dx Principal |
|----------------|----------------------------------|--------------|
| I209           | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | True         |
| Observaciones: | EVENTO CORONARIO ?               |              |

## Indicaciones Médicas

## Medicamentos

| Nombre | Duración (días) | Administración | Cantidad |
|--------|-----------------|----------------|----------|
|        |                 | Ninguno        | 1        |

|       |    |                    |                             |      |       |
|-------|----|--------------------|-----------------------------|------|-------|
| FOLIO | 16 | FECHA DE IMPRESION | jueves, 28 de abril de 2022 | HOJA | 18/18 |
|-------|----|--------------------|-----------------------------|------|-------|

## DATOS DEL PACIENTE

|                      |                                  |                    |                              |
|----------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Identificación:      | 13006433                         | Numero de carpeta: | 059016                       |
| Nombre del paciente: | NELSON ARMANDO VALLEJO VELASQUEZ |                    |                              |
| Fecha de Nacimiento: | 08/05/1954 12:00:00 a. m.        | Edad Actual        | 67 Años \ 11 Meses \ 20 Días |
|                      |                                  | Sexo               | Masculino                    |
| Dirección:           | MZ F CASA 3                      | Telefono:          | 3187877534                   |

## DATOS DE LA ATENCION

|         |                                 |               |                                |                  |                           |
|---------|---------------------------------|---------------|--------------------------------|------------------|---------------------------|
| Ingreso | 687473                          | Fecha Ingreso | 24/10/2017 11:14:09 p. m.      | Fecha Evolucion: | 26/10/2017 04:40:56 p. m. |
| Cama    | U0125                           | Servicio      | 730201 - URGENCIAS OBSERVACIÓN |                  |                           |
| ENTIDAD | EMSSANAR SAS REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN       | Subsidiado                     |                  |                           |

## ACTIVIDAD A REALIZAR :

### SUBJETIVO

.....:VALORACION MEDICINA INTERNA:.....

### PTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

OBSIDAD, TRABAQISMO PESADO, HIPERTENSO, SEDENTARIO, DISLIPIDEMICO, A CONSULTADO EN MULTIPLES OPORTUNIDADES POR EPISODIO DE DOLOR TORACIO EN DIFEREN CLSE FUCNIONLA SE A DESCARTADO SX CORONARIO. ACTUALMENTE INGRESA POR UN MNUEVO EPSIODIO DE DOLOR MEITRAS SE ENCOTRA EN RESPOSO DESDE SU INGRESO HEMODINAMICAMTNE ESTABLE NO A PRESENETADO EPISODIOS DE DOLOR EKG Y ENZIMAS CARDIACAS NO SUGUIERN LESION ISQUEMICA AGUDA.

### EXAMEN FISICO

PACIENTE SOMNOLINETO POR EFECTO FARMACOLOGICO EN EL MONTEO SIN SOLPLOS SIN SIGNO DE FALLA DE BOMBA

|      |    |    |       |     |     |     |       |    |    |    |    |    |    |     |     |   |     |
|------|----|----|-------|-----|-----|-----|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|-----|
| Peso | 97 | Kg | Talla | 170 | Cms | IMC | 33.56 | T° | 36 | FC | 84 | FR | 18 | T/A | 160 | / | 110 |
|------|----|----|-------|-----|-----|-----|-------|----|----|----|----|----|----|-----|-----|---|-----|

### INTERPRETACION DE PARACLINICOS

### ASLAMIENTO

NINGUNO

BUN 10, CREATI 0.97, SODIO 137.6, POT 4.1, LEUCOCITOSIS 12200, HGB 20.7, HCT 61.3, PLT 234, NEUTROFIULOS 75%, TROPININA AL INGRESO 39.3, TROPONINA DE CONTROL 35.9, CPK 162, CK MB 21. TROPONINAS NEGATIVAS EKG NO SUGESTIDO DE LESION ISQ

## DIAGNOSTICOS

| Código       | Descripción                      | Tipo       | Clase Diagnostico     | Principal                                |
|--------------|----------------------------------|------------|-----------------------|------------------------------------------|
| I209         | ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA | Presuntivo | Impresion_Diagnostica | <input checked="" type="checkbox"/> Foli |
| Observación: | EVENTO CORONARIO ?               |            |                       |                                          |

### ANALISIS

PACIENTE MASCULINO DE 63 AÑOS DE EDAD CON HISTORIA CLINICA CONOCIDA, CON EVOLCION FAVORABLE DE PATOLOGIA DE BASE, CON BUENA EVOLUCION DE DISMINUCION DE DOLOR, HOY EN LA MAÑANA SE INICIA DESTETE DE OXIGENO, SUGIERO SI PACIENTE TIENE SAURACION MAYO DE 88% DAR DE ALTA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

### PLAN DE TRATAMIENTO

SALIDA SI SATURA MAS 88%



Medico : TARAMUEL GÓMEZ DIEGO FERNANDO

Reg. Profesional: 5200476

Esp. MEDICINA INTERNA

Medico Especialista :

False

|                   |              |                   |
|-------------------|--------------|-------------------|
| CODIGO: FRHCD-092 | VERSION: 2.0 | 01 DE AGOSTO 2017 |
|-------------------|--------------|-------------------|

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO E.S.E.  
NIT:891200528-8 - Telefono: (2) 7333400  
Direccion: Calle 22 No. 7-93 Parque Bolivar - email: hudn@hosdenar.gov.co

DGAMBOA