104/

Bogotá D.C., 29 de mayo de 2025

Señor:

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
apolinarsanchez1962@gmail.com

Ref. Rad. Porvenir: 0103802052567400
ID: 5242615
S.S: 1-2242043081
COR BENEF

Señor Sánchez; reciba un saludo cordial,

En atención a la solicitud relacionada con la suspensión de los descuentos que a la fecha se realizan por libranza a favor de la entidad financiera Patrimonio Autónomo Avista; nos permitimos informar lo siguiente:

De acuerdo con lo validado en nuestra base de datos, y teniendo en cuenta su solicitud, esta Administradora evidencia que el 12 de mayo fue inactivado el descuento por concepto de Libranza a favor de la entidad financiera de la referencia, así las cosas debemos informar que a partir de la mesada de junio de 2025, no se efectuaran los descuentos por esta obligación.

Para realizar sus consultas y trámites, utilice nuestros canales digitales comunicándose de la siguiente manera:

Guía Autoservicio a Pensionados

Esperamos que haya encontrado útil la información brindada[1][2][3][4].

[1] *No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncia al 6017434441 Ext.77777 en Bogotá o ingresando a www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica*

[2] ***¡Recuerde!,*** *su clave de internet es personal e intransferible, no la comparta con nadie y cámbiela mínimo dos (2) veces al año, así protegerá sus datos y transacciones. Conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet*

[3] Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la Carrera 10 N° 97 A – 13 oficina 502 en Bogotá, Teléfono: 601 6108164, Correo electrónico: defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita o ingresando a https://defensorsos.com/

[4] Nuestros afiliados cuentan con el ente autorregulador de valores AMV para interponer quejas o denuncias relacionados con el mercado de valores www.amvcolombia.org.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercadeo Junio/24 / Vr.1.0

Filial de Grupo AVAL

Nos encantaría conocer cómo mejorar su experiencia, le invitamos a contestar unas breves preguntas dando clic en el siguiente icono:

Porvenir por ningún motivo realiza llamadas telefónicas a nuestros afiliados solicitando entregar claves temporales, contraseñas o códigos de seguridad. Por favor, no las entregue.

Cordialmente,

YENNI PATRICIA VEGA GARCIA
Dirección de Atención Integral a Clientes
YPVG/Armando AS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercadeo junio/24 /v.1.0

Grupo AVAL Filial de

Buen día
Solicitud Afiliado(a)-APOLINAR SANCHEZ
Número de Solicitud: 1-2242043081

Recibe un saludo cordial desde Porvenir, para nosotros es un gusto enviarte adjunto la respuesta a tu solicitud.

¿Cómo puedes abrir el archivo adjunto?

Para abrir el documento digita como contraseña tu número de identificación (Ejemplo CC, pasaporte, NIT, etc.)

- Si eres una persona natural digita el número de identificación.*
- Si eres empleador digita el número de NIT sin el código de verificación.

*Si eres beneficiario o apoderado ingresa el número de identificación del **afiliado a Porvenir**.

- En el caso de tener una identificación como afiliado o como empleador menor a 8 dígitos como se muestra en el ejemplo: 724114 debes agregarle ceros (0) a la izquierda hasta completar 8 dígitos, como en el siguiente ejemplo: 00724114

¿Sabías que puedes consultar las respuestas a tus solicitudes radicadas en los 6 últimos meses ingresando a nuestra página web?

HAZ CLIC AQUÍ

Cordialmente,

Gerencia de clientes

Powered by Froala Editor

104/

Bogotá D.C., 29 de mayo de 2025

Señor:

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
apolinarsanchez1962@gmail.com

Ref. Rad. Porvenir: 0103802052567400
ID: 5242615
S.S: 1-2242043081
COR BENEF

Señor Sánchez; reciba un saludo cordial,

En atención a la solicitud relacionada con la suspensión de los descuentos que a la fecha se realizan por libranza a favor de la entidad financiera Patrimonio Autónomo Avista; nos permitimos informar lo siguiente:

De acuerdo con lo validado en nuestra base de datos, y teniendo en cuenta su solicitud, esta Administradora evidencia que el 12 de mayo fue inactivado el descuento por concepto de Libranza a favor de la entidad financiera de la referencia, así las cosas debemos informar que a partir de la mesada de junio de 2025, no se efectuaran los descuentos por esta obligación.

Para realizar sus consultas y trámites, utilice nuestros canales digitales comunicándose de la siguiente manera:

Guía Autoservicio a Pensionados

Esperamos que haya encontrado útil la información brindada[1][2][3][4].

[1] *No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncia al 6017434441 Ext.77777 en Bogotá o ingresando a www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica*

[2] ***¡Recuerde!,*** *su clave de internet es personal e intransferible, no la comparta con nadie y cámbiela mínimo dos (2) veces al año, así protegerá sus datos y transacciones. Conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet*

[3] Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la Carrera 10 N° 97 A – 13 oficina 502 en Bogotá, Teléfono: 601 6108164, Correo electrónico: defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita o ingresando a https://defensorsos.com/

[4] Nuestros afiliados cuentan con el ente autorregulador de valores AMV para interponer quejas o denuncias relacionados con el mercado de valores www.amvcolombia.org.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercadeo Junio/24 / Vr.1.0

Filial de Grupo AVAL

Nos encantaría conocer cómo mejorar su experiencia, le invitamos a contestar unas breves preguntas dando clic en el siguiente icono:

Porvenir por ningún motivo realiza llamadas telefónicas a nuestros afiliados solicitando entregar claves temporales, contraseñas o códigos de seguridad. Por favor, no las entregue.

Cordialmente,

YENNI PATRICIA VEGA GARCIA
Dirección de Atención Integral a Clientes
YPVG/Armando AS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Gerencia de Mercadeo junio/24 /v.1.0

Grupo AVAL Filial de

porvenir
sólo hay uno
porvenir REGIONAL SUR BACK
09 MAY 2025
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

09 de mayo se 2025

Señores:
PORVENIR

Radicado - Porvenir S.A.
0103802052567400

Cordial saludo:

Por medio de la presente yo **APOLINAR SANCHEZ** Identificado con cédula de ciudadanía número **5.242.615** de Leiva Nariño, les solicito que por favor no se me siga descontando dinero de mi pensión ya que el día 22 de abril de 2025 pague el crédito y envíe el comprobante a la entidad **AVISTA**, pero se me sigue descontando mi pensión por tal motivo adjunto:

1. Comprobante de pago.
2. Certificado de paz y salvo
3. Copia de cédula

Documentos los cuales comprueban qué ya pague mi crédito de LIBRANZA No. 772024268833.

Solicito que por favor en la siguiente mesada **no me sea descontado la cuota del crédito** ya que la de el mes de mayo me fue descontada y la entidad AVISTA ya sabía y ya tenía en sus manos los certificados, como la entidad no ha enviado el paz y salvo a ustedes, el día de hoy me presento en su oficina dejando el certificado personalmente.

Atentamente,

APOLINAR SANCHEZ
C.C.: 5.242.615 de Leiva Nariño.
Correo: apolinarsanchez1962@gmail.com
Cel.: 3148744050

avista Fiducoomeva
PATRIMONIO AUTÓNOMO AVISTA
NIT. 901.088.272-3

2683384968374107S8

2/5

CERTIFICA

Que el(a) Señor(a) APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 5242615 se encuentra a PAZ Y SALVO con nuestra entidad por concepto de la obligación contraida según línea de Crédito LIBRANZA No 772024268833, con cuotas mensuales de $ 556,384 respectivamente.

Se expide a solicitud del interesado(a) a los 8 días del mes de Mayo de 2025 en la ciudad de Bogotá D.C.

Cordialmente,

Representante Legal

Fiducoomeva
PATRIMONIO AUTÓNOMO AVISTA
NIT. 901.086.223-3

26883390378419304S

Centro, Abril 22 de 2025

CERTIFICACIÓN

Que el(la) señor(a) APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No 5242615 Por la obligación contraída según libranza No 772024268833.presenta a la fecha un saldo con nuestra compañía de:

SALDO A CAPITAL	$ 25,783,386.
SALDO EN MORA	$ 233,859.
PRIMAS CAUSADAS NO COBRADAS (SEGURO)	$ 0.
GASTOS DE COBRANZA (GAC)	$ 0.
INTERESES CORRIENTES CAUSADOS PENDIENTES DE COBRO	$ 0.
TOTAL A PAGAR	$ 26,017,245.

Solicitamos a usted cancelar el importe descrito como TOTAL A PAGAR mediante un recibo de pago (PIN) que se encuentra adjunto a este documento, el cual podrá cancelar en efectivo Y/O cheque a nombre del Fideicomiso Avista con el Nit 901.086.223-3 en cualquier sucursal de BANCO DE OCCIDENTE en el país, ya que en nuestras oficinas no está permitido recibir pagos para cancelación total.
Este certificado tiene plena validez si el valor contenido en el, es cancelado dentro de los 3 días siguientes a su expedición, en caso contrario deberá solicitar nuevamente este documento.

Cordialmente,

AVISTA COLOMBIA S.A.S.

Fiducoomeva
PATRIMONIO AUTÓNOMO AVISTA
NIT. 901.086.223-3

CONVENIO
BANCO DE OCCIDENTE

Referencia 0100052426157720242688 33
22/04/2025
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
5242615
PORVENIR
772024268833
$26,017,245
25/04/2025

(415)7709998476318(8020)0100052426157720242688 33(3900)0026017245(96)20250425

DESPRENDIBLE BANCO

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ **772024268833** **$26,017,245**

Fiducoomeva

(415)7709998476318(8020)0100052426157720242688 33(3900)0026017245(96)20250425

DESPRENDIBLE CLIENTE

4/5

BANCO DE OCCIDENTE 03700 658
RECAUDO CODIGO BARRAS ********6851
14:57:03 2025/04/22 Normal 001
7709998476318 26,017,245.00 0
25934980 26,017,245.00 EF

***-**

Referencia1 :0100052426157720242688333
Referencia2 :
PATRIMONIO AUTONOMO CSC

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.242.615
SANCHEZ ORDOÑEZ

APELLIDOS
APOLINAR

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1962
LEIVA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-AGO-1987 LEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1100400-00177750-M-0005242815-20090914 .0016025771A 2 32081573

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

TN11623795

Radicado - Porvenir S.A.

0103803034192700

porvenir

Trámite de Emisión y/o Expedición de Bono Pensional

Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.

Fecha: 17 10 2023

Ciudad de diligenciamiento: Cali

1. Tipo de Reclamación

Vejez ☐ Vejez Anticipada ☐ Devolución de Saldos ☐ Muerte ☐ Invalidez ☒

2. Tipo de Solicitante

Afiliado ☒ Beneficiario ☐ Apoderado del Afiliado ☐ Apoderado del Beneficiario ☐

3. Datos del Afiliado

Nombre: Apolinar Sanchez

CC ☒ CE ☐ CD ☐ PAS ☐ 5.247.615 de Leiva Nariño

4. Datos del Beneficiario y/o Apoderado

Nombre del Beneficiario: ____

CC ☐ CE ☐ CD ☐ PAS ☐ _____ de _____

Nombre del Apoderado: ____

CC ☐ CE ☐ CD ☐ PAS ☐ _____ de _____

5. ART 52

Bajo la gravedad de juramento declaro que: toda la información que se me atribuye es veraz y ninguna parte de ella se ha utilizado para una pensión o indemnización concedida o en trámite para otro Bono Pensional emitido o en trámite. No estoy simultáneamente afiliado al Régimen de Prima Media. Con la información detallada en la liquidación de la Oficina de Bonos Pensionales autorizo la emisión y/o expedición de mi Bono Pensional el cual tiene un valor de:

$ 3557121 a fecha de corte de cual es el 01/05/1997 Art 52 D 1748/95

6. Si la soliciud es por devolución de saldos, diligencie la siguiente declaración juramentada de imposibilidad de seguir cotizando (DJUI):

Si ☒ No declaro ☐ bajo la gravedad de juramento que actualmente me encuentro imposibilitado(a) para seguir cotizando a pensiones obligatorias.

Apolinar sanchez

Firma del Solicitante

porvenir sólo hay uno
OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2023
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

SOLICITADO POR	mhmramlv 172.27.3.1
FECHA Y HORA	17/10/2023 04:29:22
ENTIDAD	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION

DATOS AFILIADO

Documento	C 5242615	Género	MASCULINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	04/05/1962
AFP Solicitante	PORVENIR	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 /4	AFP Afiliado	PORVENIR (3)
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	13/03/1997	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	01/05/1997		

ORIGEN DE NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solicitud	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
ISS/COLPENSIONES	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
Documento Alterno No.				

DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	17/10/2023	Consecutivo	58	Número Liquidación	35	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	17/10/2023	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Línea			Solicitado por	MARIA ALEJANDRA RAMIREZ VARGAS				
Cargo	EJECUTIVO PENSIONAL, DIRECCIÓN CANALES PRESENCIALE	Teléfono	3393000	Archivo				Registro	
Motivo reproceso	LIQ								
Archivo Respuesta	PENDIENTE			Fecha Respuesta (DD/MM/AAAA)					

HISTORIA LABORAL

HISTORIA VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 15050101059 (11 - FACTURACION CAN)	NOMBRE EMPLEADOR	INVERSIONES SANINT PELAEZ L

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	29/10/1990	31/12/1990	S	S	$ 41,040	
LABORAL	01/01/1991	31/12/1991	S	S	$ 54,630	
LABORAL	01/01/1992	14/02/1992	S	S	$ 61,950	

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - SISTEMA ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	02/01/1992	29/02/1992	S	S	$ 65,150	
LABORAL	01/03/1992	31/03/1992	S	S	$ 79,612	
LABORAL	01/04/1992	30/04/1992	S	S	$ 131,990	
LABORAL	01/05/1992	31/05/1992	S	S	$ 83,074	
LABORAL	01/06/1992	29/06/1992	S	S	$ 90,817	
LABORAL	01/07/1992	31/07/1992	S	S	$ 126,233	
LABORAL	01/08/1992	31/08/1992	S	S	$ 108,682	
LABORAL	01/09/1992	30/09/1992	S	S	$ 103,717	
LABORAL	01/10/1992	31/10/1992	S	S	$ 115,039	
LABORAL	01/11/1992	30/11/1992	S	S	$ 101,816	
LABORAL	01/12/1992	31/12/1992	S	S	$ 113,448	
LABORAL	01/01/1993	31/01/1993	S	S	$ 110,038	
LABORAL	01/02/1993	27/02/1993	S	S	$ 112,727	
LABORAL	01/03/1993	31/03/1993	S	S	$ 107,211	
LABORAL	01/04/1993	30/04/1993	S	S	$ 153,471	
LABORAL	01/05/1993	29/05/1993	S	S	$ 110,954	
LABORAL	01/06/1993	30/06/1993	S	S	$ 116,939	
LABORAL	01/07/1993	30/07/1993	S	S	$ 201,469	
LABORAL	01/08/1993	31/08/1993	S	S	$ 143,769	
LABORAL	01/09/1993	30/09/1993	S	S	$ 182,680	
LABORAL	01/10/1993	31/10/1993	S	S	$ 139,937	
LABORAL	01/11/1993	30/11/1993	S	S	$ 115,695	
LABORAL	01/12/1993	31/12/1993	S	S	$ 141,436	
LABORAL	01/01/1994	30/01/1994	S	S	$ 155,806	

porvenir sólo hay uno OFICINA CALI NORTE 17 OCT 2023 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

LABORAL	01/02/1994	28/02/1994	S	S	$ 112,948
LABORAL	01/03/1994	31/03/1994	S	S	$ 158,606
LABORAL	01/04/1994	29/04/1994	S	S	$ 140,470
LABORAL	01/05/1994	30/05/1994	S	S	$ 138,692
LABORAL	01/06/1994	29/06/1994	S	S	$ 178,403
LABORAL	01/07/1994	31/07/1994	S	S	$ 177,483
LABORAL	01/08/1994	30/08/1994	S	S	$ 98,700
LABORAL	01/09/1994	28/09/1994	S	S	$ 183,514
LABORAL	01/10/1994	29/10/1994	S	S	$ 133,358
LABORAL	01/11/1994	29/11/1994	S	S	$ 139,878
LABORAL	01/12/1994	31/12/1994	S	S	$ 172,476

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES POSTERIOR A 1994

NIT/PATRONAL	NIT: 890302594	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	09/01/1995	31/01/1995	S	S	$ 135,000	

HISTORIA NO VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - SISTEMA ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 90,817	3841.
LICENCIA	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 90,817	
LABORAL	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 112,727	3841.
LICENCIA	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 112,727	
LABORAL	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 110,954	3841.
LICENCIA	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 110,954	
LABORAL	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 201,469	3841.
LICENCIA	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 201,469	
LABORAL	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 155,806	3841.
LICENCIA	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 155,806	
LABORAL	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 140,470	3841.
LICENCIA	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 140,470	
LABORAL	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 138,692	3841.
LICENCIA	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 138,692	
LABORAL	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 178,403	3841.
LICENCIA	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 178,403	
LABORAL	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 98,700	3841.
LICENCIA	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 98,700	
LABORAL	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 183,514	3841.
LICENCIA	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 183,514	
LABORAL	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 133,358	3841.
LICENCIA	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 133,358	
LABORAL	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 139,878	3841.
LICENCIA	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 139,878	

porvenir
solo hay uno
OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2023
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CONVENCIONES DE ERRORES/OBSERVACIONES

ERROR/OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
3841	**OBSERVACION:** NOVEDAD LABORAL (INGRESO, RETIRO) CRUZADA CON NOVEDAD DE LICENCIA.

INFORMACION PRESTACIONES ISS/COLPENSIONES

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES	FECHA INGRESO NOMINA ISS/COLPENSIONES

INDICIOS PRESTACIONES. LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACION DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
C 5242615	800144331	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A	INVALIDEZ		ARCHIVO ENVIADO POR ASOFONDOS

INFORMACIÓN DE PRESTACIÓN CERTIFICADA POR LA AFP

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	CERTIF

LIQUIDACION BONO

Tipo Bono	A	Modalidad	2	Versión	4
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	29/06/1992	Tiempo Válido Para Bono (sin traslapos)	1,533(dias) , 219(semanas)	Tiempo Total Trabajado	1,533
Salario Base	$90,817	Empleadores Salario Base	MAYAGUEZ S A		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	01/05/1997	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	04/05/2024	Tasa Interes (%)	4.0
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)	02/02/1996	Causal Redención	Invalidez		
Valor Bruto A F.C.	$3,557,121	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	$3,557,121
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	$0				

CUOTAS PARTES

TIPO	NIT / NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALOR NETO PAGADO	REINTEGRO A F. PAGO
Emisor	1 NACION	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,244			$3,106,675	87	0	0	0	0
Contribuyente	900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	LIQUIDACION PROVISIONAL	289			$450,446	13	0	0	0	0
TOTALES						$3,557,121		0	0	0	0

HISTORIA LABORAL CUOTA PARTE HISTORIA LABORAL SIN TRASLAPOS DETALLE CALCULO

porvenir sólo hay uno
OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2023
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1962**

LEIVA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-AGO-1987 LEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1106400-00177750-M-0005242615-20090914 0016025771A 2 32081573

porvenir
sólo hay uno
OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2023
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.242.615**
SANCHEZ ORDOÑEZ
APELLIDOS
APOLINAR
NOMBRES

FIRMA

1. MINUSVALIA DE ORIENTACIÓN

Código	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
Calificación										0.00
Descripción										

2. MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FÍSICA

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Total
Calificación				1.25						1.25
Descripción										

3. MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción										

4. MINUSVALIA DE OCUPACIONAL

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	Total
Calificación								9.0		9.00
Descripción										

5. MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción										

6. MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	Total
Calificación						2.0				2.00
Descripción										

7. MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Código	70	71	72	73	74	75	76			Total
Calificación				3.5						3.50
Descripción										

Nota: en el respaldo de la hoja encontrará el detalle de cada uno de los códigos y su puntaje. En la casilla de detalle se deben consignar los hallazgos de cada sección que soporten el dictamen

RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN POR MINUSVALIA

#		Puntaje Máximo	Calificación total por sección
1.	MINUSVALIA DE ORIENTACIÓN	5.0%	0.00
2.	MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FÍSICA	2.5%	1.25
3.	MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD	2.5%	1.00
4.	MINUSVALIA DE OCUPACIONAL	10.0%	9.00
5.	MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	2.5%	1.00
6.	MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA	2.5%	2.00
7.	MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD	5.0%	3.50
	Calificación Máxima Posible	30.0%	
	Sumatoria Total		17.75 %

Descripción

Firma del calificador: Viviana Morales

DPC-

M0100106616400010014

DECIMA CALI NORTE
17 OCT 2023
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

FORMULARIO #2

FORMULARIO PARA EL DICTAMEN DE INVALIDEZ

Entidad solicitante:	SEGUROS COLPATRIA .	N° de Radicación:	216
Ciudad: Cali		fecha: 20 de Octubre de 1996	

Motivo de la solicitud

Calificación grado de invalidez	x	Origen común			x
Origen profesional		Enfermedad Profesional		Accidente de trabajo	

Identificación del trabajador:

Nombre: APOLINAR SANCHEZ	C.C.o T.I.: 5.242.615 de Leiva (Nariño)
Edad: 34 años.	Sexo: Masculino
Dirección : Ingenio Mayaguez Hacienda Arauca	Teléfono: -

Condición :

Afiliado	x	Beneficiario	
Cargo actual: Oficios varios del campo		Labor que desempeña:	

ANTECEDENTES GENERALES:

Personales

Patológicos	x	Médicos		Quirúrgicos		Otros
tóxicos		Fracturas		Traumáticos		
Alérgicos		Malformaciones		Secuelas		

Ampliación.

Poliartralgia, Sinusitis, Ulcera péptica.

Tuberculosis pulmonar hace 8 años.

porvenir
OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2023
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Familiares

Padres vivos y sanos.

Revisión por sistemas:

EXAMEN FÍSICO:

TA: 120 / 80 mmHg	FC: 80 por min	FR: 18 por min
T°: 36.5 °C	PESO: 51.5 Kg	TALLA: 1,67 mts

HALLAZGOS:

Regular estado general, afebril, llega por sus propios medios.

Poliartralgica, mialgias generalizadas, marcha difícil por cansancio.

Disminución de fuerza en articulaciones de miembros superiores e inferiores.

Cicatriz por Biopsia en muslo derecho.

RECIBIDO
PARA ESTUDIO
18 OCT. 1996
PRESTACIONES ARP
SEGUROS DE VIDA

Exámenes de diagnóstico:
Laboratorio Clínico, Rayos X,
Gamagrafia Osea,
Biopsias Muscular y sinovial.

Resultados interpretación
Granulocitopenia - Linfocitosis - Plaquetopenia.
Cambios inflamatorios en acetábulo, tarso izquierdo y hombros.

Los antecedentes son suficientes para el dictamen (si o no):	
En caso de no ser así , cuales estima necesarios	

I. DEFICIENCIAS:

Cap	CAUSALES	# orden	Diagnóstico
I	Sistema Musculo Esquelético		
II	Sistema Nervioso Periférico		
III	Reumatologia	1	Enfermedad del Colageno
IV	Aparato Respiratorio		
V	Aparato Digestivo		
VI	Sistema Genito Urinario		
VII	Sistema Cardiovascular		
VIII	Enfermedad Neoplásica Maligna		
IX	Sistema Endocrino		
X	Piel		
XI	Sistema Nervioso Central		
XII	Enfermedad Mental		
XIII	Órganos de los Sentidos		
XIV	Sistema Hemato Poyetico		

Nota: # orden, corresponde al ordenamiento por gravedad de la deficiencia

# orden	Código CIE	DESCRIPCIÓN	% Asignado	Capitulo, paginas
1		Enfermedad del Tejido Conectivo Clase III.	29.9	Cap.III Num.3.4.3 Pág.150
SUMATORIA		A%+B%*(50%-A%)		29.9 %

Calificación máxima posible 50%

Dr. Humberto Gonzalez.
Firma del calificador
R.P.# 10463

porvenir
sólo hay uno
OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2023
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

II CALIFICACIÓN DE L ACIDAD

1. DISCAPACIDADES DE LA CO... CTA

Código	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Suma
Calificación											0.0
Descripción:											

2. DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Suma
Calificación											0.0
Descripción											

3. DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Suma
Calificación				0.2	0.2	0.2	0.2			0.2	1.0
Descripción:											

4. DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	Suma
Descripción	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2				0.2	1.4
Descripción..											

5. DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	Suma
Calificación	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2			0.2		1.4
Descripción.											

6. DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	Suma
Calificación				0.2	0.2				0.2	0.2	0.8
Descripción.											

7. DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN

Código	70	71	72	73	74	75	76	77	78	Suma
Calificación		0.2	0.2	0.2						0.6
Descripción:										

8. DISCAPACIDADES DE UNA DETERMINADA APTITUD

Código	Suma
Calificación	1.0
Descripción	

9. NIVELES COMPLEMENTARIOS

NIVEL COMPLEMENTARIO DE GRAVEDAD

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación						1.0		1.0
Descripción.								

NIVEL COMPLEMENTARIO DE PRONOSTICO

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación							2.0	2.0
Descripción								

Nota. en el reapado de la hoja encontrará el detalle de cada uno de los códigos y los puntajes. En la casilla de detalle se deben consignar los hallazgos de cada sección que soportan el dictamen

RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

#	DETALLE	Puntaje Máximo	calificación total por sección
1	DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA	2%	0.0
2	DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN	2%	0.0
3	DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA	2%	1.0
4	DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN	2%	1.4
5	DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO	2%	1.4
6	DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA	2%	0.8
7	DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN	2%	0.6
8	DISCAPACIDAD DE UN DETERMINADA APTITUD	2%	1.0
	NIVELES COMPLEMENTARIOS DE GRAVEDAD DE PRONOSTICO	 2% 2%	1.0 2.0
	Sumatoria Total (Calificación Máxima Posible: 20%)		9.2 %

Firma del calificador: Viviana Morales R.P.# 17047

porvenir sólo hay uno OFICINA CALI NORTE 17 OCT 2023 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

29

DICTAMEN FINAL DE POLINAR SANCHEZ **No.** 21

CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ

Cap	CRITERIO	%	Dado por
I	DEFICIENCIA	29.90	Humberto Gonzalez
II	DISCAPACIDADES	9.20	Viviana Morales
III	MINUSVALIA	17.75	Viviana Morales
	TOTAL	56.85 %	

DETERMINACIÓN DEL ORIGEN

Enfermedad	x	Accidente		Invalidez		Muerte	

Diagnóstico

Enfermedad de Tejido Conectivo

Origen profesional	Origen común

Etiología probable

OTROS PRONUNCIAMIENTOS

Antigüedad y/o fecha de inicio: Un año

Fecha probable 50%:

Tratamientos efectivamente recibidos:

Médico, Fisioterapia

CAMBIOS IMPORTANTES Y FECHA

ESTADO ACTUAL

Regular

TERAPÉUTICA POSIBLE

POSIBLE RECUPERACIÓN O REHABILITACIÓN

Pronóstico reservado

CORRESPONDENCIA RECIBIDA
porvenir
sólo hay uno
OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2023

HUMBERTO GONZALEZ
FIRMA MD CALIFICADOR
RP# 10463

22401/

Bogotá D.C.

Señor (a) APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Ciudad

Reciba un saludo cordial.

Continuando con el trámite de su bono pensional, adjunto la historia laboral para su respectiva validación y autorización de la emisión de su bono pensional.

Tenga en cuenta que la historia laboral para bono pensional, corresponde a los periodos cotizados desde su primera vinculación laboral, hasta la fecha en que se trasladó a PORVENIR S.A.

En atención a la contingencia que se presenta en el país relacionada con el virus COVID 19, Usted podrá por correo electrónico autorizar la emisión del bono pensional, por lo que en caso de estar de acuerdo, le agradecemos dar respuesta a esta correo electrónico informando ESTOY DE ACUERDO CON MI HISTORIA LABORAL Y AUTORIZO A PORVENIR A SOLICITAR LA EMISIÓN DEL BONO PENSIONAL, conforme al artículo 52 del decreto 1748 de 1995; con dicha manifestación usted adicionalmente manifiesta bajo la gravedad del Juramento, que:

1. Que no se encuentra pensionado por ninguna otra entidad
2. Que no se encuentra multiafiliado con el régimen de prima media.
3. Que los datos como nombre y fecha de nacimiento son correctos.
4. Que los tiempos registrados en la historia laboral para bono pensional, no han sido utilizados para otro tipo de prestaciones como indemnizaciones sustitutivas u otro tipo de pensiones, ni otro tipo de bono pensional

5. Que autoriza a PORVENIR S.A., la emisión del bono pensional

ESTOY DE ACUERDO CON MI HISTORIA LABORAL Y AUTORIZO A PORVENIR A
SOLICITAR LA EMISIÓN DEL BONO PENSIONAL

SI (___)

NO (___)

Para el proceso de emisión, por favor al responder este correo le agradecemos adjuntar la Historia laboral de la Oficina de Bonos Pensionales (Documento adjunto en este correo) y copia del documento de identidad, de lo contrario dicho proceso no se podrá llevar a cabo.

En el caso de no autorizar la emisión indicar las causas de dicha decisión, si es por información incompleta indicar los periodos faltantes.

Para finalizar le queremos recomendar que no permita que un tramitador le cobre dinero, usted puede hacer sus trámites en Porvenir sin costo. Si alguien le cobra, o tiene denuncias relacionadas con fraudes o ética de nuestros empleados, denúncielo ingresando a: www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica o comunicándose al teléfono en Bogotá 3393000 Ext. 77777.

Radicado de salida: 4307412054289300

Nuestro propósito es estar siempre a su lado, por eso trabajamos día a día de forma incansable para construir un mejor porvenir para todos. Si tiene la necesidad de acudir a nuestras oficinas o las sucursales aliadas, tenga presente tomar siempre las medidas de autocuidado.

NOTA

Este archivo está protegido. Para abrirlo y ver su contenido, por favor digite su número de cédula, si su número de identificación es inferior a los 8 dígitos por favor agregue a la izquierda la cantidad de ceros (0) correspondiente hasta completar dicha cantidad.

Este correo corresponde a un buzón automático de envío de información, por favor remitir su respuesta al correo electrónico serviciospensionales@porvenir.com.co

Cordialmente

ANGIE CAMILA NIÑO
Coordinación Bonos Pensionales
Dirección General

C.B.

SOLICITADO POR	mhvmosqu 172.27.3.1
FECHA Y HORA	29/05/2023 05:29:06
ENTIDAD	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION

DATOS AFILIADO

Documento	C 5242615	Género	MASCULINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	04/05/1962
AFP Solicitante	PORVENIR	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 /4	AFP Afiliado	PORVENIR (3)
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	13/03/1997	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	01/05/1997		

ORIGEN DE NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solicitud	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
ISS/COLPENSIONES	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
Documento Alterno No.				

DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	24/05/2023	Consecutivo	55	Número Liquidación	33	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	24/05/2023	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Línea			Solicitado por	YUREIDI ANDREA AVENDAÑO ZAMORA				
Cargo	AUXILIAR II BONOS PENSIONALES	Teléfono	3393000	Archivo				Registro	
Motivo reproceso	L								
Archivo Respuesta	RAOP0320230524.000000			Fecha Respuesta (DD/MM/AAAA)	24/05/2023				

HISTORIA LABORAL

HISTORIA VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 15050101059 (11 - FACTURACION CAN)	NOMBRE EMPLEADOR	INVERSIONES SANINT PELAEZ L

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	29/10/1990	31/12/1990	S	S	$ 41,040	
LABORAL	01/01/1991	31/12/1991	S	S	$ 54,630	
LABORAL	01/01/1992	14/02/1992	S	S	$ 61,950	

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - SISTEMA ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	02/01/1992	29/02/1992	S	S	$ 65,190	
LABORAL	01/03/1992	31/03/1992	S	S	$ 79,612	
LABORAL	01/04/1992	30/04/1992	S	S	$ 131,990	
LABORAL	01/05/1992	31/05/1992	S	S	$ 83,074	
LABORAL	01/06/1992	29/06/1992	S	S	$ 90,817	
LABORAL	01/07/1992	31/07/1992	S	S	$ 126,233	
LABORAL	01/08/1992	31/08/1992	S	S	$ 108,682	
LABORAL	01/09/1992	30/09/1992	S	S	$ 103,717	
LABORAL	01/10/1992	31/10/1992	S	S	$ 115,039	
LABORAL	01/11/1992	30/11/1992	S	S	$ 101,816	
LABORAL	01/12/1992	31/12/1992	S	S	$ 113,448	
LABORAL	01/01/1993	31/01/1993	S	S	$ 110,038	
LABORAL	01/02/1993	27/02/1993	S	S	$ 112,727	
LABORAL	01/03/1993	31/03/1993	S	S	$ 107,211	
LABORAL	01/04/1993	30/04/1993	S	S	$ 153,471	
LABORAL	01/05/1993	29/05/1993	S	S	$ 110,954	
LABORAL	01/06/1993	30/06/1993	S	S	$ 116,939	
LABORAL	01/07/1993	30/07/1993	S	S	$ 201,469	
LABORAL	01/08/1993	31/08/1993	S	S	$ 143,769	
LABORAL	01/09/1993	30/09/1993	S	S	$ 182,680	
LABORAL	01/10/1993	31/10/1993	S	S	$ 139,937	
LABORAL	01/11/1993	30/11/1993	S	S	$ 115,695	
LABORAL	01/12/1993	31/12/1993	S	S	$ 141,436	
LABORAL	01/01/1994	30/01/1994	S	S	$ 155,806	

LABORAL	01/02/1994	28/02/1994	S	S	$ 112,948
LABORAL	01/03/1994	31/03/1994	S	S	$ 158,606
LABORAL	01/04/1994	29/04/1994	S	S	$ 140,470
LABORAL	01/05/1994	30/05/1994	S	S	$ 138,692
LABORAL	01/06/1994	29/06/1994	S	S	$ 178,403
LABORAL	01/07/1994	31/07/1994	S	S	$ 177,483
LABORAL	01/08/1994	30/08/1994	S	S	$ 98,700
LABORAL	01/09/1994	28/09/1994	S	S	$ 183,514
LABORAL	01/10/1994	29/10/1994	S	S	$ 133,358
LABORAL	01/11/1994	29/11/1994	S	S	$ 139,878
LABORAL	01/12/1994	31/12/1994	S	S	$ 172,476

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES POSTERIOR A 1994

NIT/PATRONAL	NIT: 890302594	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	09/01/1995	31/01/1995	S	S	$ 135,000	

HISTORIA NO VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - SISTEMA ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 90,817	3841,
LICENCIA	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 90,817	
LABORAL	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 112,727	3841,
LICENCIA	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 112,727	
LABORAL	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 110,954	3841,
LICENCIA	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 110,954	
LABORAL	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 201,469	3841,
LICENCIA	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 201,469	
LABORAL	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 155,806	3841,
LICENCIA	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 155,806	
LABORAL	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 140,470	3841,
LICENCIA	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 140,470	
LABORAL	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 138,692	3841,
LICENCIA	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 138,692	
LABORAL	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 178,403	3841,
LICENCIA	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 178,403	
LABORAL	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 98,700	3841,
LICENCIA	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 98,700	
LABORAL	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 183,514	3841,
LICENCIA	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 183,514	
LABORAL	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 133,358	3841,
LICENCIA	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 133,358	
LABORAL	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 139,878	3841,
LICENCIA	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 139,878	

CONVENCIONES DE ERRORES/OBSERVACIONES

ERROR/OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
3841	**OBSERVACION:** NOVEDAD LABORAL (INGRESO, RETIRO) CRUZADA CON NOVEDAD DE LICENCIA.

INFORMACION PRESTACIONES ISS/COLPENSIONES

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES	FECHA INGRESO NOMINA ISS/COLPENSIONES

INDICIOS PRESTACIONES. LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACION DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
C 5242615	800144331	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A	INVALIDEZ		ARCHIVO ENVIADO POR ASOFONDOS

INFORMACIÓN DE PRESTACIÓN CERTIFICADA POR LA AFP

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	CERTIF

LIQUIDACION BONO

Tipo Bono	**A**	Modalidad	**2**	Versión	**4**
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	**29/06/1992**	Tiempo Válido Para Bono (sin traslapos)	**1,533(dias) , 219(semanas)**	Tiempo Total Trabajado	**1,533**
Salario Base	**$90,817**	Empleadores Salario Base	**MAYAGUEZ S A**		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	**01/05/1997**	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	**04/05/2024**	Tasa Interes (%)	**4.0**
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)	**02/02/1996**	Causal Redención	**Invalidez**		
Valor Bruto A F.C.	**$3,557,121**	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	**$3,557,121**
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	**$0**				

CUOTAS PARTES

TIPO	NIT / NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALOR NETO PAGADO	REINTEGRO A F. PAGO
Emisor	1 NACION	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,244			$3,106,675	87	0	0	0	0
Contribuyente	900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	LIQUIDACION PROVISIONAL	289			$450,446	13	0	0	0	0
TOTALES						$3,557,121		0	0	0	0

HISTORIA LABORAL CUOTA PARTE HISTORIA LABORAL SIN TRASLAPOS DETALLE CALCULO

De: Vargas Peña Luz Adriana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]
Enviado el: martes, 18 de mayo de 2021 7:18 p. m.
Para: Ramos Ramos Juliana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]
CC: Niño Cantor Angie Camila [DIR DE PREVISIONALES]; Cortes Becerra Maria Rocio [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]; Avendano Zamora Andrea (Dir Reconocimiento de Prestaciones)
Asunto: URGENTE DICTAMEN DE PCL CC 5242615

Juliana buena tarde

Solicito tu colaboración con el caso de la referencia

En multifondos registra el afiliado con fecha de estructuración 02-02-1996 con esta fecha se solicitó la redención anticipada del bono.

La OBP detuvo el bono desde enero de 2021y está solicitando el dictamen donde se evidencie la fecha de estructuración.

Te agradezco nos remitas el dictamen y nos confirmes si esa es la fecha correcta de estructuración o si existe alguna modificación al dictamen para lo cual te agradezco nos remitas el nuevo dictamen y nos indiques con qué fecha se debe solicitar redención.

Quedamos atentos

Gracias

Luz Adriana Vargas Peña
Analista I

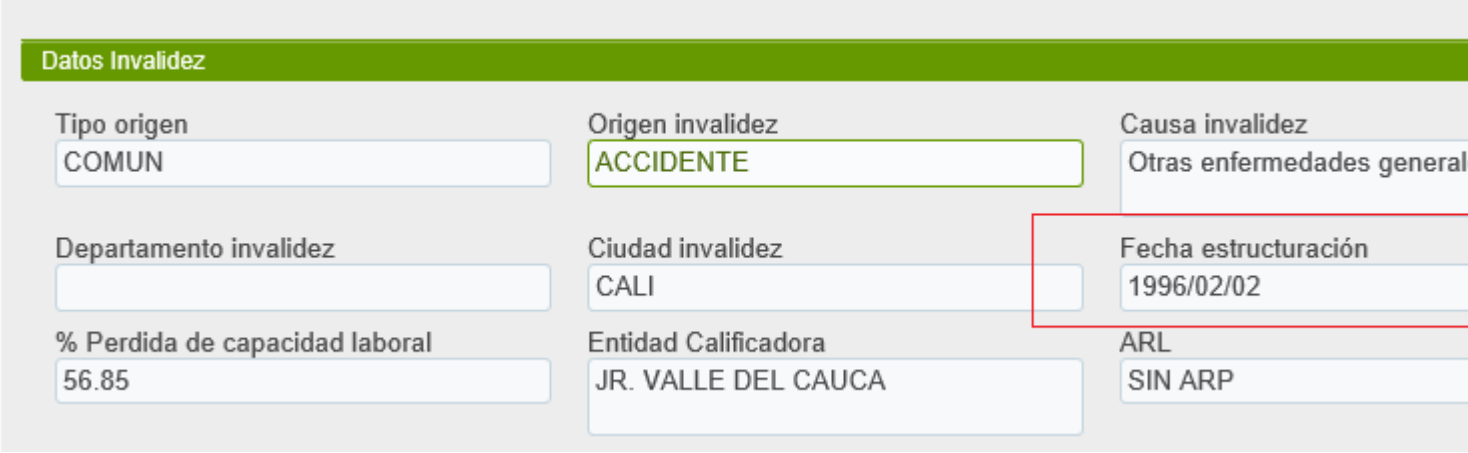
Direccion de Bonos Pensionales

Tel: 7434441 Extensión: 75640

Radicado de salida: 4307412032794100

lvargasp@porvenir.com.co

Direccion General



De: Vargas Peña Luz Adriana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]
Enviado el: domingo, 7 de marzo de 2021 6:59 p. m.
Para: Avendano Zamora Andrea (Dir Reconocimiento de Prestaciones)
CC: Ramos Ramos Juliana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]; Cortes Becerra Maria Rocio [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]; Lopez Muñoz Cristhian(Dir Compensacion de servicios TH)
Asunto: RE: DICTAMEN DE PCL CC 5242615 CC 71663324

Andre

Por favor valida con siniestros cual es el dictamen porque en multifondos registra otra fecha

Debe ser igual la fecha del dictamen vs la que se registra en multifondos

El bono sigue detenido en OBP porque se requiere enviar el dictamen a OBP

Gracias

porvenir
sólo hay uno

30 años avanzando Juntos

De: Avendano Zamora Andrea (Dir Reconocimiento de Prestaciones)
Enviado el: miércoles, 3 de marzo de 2021 8:42 a. m.
Para: Vargas Peña Luz Adriana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]
CC: Ramos Ramos Juliana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]; Cortes Becerra Maria Rocio [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]; Lopez Muñoz Cristhian(Dir Compensacion de servicios TH)
Asunto: RE: DICTAMEN DE PCL CC 5242615 CC 71663324

Buen día,

Envió soporte de pérdida de capacidad labora , del expediente. Este es el único que tenemos.

Quedo atenta.

Andrea Avendaño Zamora

Auxiliar III Direccion de Bonos Pensionales

Gerencia Beneficios Pensionales- Direccion general

POR09111@porvenir.com.co

Tel. 3393000 Ext.75858

LIQUIDACION BONO		
Tipo Bono	A	Modalidad
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	29/06/1992	Tiempo Válido Para Bono (sin traslapos)
Salario Base	$90,817	Empleadores Salario Base
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	01/05/1997	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)	02/02/1996	Causal Redención
Valor Bruto A F.C.	$3,554,225	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	$12,486,000	

De: Vargas Peña Luz Adriana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES] <lvargasp@porvenir.com.co>
Enviado el: jueves, 18 de febrero de 2021 6:37 p. m.
Para: Avendano Zamora Andrea (Dir Reconocimiento de Prestaciones) <yaavendano@porvenir.com.co>
CC: Ramos Ramos Juliana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES] <jramosr@porvenir.com.co>; Cortes Becerra Maria Rocio [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES] <mrcortesb@porvenir.com.co>
Asunto: RV: DICTAMEN DE PCL CC 5242615 CC 71663324

Andreita

Te recomiendo validar el caso CC 5242615 En el dictamen no vi la fecha de estructuración y en OBP registra 02-02-1996

Te agradezco me informes cuando quedo correcta tanto emisión vs dictamen para solicitar a OBP levante control

Gracias

porvenir
sólo hay uno

30 años avanzando Juntos

De: Ramos Ramos Juliana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]
Enviado el: jueves, 18 de febrero de 2021 9:55 a. m.
Para: Avendano Zamora Andrea (Dir Reconocimiento de Prestaciones)
CC: Vargas Peña Luz Adriana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]; Cortes Becerra Maria Rocio [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]
Asunto: RV: DICTAMEN DE PCL CC 5242615 CC 71663324

Buenos días, remito la información que tenemos de los casos consultados.

Quedo atenta a comentarios.

Gracias.

JULIANA RAMOS RAMOS

Coordinadora Reconocimiento Siniestros

Gerencia de Beneficios Pensionales

Porvenir S.A

3393000 ext 75203

jramosr@porvenir.com.co

De: Rusinque Gomez Martha [DIR RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]
Enviado el: miércoles, 17 de febrero de 2021 6:21 p. m.
Para: Ramos Ramos Juliana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES] <jramosr@porvenir.com.co>
Asunto: RV: DICTAMEN DE PCL CC 5242615 CC 71663324

Hola buen día,

Julianita te envio un saludo y a continuación lo que se enceuntra de las cedulas del asuntoi

CC. NO. 5242615 (*se requiere para validar la fecha de estructuración y te envió el soporte digitalizado en el cual no se evidencia esta fecha y se requiere para el proceso de emisión*.)

- Este dictamen es de COLPATRIA de acuerdo a Multifondos de Octubre de 1996 se

debe solicitar expediente a Archivo, no tiene No de radicado. Ni rastro en On Base.

C.C. 71663324 (*se requiere para el proceso de cobro, ya lo solicite al archivo general pero ellos ,me piden el radicado del expediente.)*

- este dictamen es de BBVA de Octubre de 1996 de acuerdo a lo informado en Multifondos calificado en el año 2003, tampoco tiene Numero de Radicado

Cordialmente,

Martha Rusinque Gómez

Analista I

Direccion de Beneficios

Tel 339 3000**Ext** 75714

marusinque@porvenir.com.co

Dirección General

De: Ramos Ramos Juliana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]
Enviado el: miércoles, 17 de febrero de 2021 4:54 p. m.
Para: Rusinque Gomez Martha [DIR RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES]

Asunto: RV: DICTAMEN DE PCL CC 5242615 CC 71663324

Hola Martica, me ayudas por fa con esto.

Gracias.

De: Avendano Zamora Andrea (Dir Reconocimiento de Prestaciones)
Enviado el: martes, 16 de febrero de 2021 3:20 p. m.
Para: Ramos Ramos Juliana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES] <jramosr@porvenir.com.co>
CC: Vargas Peña Luz Adriana [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES] <lvargasp@porvenir.com.co>; Cortes Becerra Maria Rocio [DIR. RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES] <mrcortesb@porvenir.com.co>
Asunto: DICTAMEN DE PCL CC 5242615 CC 71663324

Buenas tardes,

Juliana tú me puedes colabora por favor con el dictamen de invalidez para las cedulas mencionadas en el asunto.

- CC. NO. 5242615 se requiere para validar la fecha de estructuración y te envió el soporte digitalizado en el cual no se evidencia esta fecha y se requiere para el proceso de emisión.

- cc 71663324 se requiere para el proceso de cobro, ya lo solicite al archivo general pero ellos ,me piden el radicado del expediente.

Quedo pendiente muchas gracias.

Andrea Avendaño Zamora

Auxiliar III Direccion de Bonos Pensionales

Gerencia Beneficios Pensionales- Direccion general

POR09111@porvenir.com.co

Tel. 3393000 Ext.75858

Reciba un cordial saludo,

Psi con cc5242615

Cordialmente,

Ingrid Sánchez

Auxiliar III

Beneficios Pensionales

serviciospensionales@porvenir.com.co

De: Rolando Sanchez <roling777@hotmail.es>
Enviado el: viernes, 29 de mayo de 2020 5:28 p. m.
Para: BENEFICIOS PENSIONALES <serviciospensionales@porvenir.com.co>
Asunto: RE: Solicitud Autorización Historia Laboral

Radicado de salida: 4307412025765400

ESTOY DE ACUERDO CON MI HISTORIA LABORAL Y AUTORIZO A PORVENIR A SOLICITAR LA EMISIÓN DEL BONO PENSIONAL.

APOLINAR **SANCHEZ**
C.C.: 5.242.615

De: BENEFICIOS PENSIONALES <serviciospensionales@porvenir.com.co>
Enviado: viernes, 29 de mayo de 2020 10:14 a. m.
Para: roling777@hotmail.es <roling777@hotmail.es>
Asunto: Solicitud Autorización Historia Laboral

Señor

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Ciudad

Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A

Acorde con nuestra conversación, adjunto para su revisión la historia laboral para el trámite de emisión de su bono pensional.

Tenga en cuenta que la historia laboral para bono pensional, corresponde a los periodos cotizados desde su primera vinculación laboral, hasta la fecha en que se trasladó a PORVENIR S.A.

En atención a la contingencia que se presenta en el país relacionada con el virus COVID 19, Usted podrá por correo electrónico autorizar la emisión del bono pensional, por lo que en caso de estar de acuerdo, le agradecemos dar respuesta a esta correo electrónico informando **ESTOY DE ACUERDO CON MI HISTORIA LABORAL Y AUTORIZO A PORVENIR A SOLICITAR LA EMISIÓN DEL BONO PENSIONAL,** conforme al artículo 52 del decreto 1748 de 1995; con dicha manifestación usted adicionalmente manifiesta bajo la gravedad del Juramento, que:

1. Que no se encuentra pensionado por ninguna otra entidad

2. Que no se encuentra multiafiliado con el régimen de prima media.

3. Que los datos como nombre y fecha de nacimiento son correctos.

4. Que los tiempos registrados en la historia laboral para bono pensional, no han sido utilizados para otro tipo de prestaciones como indemnizaciones sustitutivas u otro tipo de pensiones, ni otro tipo de bono pensional

5. Que autoriza a PORVENIR S.A., la emisión del bono pensional

ESTOY DE ACUERDO CON MI HISTORIA LABORAL Y AUTORIZO A PORVENIR A

SOLICITAR LA EMISIÓN DEL BONO PENSIONAL

SI (___)

NO (___)

Para el proceso de emisión, por favor al responder este correo le agradecemos adjuntar la Historia laboral de la Oficina de Bonos Pensionales (Documento adjunto en este correo), de lo contrario dicho proceso no se podrá llevar a cabo.

En el caso de no autorizar la emisión indicar las causas de dicha decisión, si es por información incompleta indicar los periodos faltantes.

Para finalizar le queremos recomendar que no permita que un tramitador le cobre dinero, usted puede hacer sus trámites en Porvenir sin costo. Si alguien le cobra, o tiene denuncias relacionadas con fraudes o ética de nuestros empleados, denúncielo ingresando a:www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica o comunicándose al teléfono en Bogotá 3393000 Ext. 77777.

Quedo atenta a su respuesta,

Cordialmente,

Ingrid Sánchez

Auxiliar III

Beneficios Pensionales

serviciospensionales@porvenir.com.co

AVISO:La información contenida en este mensaje y en los archivos adjuntos es confidencial y reservada y está dirigida exclusivamente a su destinatario, sin la intención de que sea conocida por terceros, por lo tanto, de conformidad con las normas legales vigentes, su interceptación, sustracción, extravío, reproducción, lectura o uso esta prohibido a cualquier persona diferente. Si por error ha recibido este mensaje por favor discúlpenos, notifiquenoslo y elimínelo. Las opiniones, conclusiones y otra información contenida en este correo no relacionadas con el negocio oficial del remitente, deben entenderse como personales y de ninguna manera son avaladas por PORVENIR S.A. PORVENIR S.A. ha adoptado mecanismos tendientes a evitar que este mensaje y sus anexos, contengan virus o defectos que puedan llegar a afectar los computadores o los sistemas que lo reciban, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar éste hecho al momento de su recepción y apertura. En consecuencia PORVENIR S.A. se exonera de cualquier responsabilidad por daños, alteraciones o perjuicios que se ocasionen en su recepción o uso.

SOLICITADO POR	mhisanch 172.27.3.1
FECHA Y HORA	29/05/2020 10:13:21
ENTIDAD	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION

DATOS AFILIADO

Documento	C 5242615	Género	MASCULINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	15/05/1962
AFP Solicitante	PORVENIR	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 /2	AFP Afiliado	PORVENIR (3)
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	13/03/1997	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	01/05/1997		

ORIGEN DE NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solicitud	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
ISS/COLPENSIONES	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
Documento Alterno No.				

DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	29/05/2020	Consecutivo	46 TEMP	Número Liquidación	27	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	29/05/2020	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Línea			Solicitado por	INGRID BRIGITH SANCHEZ MUÑOZ				
Cargo	AUXILIAR - GESTION DE RECAUDO	Teléfono	3393000	Archivo				Registro	
Motivo reproceso									
Archivo Respuesta	PENDIENTE			Fecha Respuesta (DD/MM/AAAA)					

HISTORIA LABORAL

HISTORIA VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 15050101059 (11 - FACTURACION CAN)	NOMBRE EMPLEADOR	INVERSIONES SANINT PELAEZ L

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	29/10/1990	31/12/1990	S	S	$ 41,040	
LABORAL	01/01/1991	31/12/1991	S	S	$ 54,630	
LABORAL	01/01/1992	14/02/1992	S	S	$ 61,950	

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - SISTEMA ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	02/01/1992	29/02/1992	S	S	$ 65,190	
LABORAL	01/03/1992	31/03/1992	S	S	$ 79,612	
LABORAL	01/04/1992	30/04/1992	S	S	$ 131,990	
LABORAL	01/05/1992	31/05/1992	S	S	$ 83,074	
LABORAL	01/06/1992	29/06/1992	S	S	$ 90,817	
LABORAL	01/07/1992	31/07/1992	S	S	$ 126,233	
LABORAL	01/08/1992	31/08/1992	S	S	$ 108,682	
LABORAL	01/09/1992	30/09/1992	S	S	$ 103,717	
LABORAL	01/10/1992	31/10/1992	S	S	$ 115,039	
LABORAL	01/11/1992	30/11/1992	S	S	$ 101,816	
LABORAL	01/12/1992	31/12/1992	S	S	$ 113,448	
LABORAL	01/01/1993	31/01/1993	S	S	$ 110,038	
LABORAL	01/02/1993	27/02/1993	S	S	$ 112,727	
LABORAL	01/03/1993	31/03/1993	S	S	$ 107,211	
LABORAL	01/04/1993	30/04/1993	S	S	$ 153,471	
LABORAL	01/05/1993	29/05/1993	S	S	$ 110,954	
LABORAL	01/06/1993	30/06/1993	S	S	$ 116,939	
LABORAL	01/07/1993	30/07/1993	S	S	$ 201,469	
LABORAL	01/08/1993	31/08/1993	S	S	$ 143,769	
LABORAL	01/09/1993	30/09/1993	S	S	$ 182,680	
LABORAL	01/10/1993	31/10/1993	S	S	$ 139,937	
LABORAL	01/11/1993	30/11/1993	S	S	$ 115,695	
LABORAL	01/12/1993	31/12/1993	S	S	$ 141,436	
LABORAL	01/01/1994	30/01/1994	S	S	$ 155,806	

LABORAL	01/02/1994	28/02/1994	S	S	$ 112,948
LABORAL	01/03/1994	31/03/1994	S	S	$ 158,606
LABORAL	01/04/1994	29/04/1994	S	S	$ 140,470
LABORAL	01/05/1994	30/05/1994	S	S	$ 138,692
LABORAL	01/06/1994	29/06/1994	S	S	$ 178,403
LABORAL	01/07/1994	31/07/1994	S	S	$ 177,483
LABORAL	01/08/1994	30/08/1994	S	S	$ 98,700
LABORAL	01/09/1994	28/09/1994	S	S	$ 183,514
LABORAL	01/10/1994	29/10/1994	S	S	$ 133,358
LABORAL	01/11/1994	29/11/1994	S	S	$ 139,878
LABORAL	01/12/1994	31/12/1994	S	S	$ 172,476

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES POSTERIOR A 1994

NIT/PATRONAL	NIT: 890302594	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	09/01/1995	31/01/1995	S	S	$ 135,000	

HISTORIA NO VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - SISTEMA ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 90,817	3841,
LICENCIA	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 90,817	
LABORAL	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 112,727	3841,
LICENCIA	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 112,727	
LABORAL	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 110,954	3841,
LICENCIA	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 110,954	
LABORAL	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 201,469	3841,
LICENCIA	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 201,469	
LABORAL	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 155,806	3841,
LICENCIA	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 155,806	
LABORAL	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 140,470	3841,
LICENCIA	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 140,470	
LABORAL	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 138,692	3841,
LICENCIA	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 138,692	
LABORAL	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 178,403	3841,
LICENCIA	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 178,403	
LABORAL	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 98,700	3841,
LICENCIA	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 98,700	
LABORAL	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 183,514	3841,
LICENCIA	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 183,514	
LABORAL	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 133,358	3841,
LICENCIA	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 133,358	
LABORAL	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 139,878	3841,
LICENCIA	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 139,878	

CONVENCIONES DE ERRORES/OBSERVACIONES

ERROR/OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
3841	**OBSERVACION:** NOVEDAD LABORAL (INGRESO, RETIRO) CRUZADA CON NOVEDAD DE LICENCIA.

INFORMACION PRESTACIONES ISS/COLPENSIONES

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES	FECHA INGRESO NOMINA ISS/COLPENSIONES

INDICIOS PRESTACIONES. LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACION DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
C 5242615	800144331	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A	INVALIDEZ		ARCHIVO ENVIADO POR ASOFONDOS

INFORMACIÓN DE PRESTACIÓN CERTIFICADA POR LA AFP

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	CERTIF

LIQUIDACION BONO

Tipo Bono	A	Modalidad	2	Versión	2

Fecha Base (DD/MM/AAAA)	**29/06/1992**	Tiempo Válido Para Bono (sin traslapos)	**1,533(dias) , 219(semanas)**	Tiempo Total Trabajado	**1,533**
Salario Base	**$90,817**	Empleadores Salario Base	**MAYAGUEZ S A**		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	**01/05/1997**	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	**15/05/2024**	Tasa Interes (%)	**4.0**
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)	**02/02/1996**	Causal Redención	**Invalidez**		
Valor Bruto A F.C.	**$3,554,225**	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	**$3,554,225**
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	**$0**				

CUOTAS PARTES

TIPO	NIT / NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALOR NETO PAGADO	REINTEGRO A F. PAGO
Emisor	1 NACION	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,244			$3,104,863	87	0	0	0	0
Contribuyente	900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	LIQUIDACION PROVISIONAL	289			$449,362	13	0	0	0	0
TOTALES						$3,554,225		0	0	0	0

HISTORIA LABORAL CUOTA PARTE HISTORIA LABORAL SIN TRASLAPOS DETALLE CALCULO

Marzo de 2020

porvenir
sólo hay uno
porvenir REGIONAL SUR BACK
13 MAR 2020
CORRESPONDENCIA
RECIBIDA

Radicado - Porvenir S.A.
0103802048470500

Señores:
PORVENIR S.A.

Asunto: SOLICITUD DE COPIA DE RESOLUCION DE PENSION

Cordial saludo

Por medio de la presente yo, **APOLINAR SÁNCHEZ,** identificado con numero de cedula 5.242.615 de Leiva Nariño, les solicito de manera urgente me sea enviada una copia de Mi Resolución Pensional, el motivo es que mi EPS la está exigiendo porque de lo contrario no me van a seguir atendiendo. Cabe resaltar que soy un paciente que tiene controles mensuales por una enfermedad que me aqueja y es de vital importancia que asista a mis citas médicas ya que en ellas me dan unos medicamentos para controlar un fuerte dolor que padezco y sin ellos mi calidad de vida se ve afectada a tal punto que me deben hospitalizar, y sin atención de la EPS no sé cómo haría.

De antemano agradezco su comprensión y pronta colaboración

NOTIFICACIONES: CRA 9 No. 15-06 Barrio el trébol, Villagorgona Candelaria o al correo electrónico dannysaor@gmail.com

ATENTAMENTE,

Apolinar Sanchez
APOLINAR SANCHEZ
C.C.: 5.242.615 DE LEIVA NARIÑO
Cel.: 311 649 9619 – 314 874 4050

Radicado - Porvenir S.A.
0103803029872700

SOLICITADO POR	mhjmaya 172.27.3.1
FECHA Y HORA	17/10/2019 04:37:16
ENTIDAD	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION

Ruta 439683
Tarjeta 9870009

DATOS AFILIADO

Documento	C 5242615	Género	MASCULINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	04/05/1962
AFP Solicitante	PORVENIR	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 /2	AFP Afiliado	PORVENIR (3)
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	13/03/1997	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	01/05/1997		

ORIGEN DE NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solicitud	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
Registraduria/Das	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
ISS/COLPENSIONES	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
Documento Alterno No.				

DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	17/10/2019	Consecutivo	21	Número Liquidación	12	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	17/10/2019	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Linea			Solicitado por	JOSE ALEJANDRO MAYA TRUJILLO				
Cargo	EJECUTIVO PENSIONAL (A)	Teléfono	33690	Archivo				Registro	
Motivo reproceso	LIQ								
Archivo Respuesta	PENDIENTE	Fecha Respuesta (DD/MM/AAAA)							

HISTORIA LABORAL

HISTORIA VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 15050101059 (11 - FACTURACION CAN)	NOMBRE EMPLEADOR	INVERSIONES SANINT PELAEZ L

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	29/10/1990	31/12/1990	S	S	$ 41,040	
LABORAL	01/01/1991	31/12/1991	S	S	$ 54,630	
LABORAL	01/01/1992	14/02/1992	S	S	$ 61,950	

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - SISTEMA ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	02/01/1992	29/02/1992	S	S	$ 41,025	
LABORAL	01/04/1992	30/04/1992	S	S	$ 131,990	3814.
LABORAL	01/05/1992	29/06/1992	S	S	$ 83,074	3814.
LABORAL	01/07/1992	31/07/1992	S	S	$ 126,233	3814.
LABORAL	01/08/1992	31/08/1992	S	S	$ 108,682	3814.
LABORAL	01/09/1992	30/09/1992	S	S	$ 103,717	3814.
LABORAL	01/10/1992	31/10/1992	S	S	$ 115,039	3814.
LABORAL	01/11/1992	30/11/1992	S	S	$ 101,816	3814.
LABORAL	01/12/1992	31/12/1992	S	S	$ 113,448	3814.
LABORAL	01/01/1993	27/02/1993	S	S	$ 110,038	3814.
LABORAL	01/03/1993	31/03/1993	S	S	$ 107,211	3814.
LABORAL	01/04/1993	29/05/1993	S	S	$ 153,471	3814.
LABORAL	01/06/1993	30/07/1993	S	S	$ 116,939	3814.
LABORAL	01/08/1993	31/08/1993	S	S	$ 143,769	3814.
LABORAL	01/09/1993	30/09/1993	S	S	$ 182,680	3814.
LABORAL	01/10/1993	31/10/1993	S	S	$ 139,937	3814.
LABORAL	01/11/1993	30/11/1993	S	S	$ 115,695	3814.
LABORAL	01/12/1993	30/01/1994	S	S	$ 141,436	3814.
LABORAL	01/02/1994	28/02/1994	S	S	$ 112,948	3814.
LABORAL	01/03/1994	29/04/1994	S	S	$ 158,606	3814.
LABORAL	01/05/1994	30/05/1994	S	S	$ 145,212	3814.
LABORAL	01/06/1994	29/06/1994	S	S	$ 154,102	3814.

porvenir
sólo hay uno
porvenir OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2019
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

LABORAL	01/07/1994	30/08/1994	S	S	$ 177,483	3814,
LABORAL	01/09/1994	28/09/1994	S	S	$ 167,291	3814,
LABORAL	01/10/1994	29/10/1994	S	S	$ 192,997	3814,
LABORAL	01/11/1994	29/11/1994	S	S	$ 154,102	3814,
LABORAL	01/12/1994	31/12/1994	S	S	$ 172,476	3814,

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES POSTERIOR A 1994

NIT/PATRONAL	NIT: 890302594	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	01/01/1995	22/01/1995	S	S	$ 135,000	

HISTORIA NO VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - SISTEMA ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
CAMBIO SALARIO	01/02/1992		S	S	$ 60,843	3019,
CAMBIO SALARIO	01/06/1992		S	S	$ 108,661	3019,
LABORAL	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 131,990	3814,3841,
LICENCIA	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 108,661	
CAMBIO SALARIO	01/02/1993		S	S	$ 115,701	3019,
LABORAL	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 108,661	3814,3841,
LICENCIA	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 115,701	
CAMBIO SALARIO	01/05/1993		S	S	$ 118,541	3019,
LABORAL	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 115,701	3814,3841,
LICENCIA	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 118,541	
CAMBIO SALARIO	01/07/1993		S	S	$ 205,267	3019,
LABORAL	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 118,541	3814,3841,
LICENCIA	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 205,267	
CAMBIO SALARIO	01/01/1994		S	S	$ 159,599	3019,
LABORAL	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 205,267	3814,3841,
LICENCIA	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 159,599	
CAMBIO SALARIO	01/04/1994		S	S	$ 145,212	3019,
LABORAL	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 159,599	3814,3841,
LICENCIA	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 145,212	
CAMBIO SALARIO	01/05/1994		S	S	$ 154,102	3019,
LABORAL	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 145,212	3814,3841,
LICENCIA	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 154,102	
CAMBIO SALARIO	01/06/1994		S	S	$ 183,145	3019,
LABORAL	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 154,102	3814,3841,
LICENCIA	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 183,145	
CAMBIO SALARIO	01/08/1994		S	S	$ 167,291	3019,
LABORAL	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 183,145	3814,3841,
LICENCIA	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 167,291	
CAMBIO SALARIO	01/09/1994		S	S	$ 192,997	3019,
LABORAL	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 167,291	3814,3841,
LICENCIA	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 192,997	
CAMBIO SALARIO	01/10/1994		S	S	$ 154,102	3019,
LABORAL	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 192,997	3814,3841,
LICENCIA	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 154,102	
LABORAL	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 154,102	3814,3841,
LICENCIA	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 154,102	

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES POSTERIOR A 1994

NIT/PATRONAL	NIT: 890302594	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	01/02/1995	28/02/1995	S	S	$ 149,000	3835,
LABORAL	01/03/1995	31/03/1995	S	S	$ 199,000	3835,
LABORAL	01/09/1996	30/09/1996	S	S	$ 0	3835,
LABORAL	01/12/1996	31/12/1996	S	S	$ 194,000	3835,
LABORAL	01/01/1997	31/01/1997	S	S	$ 0	3835,
LABORAL	01/02/1997	28/02/1997	S	S	$ 42,000	3835,

porvenir sólo hay uno porvenir OFICINA CALI NORTE 17 OCT 2019 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CONVENCIONES DE ERRORES/OBSERVACIONES

ERROR/OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
3019	**INCONSISTENCIA:** MASIVO ISS/COLPENSIONES. VALOR DEL CAMPO DE_DEPURACION ES 1 Y TIPO APORTANTE DIFERENTE DE 15 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES. **SOLUCION:** LA AFP DEBE REPORTAR LA INCONSISTENCIA AL ISS
3814	**OBSERVACIÓN:** EL ARCHIVO LABORALMASIVO DEL ISS/COLPENSIONES 1967-1994 PRESENTA UN INGRESO SIN RETIRO Y ESTÁ EN LA TABLA RELACIONES LABORALES CON TIPO DE AFILIACIÓN EN PENSIÓN (1: PENSION, SALUD, RIESGO; 2: PENSION,4: PENSION RIESGOS PROFESIONALES,7: PENSION, SALUD), SE ASUME EL 31 DE DICIEMBRE DE 1994 COMO FECHA DE RETIRO

3875	**INCONSISTENCIA:** EL ARCHIVO LABORAL MASIVO DEL ISS/COLPENSIONES REPORTA COMO DIAS TRABAJADOS O PARA HISTORIA LABORAL POST94. **SOLUCIÓN:** SI LA NOVEDAD NO ES CIERTA LA AFP DEBE REPORTAR LA INCONSISTENCIA A COLPENSIONES PARA SU RESPECTIVA CORRECCION.
3841	**OBSERVACION:** NOVEDAD LABORAL (INGRESO, RETIRO) CRUZADA CON NOVEDAD DE LICENCIA.

INFORMACION PRESTACIONES ISS/COLPENSIONES

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES	FECHA INGRESO NOMINA ISS/COLPENSIONES

INDICIOS PRESTACIONES. LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACION DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
C 5242615	800144331	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A	INVALIDEZ		ARCHIVO ENVIADO POR ASOFONDOS

INFORMACIÓN DE PRESTACIÓN CERTIFICADA POR LA AFP

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	CERTIF

LIQUIDACION BONO

Tipo Bono	A	Modalidad	2	Versión	2
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	29/06/1992	Tiempo Válido Para Bono (sin traslapos)	1,501(dias), 214(semanas)	Tiempo Total Trabajado	1,501
Salario Base	$83,074	Empleadores Salario Base	MAYAGUEZ S A		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	01/05/1997	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	04/05/2024	Tasa Interes (%)	4.0
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)	20/10/1996	Causal Redención	Invalidez		
Valor Bruto A F.C.	$3,290,404	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	$3,290,404
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	$0				

CUOTAS PARTES

TIPO	NIT / NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALOR NETO PAGADO	REINTEGRO A F. PAGO
Emisor	1 NACION	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,213			$2,781,598	85	0	0	0	0
Contribuyente	900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	LIQUIDACION PROVISIONAL	288			$508,806	15	0	0	0	0
TOTALES						$3,290,404		0	0	0	0

HISTORIA LABORAL CUOTA PARTE HISTORIA LABORAL SIN TRASLAPOS DETALLE CALCULO

Bajo la gravedad de juramento declaro que: toda la información que se me atribuye es veraz y ninguna parte de ella se ha utilizado para una Pensión e indemnización concedida o en trámite para otro Bono Pensional emitido o en trámite. No estoy simultáneamente afiliado al Régimen de Prima Media. Con la información detallada en la liquidación de la Oficina de Bonos Pensionales autorizo la emisión y/o expedición de mi Bono Pensional

Apolinar sanchez o

Nombre: Apolinar sanchez

No Documento: 5242.615

porvenir
sólo hay uno
porvenir OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2019
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1962**

LEIVA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-AGO-1987 LEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1106400-00177750-M-0005242615-20090914 **0016**025771A 2 32081573

PARA USO INTERNO DE porvenir

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5.242.615**
SANCHEZ ORDOÑEZ
APELLIDOS
APOLINAR
NOMBRES

Apolinar Sanchez O

FIRMA

PARA USO INTERNO DE porvenir

porvenir
sólo hay uno
porvenir OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2019
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Código										
Calificación										0.00
Descripción										

2. MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FÍSICA

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Total
Calificación				1.25						1.25
Descripción										

3. MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción										

4. MINUSVALIA DE OCUPACIONAL

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	Total
Calificación								9.0		9.00
Descripción										

5. MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción.										

6. MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	Total
Calificación						2.0				2.00
Descripción										

7. MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Código	70	71	72	73	74	75	76			Total
Calificación				3.5						3.50
Descripción										

Nota: es el responsable de la Sala consensual el detalle de cada una de las calificaciones y su puntaje. En la casilla de detalle se deben consignar las hallazgos de cada sesión que soporten el dictamen.

RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN POR MINUSVALIA

#		Puntaje Máximo	Calificación total por sesión
1.	MINUSVALIA DE ORIENTACIÓN	5.0%	0.00
2.	MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FÍSICA	2.5%	1.25
3.	MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD	2.5%	1.00
4.	MINUSVALIA DE OCUPACIONAL	10.0%	9.00
5.	MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	2.5%	1.00
6.	MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA	2.5%	2.00
7.	MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD	5.0%	3.50
	Calificación Máxima Posible	30.0%	
	Sumatoria Total		17.75%

Descripción

Firma del calificador: Viviana Morales

DPC-

M0100106616400010014

porvenir
sólo hay uno
porvenir OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2019
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Entidad solicitante:	SEGUROS COLPATRIA	Nº de Radicación:	216
Ciudad: Cali		fecha: 20 de Octubre de 1996	

Motivo de la solicitud

Calificación grado de invalidez	x	Origen común			x
Origen profesional		Enfermedad Profesional		Accidente de trabajo	

Identificación del trabajador:

Nombre: APOLINAR SANCHEZ	C.C.o T.I.: 5.242.615 de Leiva (Nariño)
Edad: 34 años.	Sexo: Masculino
Dirección : Ingenio Mayaguez Hacienda Arauca.	Teléfono:

Condición :

Afiliado	x	Beneficiario	
Cargo actual: Oficios varios del campo		Labor que desempeña:	

ANTECEDENTES GENERALES:

Personales

Patológicos	x	Médicos		Quirúrgicos		Otros	
tóxicos		Fracturas		Traumáticos			
Alérgicos		Malformaciones		Secuelas			

Ampliación.

Poliartralgia, Sinusitis, Ulcera péptica.

Tuberculosis pulmonar hace 8 años.

Familiares

Padres vivos y sanos.

Revisión por sistemas:

EXAMEN FÍSICO:

TA: 120 / 80 mmHg	FC: 80 por min	FR: 18 por min
T°: 36.5 °C	PESO: 51.5 Kg	TALLA: 1,67 mts

HALLAZGOS:

Regular estado general, afebril, llega por sus propios medios.

Poliartralgica, mialgias generalizadas, marcha difícil por cansancio.

Disminución de fuerza en articulaciones de miembros superiores e inferiores.

Cicatriz por Biopsia en muslo derecho.

RECIBIDO
PARA ESTUDIO
28 OCT. 1996
PRESTACIONES ARP
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA

porvenir
sólo hay uno
porvenir OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2019
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Exámenes de diagnóstico:
Laboratorio Clínico, Rayos X,
Gamagrafía Osea,
Biopsias Muscular y sinovial.

Resultados interpretación
Granulocitopenia - Linfocitosis - Plaquetopenia.
Cambios inflamatorios en acetábulo, tarso izquierdo y hombros.

Los antecedentes son suficientes para el dictamen (si o no):	
En caso de no ser así ; cuales estima necesarios	

I. DEFICIENCIAS:

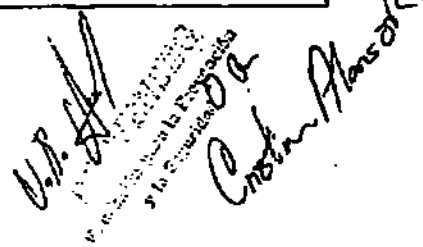
Cap	CAUSALES	# orden	Diagnóstico
I	Sistema Musculo Esquelético		
II	Sistema Nervioso Periférico		
III	Reumatología	1	Enfermedad del Colageno
IV	Aparato Respiratorio		
V	Aparato Digestivo.		
VI	Sistema Genito Urinario		
VII	Sistema Cardiovascular		
VIII	Enfermedad Neoplásica Maligna.		
IX	Sistema Endocrino		
X	Piel		
XI	Sistema Nervioso Central		
XII	Enfermedad Mental		
XIII	Órganos de los Sentidos		
XIV	Sistema Hemato Poyetico		

Nota: # orden, corresponde al ordenamiento por gravedad de la deficiencia

# orden	Código CIE	DESCRIPCIÓN	% Asignado	Capitulo, paginas
1		Enfermedad del Tejido Conectivo Clase III.	29.9	Cap.III Num.3.4.3 Pág.150
SUMATORIA		A%+B%*(50%-A%)		29.9 %

Calificación máxima posible 50%

Dr. Humberto Gonzalez.
Firma del calificador
R.P.# 10463



Código	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Suma
Calificación											0.0
Descripción:											

2. DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Suma
Calificación											0.0
Descripción											

3. DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Suma
Calificación				0.2	0.2	0.2	0.2			0.2	1.0
Descripción:											

4. DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	Suma
Descripción	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2				0.2	1.4
Descripción											

5. DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	Suma
Calificación	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2			0.2		1.4
Descripción											

6. DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	Suma
Calificación				0.2	0.2				0.2	0.2	0.8
Descripción											

7. DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN

Código	70	71	72	73	74	75	76	77	78	Suma
Calificación		0.2	0.2	0.2						0.6
Descripción:										

8. DISCAPACIDADES DE UNA DETERMINADA APTITUD

Código	Suma
Calificación	1.0
Descripción	

9. NIVELES COMPLEMENTARIOS

NIVEL COMPLEMENTARIO DE GRAVEDAD

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación						1.0		1.0
Descripción								

NIVEL COMPLEMENTARIO DE PRONOSTICO

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación							2.0	2.0
Descripción								

Nota: en el respaldo de la hoja enumerar el detalle de cada uno de los códigos y los porcentajes. En la casilla de detalle se deben consignar los hallazgos de cada sección que soportan el diagnóstico.

RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

#	DETALLE	Porcentaje Máximo	calificación total por sección
1	DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA	2%	0,0
2	DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN	2%	0,0
3	DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA	2%	1.0
4	DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN	2%	1.4
5	DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO	2%	1.4
6	DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA	2%	0.8
7	DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN	2%	0.6
8	DISCAPACIDAD DE UN DETERMINADA APTITUD	2%	1.0
	NIVELES COMPLEMENTARIOS DE GRAVEDAD DE PRONOSTICO	2% 2%	1.0 2.0
	Sumatoria Total (Calificación Máxima Posible: 20%)		9.2 %

Firma del calificador: Viviana Morales R.P.# 170472

17 OCT 2019
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
OFICINA
porvenir

Cristian Alonso R.

Cap	CRITERIO	%	Dado por
I	DEFICIENCIA	29.90	Humberto Gonzalez
II	DISCAPACIDADES	9.20	Viviana Morales
III	MINUSVALIA	17.75	Viviana Morales
	TOTAL	56.85 %	

DETERMINACIÓN DEL ORIGEN

Enfermedad	x	Accidente		Invalidez		Muerte	

Diagnóstico

Enfermedad de Tejido Conectivo	
Origen profesional	Origen común

Etiología probable

OTROS PRONUNCIAMIENTOS

Antigüedad y/o fecha de inicio: Un año

Fecha probable 50%:

Tratamientos efectivamente recibidos:

Médico, Fisioterapia

CAMBIOS IMPORTANTES Y FECHA

ESTADO ACTUAL

Regular

TERAPEUTICA POSIBLE

POSIBLE RECUPERACIÓN O REHABILITACIÓN

Pronóstico reservado.

HUMBERTO GONZALEZ
FIRMA MD-CALIFICADOR
RP# 10463

porvenir
sólo hay uno
porvenir OFICINA CALI NORTE
17 OCT 2019
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PENSIONES Y CESANTIAS
COMPAÑIA SUDAMERICANA DE ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT. 800.139.680 - 2
Principal Cra. 7a. No. 71 - 52 Pisos 45 y 48
PBX: 3111077 Fax: 3257525 Línea Nacional 018000 - 12820 Santafé de Bogotá, D.C.
Centro de Atención al Cliente Tel. Cra. 7a. 3346872 - 2557556 Mezzanine

COLPATRIA

I. DATOS GENERALES

(1) PERIODO DE COTIZACION: MES 05 AÑO 95

OPERACION: (2) DECLARACION (3) CORRECCION (4) No. DE RADICACION (5) PAGO PARCIAL

(6) FORMA DE PRESENTACION: NORMAL / SIMPLIFICADA

(7) PAGINA 1 DE 5

(8) TRABAJADOR DEPENDIENTE X

(9) TRABAJADOR INDEPENDIENTE

(10) NOMBRE O RAZON SOCIAL: Bayardo Paz E.U.

(11) DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 800 202 504 D.V. 9

(12) TIPO N

(13) TELEFONO 6625 FAX 8326

(14) DIRECCION: Calle 8 #1-31 piso 2

CIUDAD O MUNICIPIO: Cali

DEPARTAMENTO: Valle

(15) RADICACION, SELLO Y FECHA DE RECEPCION

II. AUTOLIQUIDACION

No.	(17) NUMERO DE IDENTIFICACION	D.V.	(18) TIPO	(19) APELLIDOS Y NOMBRES	SAL. INTEG.	ING. CONST.	(20) VALORES NO RETENIDOS POR APORTES	(21) INGRESO BASE DE COTIZACION	(22) % COTIZACION OBLIGATORIA	(23) EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA 24) TRABAJADOR	(25) TOTAL COTIZACIONES	(26) F.S.P.	(27) APORTACION MORA POR AFILIADO
1	16.989.616	1	C	DELBASTO VELEZ ARMANDO			-0-	404.587,	50.573,0	-0-	-0-	50,573,00	-0-	-0-
2	66.706.258	4	C	GIL NARVAEZ MARIA CRISTINA			-0-	513.146,	64.143,	-0-	-0-	64.143,0	131,00	-0-
3	66.703.901	9	C	PABON ROMERO MARIA TERESA			-0-	391.757,	48.969,	-0-	-0-	48.969,0	-0-	-0-
4	28.685.101	7	C	MIRANDA GONZAEEZ HERMINDA			-0-	369.637,	46.203,	-0-	-0-	46.203,0	-0-	-0-
5	66.875.380	9	C	RINCON RODRIGUEZ MARIKA			-0-	293.344,	36.668,	-0-	-0-	36.668,0	-0-	-0-
6	16.881.222	6	C	SUAREZ MONTIEL JOSE HITER			-0-	330.000,	38.750,	-0-	-0-	38.750,0	-0-	-0-
7	29.356.449	7	C	BETANCOURT MARTHA CECILIA			-0-	1.162.500,	145.312,	-0-	-0-	145.312,0	11.625,00	-0-
8	94.295.511	1	C	MINA HARVY			-0-	343.930,	42.991,	-0-	-0-	42.991,0	-0-	-0-
9	31.629.944	1	C	AZA SAMURA			-0-	160.954	20.119,	-0-	-0-	20.119,0	-0-	-0-
10	94.294.066	9	C	RODRIGUEZ CARLOS			-0-	162.080,	20.260,	-0-	-0-	20.260,0	-0-	-0-
11	6.219.531	3	C	SALAZAR LEONEL			-0-	369.574,	46.196,	-0-	-0-	46.196,0	-0-	-0-
12	16.989.608	0	C	ALEGRIA FREDDY			-0-	220.846,	27.605,	-0-	-0-	27.605,0	-0-	-0-
13	16.989.315	8	C	ACOSTA MIGUEL			-0-	247.677,	30.959	-0-	-0-	30.959,0	-0-	-0-
14	6.402.474	5	C	BARONA HERMES			-0-	199.608,	24.951,	-0-	-0-	24.951,0	-0-	-0-
								(28) TOTAL PAGINA		0	643.699,0	-0-	-0-	643,699,0	16.756,00	-0-
								(29) TOTAL AUTOLIQUIDACION		0	2.257.213	-0-	-0-	2.257.213	37.830,0	-0-

NOTA: SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES MAYOR A CATORCE (14) ADJUNTE LAS HOJAS NECESARIAS

(30) NUMERO TOTAL DE AFILIADOS 14

Tipo Documento 6 1387
Numero de la cedula o Nit... 900903025949
Numero telefonico... 0000000833238
CONCEPTO DE INGRESO Efectivo $ 0.00 %
Valor Cheques; 2,295,043.00
Valor total $ 2,295,043.00

(31) FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O FIRMA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR O AGENTE RETENEDOR

NOMBRE: mayaguez S.A.

EMPLEADOR: DEPTO. DE PERSONAL

(32) PAGO		COTIZACIONES	F.S.P.
	(34) VALOR A PAGAR	2.257.213	37.830,
	(35) INTERESES POR MORA	-0-	-0-
	(36) SANCION EXTEMPORANEA		
	(37) TOTAL	2,257,213	37.830
(38) TOTAL GENERAL PAGADO SUMA DE LOS VALORES DEL RENGLON (37)		2.295.043,00	

PENSIONES - REMUNERACION EMPRESARIAL No. 6138112
COMPROBANTE DE CONSIGNACION
EFECTIVO $ 0.00
CHEQUES $ 2,295,043.00
TOTAL CONSIGNACION $ 2,295,043.00
TOTAL $ 2,295,043.00
No. CUENTA CHEQUE 4-295-043-00
CODIGO 0 1 3 0 1 0 7
CUENTA CORRIENTE 95 4-295-043-00
CODIGO CIIU 6112
NOMBRE EMPLEADOR MAYAGUEZ S.A.
DIRECCION CALLE 8 #1-31 PISO 2
TELEFONO 8833235
CIUDAD CALI
CUENTA BANCO COLPATRIA 6112110105
CONSIGNACION COLPATRIA 72808700130107
SUCURSAL COLPATRIA 0130
NUMERO PLANILLA 3012546
FECHA PAGO 08 30 95
ENTIDAD RECAUDADORA COLPATRIA
FIRMA AUTORIZADA

COLPATRIA 0397 0000 110 0774
08/30/1995 13:18:38

8/29

...RIGEN DE COTIZACIONES Y DEL F.S.P. LOS VALORES TOTALES DE LAS COLUMNAS (27) Y (22) ...DOS EN ESTA CASILLA.
...SO O CORRECCION DE UN PERIODO Y SE VA A PAGAR PARCIALMENTE ES NECESARIO ...OTRO FORMULARIO EN EL CUAL SE INDIQUE POR CADA AFILIADO EL VALOR EFECTIVAMENTE ...RSE EXPRESAMENTE QUE SE TRATA DE UN PAGO PARCIAL DE UNA DECLARACION O ...RRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (20), (21), (22) Y (23).
...O, Y EL VALOR TOTAL YO A PAGAR POR ESTE CONCEPTO RESPECTO DE LAS COTIZACIONES Y DEL ...ASA QUE SE ENCUENTRE VIGENTE, POR MORA EN EL PAGO DEL IMPUESTO A LA RENTA Y ...CEPTO DE COTIZACIONES Y DEL F.S.P. ...TORIA DE LOS VALORES DEL RENGLON (39).
...D ADMINISTRADORA, PODRA INCORPORARSE EN CUALQUIER EXTREMO DEL FORMULARIO, ...O EN ESTE ESPACIO SE PODRAN INDICAR LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN SU RED DE ...PARA DETERMINAR LA FORMA COMO SE EFECTUARA EL PAGO DE LA AUTOLIQUIDACION ...INDEPENDIENTE, LA DEL EMPLEADOR O LA DEL AGENTE RETENEDOR, O DE LA PERSONA ...ESTE CASO ES NECESARIO INDICAR EL NOMBRE.

...E APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES DEBERA DILIGENCIARSE ATENDIENDO LAS ...MIENTO. LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEBERAN IMPRIMIR AL RESPALDO DEL FORMULARIO ...A LO CUAL PODRAN MODIFICAR SU PRESENTACION, SIEMPRE Y CUANDO NO SE ALTERE SU ...EMPLOS QUE CONSIDERE NECESARIOS.

...DICIARSE POR EL EMPLEADOR, EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O AGENTE RETENEDOR EN ...GINAL PARA LA ADMINISTRADORA Y UNA COPIA PARA EL EMPLEADOR, EL AGENTE ...PODRA IDENTIFICARSE EN EL FORMULARIO Y EN LAS COPIAS LOS DESTINATARIOS.

...DORES QUE SE VA A REPORTAR EN EL PERIODO, SEA SUPERIOR A (14) O AL NUMERO ...UE SEAN NECESARIAS. EN ESTE CASO, LA SECCION I, DATOS GENERALES, DE LAS PAGINAS ...ORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (1) A (12) QUE RESULTE PERTINENTE ...LA ENTIDAD ADMINISTRADORA LISTADOS CON LA AUTOLIQUIDACION DE SUS TRABAJOS. LOS ...QUE A ESTE ASPECTO SE REFIERE, AL FORMULARIO ADOPTADO POR LA SUPERINTENDENCIA ...SE AL LISTADO UN FORMULARIO O HOJA EN LA CUAL SE DILIGENCIE ATENDIENDO EL ...ATAN LOS NUMERALES (1) A (15) Y (34) A (39) QUE RESULTE PERTINENTE, COMO PRIMERA ...DE LA AUTOLIQUIDACION DE OTRO LADO, CADA HOJA DEL LISTADO DEBERA CONTENER ...NUMERALES (1) A (12) QUE CORRESPONDAN.

...MULARIO PARA AUTOLIQUIDACION DE UN PERIODO CON REPORTES DE CORRECCION (1) ...EN EL CUAL DEBERA RELACIONARSE EL VALOR DE LAS CORRECCIONES DE LAS COLUMNAS ...

...ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA ...ERTES A VALORES NO RETENIDOS POR APORTES, COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR ...ACION, CONCEPTO DE INGRESO RENGLON (38), ASI MISMO, PODRAN ELIMINAR LAS COLUMNAS ...A", NUMERALES (17) Y (18).

...RA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION DE UN PERIODO ANTERIOR CUYA DECLARACION YA SE ...A DILIGENCIARSE NUEVAMENTE AL MOMENTO DEL PAGO OTRO FORMULARIO, EN EL CUAL NO ...PONDIENTE A LOS NUMERALES (20), (21), (22) Y (23). EN EL EVENTO EN QUE SE PROCEDA A ...EN EL FORMULARIO TAMBIEN PODRA OMITIRSE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS ...

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PENSIONES Y CESANTIAS

COLPATRIA

COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT 800.149.496 - 2
Principal Cra. 7a. No. 24 - 89 Pisos 45 y 46.
P.B.X. 3510670 Fax 2837379 Línea Nacional 9800 - 12620 Santafé de Bogotá, D.C.
Línea de Atención al Cliente Teléfonos: 2443872 - 2867536 Manizales

I. DATOS GENERALES

(1) PERIODO DE COTIZACION: MES 0 5 AÑO 9 5

(2) OPERACION: (1) DECLARACION (3) CORRECCION (5) PAGO PARCIAL — (4) No. DE RADICACION

(6) FORMA DE REPORTE: NORMAL — SIMPLIFICADA

(7) PAGINA: 1 DE 1

(8) TRABAJADOR DEPENDIENTE

(9) TRABAJADOR INDEPENDIENTE

(10) NOMBRE O RAZON SOCIAL: MAQUIEZ S.A.

(11) DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 805.312.594

(12) D. V.: 0

(13) TIPO: N

(14) TELEFONO: 3307344

(15) RADICACION, SELLO Y FECHA DE RECEPCION

(16) DIRECCION: CALLE 8 1-31 PISO 2

CIUDAD Y MUNICIPIO: Cali

DEPARTAMENTO: Valle

II. AUTOLIQUIDACION

	(17) NUMERO DE IDENTIFICACION	D. V.	(18) TIPO	(19) APELLIDOS Y NOMBRES	(20) VALOR NO RETENIDO POR APORTES	(21) INGRESO BASE DE COTIZACION	(22) COTIZACION OBLIGATORIA	(23) EMPLEADOR	(24) VOLUNTARIA TRABAJADOR	(25) TOTAL COTIZACIONES	(26) F.S.P.	(27) APORTE MORA POR AFILIADO
1	16.368.414	4	C	IDARRAGA JHON	-0-	405.383,	50.672,	-0-	-0-	50.672,	-0-	-0-
2	5.223.716	4	C	NIEVA LUIS	-0-	206.433,	25.804,	-0-	-0-	25.804,	-0-	-0-
3	16.989.801	6	C	FRACA RAUL	-0-	160.360,	20.047,	-0-	-0-	20.047,	-0-	-0-
4	16.361.819	1	C	ARBELAEZ JOSE	-0-	180.259,	22.532,	-0-	-0-	22.532,	-0-	-0-
5	16.989.158	4	C	HURTADO EINER	-0-	216.012,	27.101,	-0-	-0-	2 01,	-0-	-0-
6	94.299.404	8	C	TORRES JHON	-0-	248.4661	31.058,	-0-	-0-	31.058,	-0-	-0-
7	94.294.443	2	C	DELPASTO DIEGO	-0-	416.643,	52.080,	-0-	-0-	52.080,	-0-	-0-
8	4.737.766	1	C	BERMUDEZ JOSE	-0-	360.559,	45.069,	-0-	-0-	45.069,	-0-	-0-
9	6.219.462	3	C	MOSQUERA NUNCER	-0-	319.214,	39.901,	-0-	-0-	39.901,	-0-	-0-
10	16.989.861	8	C	TRUJILLO HOLMES	-0-	497.747,	62.218,	-0-	-0-	62.218,	4.977,0	-0-
11	16.989.229	2	C	SAA LUIS	-0-	828.920,	103.165,	-0-	-0-	103.165,	8.253,	-0-
12	6.220.869	9	C	SAA JOSE	-0-	784.453,	98.056,	-0-	-0-	98.056,	7.844,0	-0-
13												
14												
(29)	TOTAL PAGINA					577.703,	-0-		-0-	577.703,	21.074,00	-0-
(30)	TOTAL AUTOLIQUIDACION											

NOTA: SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES MAYOR A CATORCE (14) ADJUNTE LAS HOJAS NECESARIAS

(32) NUMERO TOTAL DE AFILIADOS:

(33) CONCEPTO DE INGRESO:

(%) PORCENTAJE DE PARTICIPACION

(34) FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR O AGENTE RETENEDOR

NOMBRE

EMPLEADOR

III. PAGO

		COTIZACIONES	F.S.P.
(35)	VALOR A PAGAR		
(36)	INTERESES POR MORA		
	TIEMPO EN MORA: MES(ES) DIA(S)		
(37)	TOTAL		
(38)	TOTAL GENERAL PAGADO (SUMA DE LOS VALORES DEL RENGLON)		

8/29

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PENSIONES Y CESANTIAS
COLPATRIA
COMPAÑIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT 800.140.949 - 2
Sede Principal Cra. 7a. No. 24 - 89 Pisos 15 y 16
PBX Bogotá: 3447229 - 2337229 Línea Nacional 9800 - (2620 Santafé de Bogotá, D.C.

I. DATOS GENERALES

(1) PERIODO DE COTIZACION: MES 0 5 | AÑO 1 2 1 5

OPERACION: (2) DECLARACION / (3) CORRECCION / (3) PAGO PARCIAL — (4) No. DE RADICACION

(6) FORMA DE REPORTE: NORMAL / SIMPLIFICADA X — (7) PAGINA 1 DE 1

(8) NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL APORTANTE: MARCUBE S.A.

(9) NIT O CC: 890.302.504

(10) DIRECCION: CALLE 6 #3-21 PISO 2

(11) CIUDAD O MUNICIPIO: CALI

(12) DEPARTAMENTO: VALLE

(13) RADICACION, SELLO Y FECHA DE RECEPCION

II. AUTOLIQUIDACION

No.	(17) NUMERO DE IDENTIFICACION	D.V.	(15) TIPO	(18) APELLIDOS Y NOMBRES	SAL. INT.	(22) VALORES NO RETENIDOS POR APORTES	(23) INGRESO BASE DE COTIZACION	(24) COTIZACION OBLIGATORIA	(25) COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	(26) COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	(27) TOTAL COTIZACIONES	(28) F.S.P.	(29) SANCION MORA-TORIA
1	6.402.861	2	C	ARTCAPA LUIS		-0-	202.786	25.348	-0-	-0-	25.348,00	-0-	-0-
2	94.294.352	0	C	BENITEZ CARLOS		-0-	179.205	22.400	-0-	-0-	22.400,00	-0-	-0-
3	94.050.101	1	C	QUIÑONEZ JESUS		-0-	206.361	25.795	-0-	-0-	25.795,00	-0-	-0-
4	5.233.049	9	C	JARAMILLO RUPERTO		-0-	203.613	25.451	-0-	-0-	25.451,00	-0-	-0-
5	6.223.754	4	C	CAMPO JORGE		-0-	218.596	27.324	-0-	-0-	27.324,00	-0-	-0-
6	6.220.426	1	C	BENAVIDEZ JOSE		-0-	232.381	29.047	-0-	-0-	29.047,0	-0-	-0-
7	16.988.032	4	C	BURBANO OSCAR		-0-	218.433	27.304	-0-	-0-	27.304,0	-0-	-0-
8	43.884.804	6	C	CHAUX MARTIN		-0-	192.008	24.001	-0-	-0-	24.001,0	-0-	-0-
9	16.989.387	8	C	BOLAÑOS NICANOR		-0-	258.200	32.275	-0-	-0-	32.275,0	-0-	-0-
10	6.414.097	3	C	ESTRADA ABSALON		-0-	240.676	30.084	-0-	-0-	30.084,0	-0-	-0-
11	16.988.409	7	C	IDARRAGA LUIS		-0-	154340,0	19.292	-0-	-0-	19.292,0	-0-	-0-
12	6.403.390	1	C	HURTADO BENITO		-0-	261.148	32.643	-0-	-0-	32.643,0	-0-	-0-
13	16.988.077	5	C	ORTIZ GERARDO		-0-	216.311	27.038	-0-	-0-	27.038,0	-0-	-0-
14	6.224.929	0	C	RENGIFO EFRAIN		-0-	173.049	21.631	-0-	-0-	21.631,0	-0-	-0-
						(21) TOTAL PAGINA $		369.633	-0-	-0-	369.633,0	-0-	-0-
						(30) TOTAL AUTOLIQUIDACION $							

NOTA: SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES MAYOR A CATORCE (14) ADJUNTE LAS HOJAS NECESARIAS

(31) NUMERO TOTAL DE AFILIADOS:

(32) CONCEPTO DE INGRESO:

(33) PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

(34) FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O FIRMA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR O AGENTE RETENEDOR

NOMBRE:

EMPLEADOR

III. PAGO

		COTIZACIONES	F.S.P.
(35)	VALOR A PAGAR		
(36)	INTERESES POR MORA		
(37)	MES(ES)		
(38)	TOTAL		
(39)	TOTAL GENERAL PAGADO $ SUMA DE LOS VALORES DEL RENGLON (38)		

COTIZACION VOLUNTARIA DEL EMPLEADOR.
COTIZACION VOLUNTARIA DEL TRABAJADOR.
SUMATORIA DE LOS NUMERALES (21) + (25) + (26).
COTIZACIONES OBLIGATORIAS. LA COTIZACION PARA ESTE PAGO ES DEL ... DE LA BASE ...
PAGARE POR VIA DE APREMIO ESTA COLUMNA DEBERA DILIGENCIARSE CUANDO SE ...
NDRES
BERAN TOTALIZARSE POR PAGINA EN EL ESPACIO DISEÑADO PARA EL EFECTO AL FINAL DE ...

TAL DE LA AUTOLIQUIDACION DE TODAS LAS PAGINAS QUE SE PRESENTEN, SOLO DEBE ...
ULTIMA PAGINA DEL REPORTE.
SE REPORTANDO, ESTE ESPACIO SOLO DEBE DILIGENCIARSE EN LA ULTIMA HOJA.
EN ESTE ESPACIO DEBERA INDICARSE EL CONCEPTO DE CADA UNO DE LOS INGRESOS ...
TITO DEL TOTAL DEL INGRESO BASE DE COTIZACION.
AS NECESARIAS.

ARA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SE TRATE DE UNA AUTOLIQUIDACION CUYO PAGO ...

EPTO DE COTIZACIONES Y F.S.P. LOS VALORES TOTALES DE LAS COLUMNAS (27) Y (28) ...
S EN ESTA CASILLA.
O CORRECCION DE UN PERIODO Y SE VA A PAGAR PARCIALMENTE, ES NECESARIO ...
RIO FORMULARIO EN EL CUAL SE INDIQUE POR CADA AFILIADO EL VALOR EFECTIVAMENTE ...
SE EXPRESAMENTE QUE SE TRATA DE UN PAGO PARCIAL DE UNA DECLARACION O ...
ESPONDIENTE A LOS NUMERALES (20), (21), (22) Y (23).
EL VALOR TOTAL Y/O A PAGAR POR ESTE CONCEPTO RESPECTO DE LAS COTIZACIONES Y DEL ...

A QUE SE ENCUENTRE VIGENTE POR MORA EN EL PAGO DEL IMPUESTO A LA RENTA Y ...

CEPTO DE COTIZACIONES Y DEL F.S.P.
NA DE LOS VALORES DEL RENGLON (38).
ADMINISTRADORA, PODRA DISCREPARSE EN CUALQUIER EXTREMO DEL FORMULARIO ...

EN ESTA COLUMNA DEBE ESCRIBIRSE EL VALOR DE LA COTIZACION VOLUNTARIA DEL EMPLEADOR.
EN ESTA COLUMNA DEBE ESCRIBIRSE EL VALOR DE LA COTIZACION VOLUNTARIA DEL TRABAJADOR.
ESCRIBIR EL TOTAL DEL APORTE LIQUIDADO POR AFILIADO. SUMATORIA DE LOS NUMERALES (21) + ...
ESCRIBIR EL VALOR DEL APORTE AL FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL DE LOS TRABAJ...
INGRESO BASE DE COTIZACION SEA IGUAL O MAYOR A CUATRO (4) SALARIOS MINIMOS LA COTI...
DE COTIZACION.
ESCRIBIR EL VALOR DE LA MORA QUE EL EMPLEADOR VA A PAGAR POR CADA AFILIADO. ES...
EFECTUE PAGO DE LA MORA, POR CONCEPTO DE COTIZACIONES.
LOS VALORES REGISTRADOS EN CADA COLUMNA DEBERAN TOTALIZARSE POR PAGINA EN EL ...
CADA COLUMNA.
EN ESTE ESPACIO DEBE REGISTRARSE EL VALOR TOTAL DE LA AUTOLIQUIDACION DE TOD...
UTILIZARSE UNA VEZ, BIEN SEA EN LA PRIMERA O EN LA ULTIMA PAGINA DEL REPORTE.
ESCRIBIR EL NUMERO TOTAL DE AFILIADOS QUE SE ESTAN REPORTANDO. ESTE ESPACIO SOLO DEB...
TRATANDOSE DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES, EN ESTE ESPACIO DEBERA INDICARSE ...
DECLARADOS, Y EL PORCENTAJE DE PARTICIPACION DENTRO DEL TOTAL DEL INGRESO BASE DE C...
SI HAY MAS DE DOS CONCEPTOS, ADICIONESELAS EN LINEAS NECESARIAS.

EL MODULO CORRESPONDIENTE A "PAGO" SE DILIGENCIARA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUAND...
SE VA A EFECTUAR.

DEBE REGISTRARSE EL VALOR A PAGAR POR CONCEPTO DE COTIZACIONES Y F.S.P. LOS ...
DEBERAN CORRESPONDER A LOS VALORES REGISTRADOS EN ESTA CASILLA.
CUANDO SE VA A PRESENTAR LA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION DE UN PERIODO ...
DILIGENCIAR DE MANERA ANEXA A LA DECLARACION OTRO FORMULARIO EN EL CUAL SE IND...
PAGADO. EN ESTE FORMULARIO DEBERA SEÑALARSE EXPRESAMENTE QUE SE TRATA D...
CORRECCION, Y PODRA OMITIRSE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (20)...
DEBE REGISTRARSE EL TIEMPO EN MORA DEL PERIODO, Y EL VALOR TOTAL YA PAGADO POR ESTE ...
F.S.P.
LOS INTERESES DE MORA CORRESPONDEN A LA TASA QUE SE ENCUENTRE VIGENTE POR ...
COMPLEMENTARIOS.
DEBE REGISTRARSE EL VALOR TOTAL A PAGAR POR CONCEPTO DE COTIZACIONES Y DEL F.S.P.
REGISTRAR EL VALOR CORRESPONDIENTE A LA SUMATORIA DE LOS VALORES DEL RENGLON (38).
ESPACIO RESERVADO PARA USO DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA. PODRA PARAFORMA...
SIEMPRE Y CUANDO NO SE ALTERE SU CONTENIDO, EN ESTE ESPACIO SE PODRAN INDICA...
OFICINAS, ASI COMO LOS DEMAS DATOS NECESARIOS PARA DETERMINAR LA FORMA COMO SE EFEC...
DEBE REGISTRARSE LA FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE, LA DEL EMPLEADOR O ...
AUTORIZADA POR ESTOS, SEGUN CORRESPONDA. EN ESTE CASO ES NECESARIO INDICAR EL NOMBR...

EL FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PE...
INSTRUCCIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO. LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS ...
O ANEXAR AL PAGO DICHAS INSTRUCCIONES, PARA LO CUAL PODRAN MODIFICAR SU PRESE...
SIGNIFICADO Y ALCANCE, ASI COMO ADICIONAR LOS EJEMPLOS QUE CONSIDERE NECESARIOS.

EL FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION DEBERA DILIGENCIARSE POR EL EMPLEADOR, ELTRABA...
ORIGINAL Y UNA COPIA COMO MINIMO, CUYA DISTRIBUCION SERA: ORIGINAL PARA LA ADMINISTRA...
RETENEDOR O EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE, PODRA IDENTIFICARSE EN EL FORMU...
CORRESPONDIENTES.

EN EL EVENTO EN QUE EL NUMERO DE TRABAJADORES QUE SE VA A REPORTAR EN EL ...
ESTABLECIDO, DEBERAN DILIGENCIARSE LAS HOJAS QUE SEAN NECESARIAS. EN ESTE CASO, LA ...
SUBSIGUIENTES SE DILIGENCIARA UNICAMENTE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUME...
ASIMISMO, LOS EMPLEADORES PODRAN REMITIR A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA LISTADOS ...
TOTALES DEBERAN CEÑIRSE ESTRICTAMENTE, EN LO QUE A ESTE ASPECTO SE REFIERE, AL FO...
ADICIONAL EN TAL SITUACION DEBERA ACOMPAÑARSE AL LISTADO UN FORMULARIO O HOJA ...
PREVIAMENTE ESTABLECIDO, LA INFORMACION DE QUE TRATAN LOS NUMERALES (1) A (14) Y (31) ...
PAGINA DEL REPORTE Y A MANERA DE RESUMEN DE LA AUTOLIQUIDACION DE OTRO LADO, ...
ADICIONALMENTE, LA DISCRIMINACION A QUE ALUDEN LOS NUMERALES (1) A (12) QUE CORRESPONDA...

NO DEBE DILIGENCIARSE, SIMULTANEAMENTE, UN FORMULARIO PARA AUTOLIQUIDACION DE ...
ESTE CASO UTILICE UN FORMULARIO INDEPENDIENTE, EN EL CUAL DEBERA RELACIONARSE EL ...
CORRESPONDIENTES.

EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (ISS) Y LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL REGIM...
DEBERAN ELIMINAR LAS COLUMNAS CORRESPONDIENTES A VALORES NO RETENIDOS POR ...
TRABAJADOR (NUMERALES (22), (25) Y (26)) Y LA INFORMACION CONCEPTO DE INGRESO BASE ...
"TOTAL COTIZACIONES" Y "SANCION MORATORIA", (NUMERALES (27) Y (29)).

CUANDO SE VAYA A PAGAR TOTAL O PARCIALMENTE UNA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION DE ...
HUBIERE PRESENTADO A LA ADMINISTRADORA, DEBERA DILIGENCIARSE UNICAMENTE AL RENGLON ...
SERA NECESARIO RELLENAR LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (23), (21), ...
PAGAR EXCLUSIVAMENTE LOS INTERESES POR MORA EN EL FORMULARIO TAMBIEN PODRA DI...
NUMERALES (24), (25), (26), (27) Y (28).

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PENSIONES Y CESANTIAS
COLPATRIA
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
NIT. 800.149.496 - 2
Principal Cra. 7a No. 24 - 89 Pisos 45 y 46
PBX 2870666 Línea Nacional 9010 - 19020 Santafé de Bogotá, D.C.
Línea Nacional Fuera de Bogotá 018000 - 915616 Marzo/96

I. DATOS GENERALES

(1) PERIODO DE COTIZACION: AÑO 9 5, MES 0 5

(2) OPERACION: (2) DECLARACION, (3) CORRECCION, (5) PAGO PARCIAL — (4) No. DE RADICACION

(6) FORMA DE REPORTE: NORMAL, SIMPLIFICADA — (7) PAGINA 1 DE 1

(8) A TRABAJADOR INDEPENDIENTE — (9) No. 802.502.9

(10) INFORMACION: calle 9 #41-31 piso 2

(11) CIUDAD O MUNICIPIO: CALI — (12) DEPARTAMENTO: VALLE

(13) RADICACION, SELLO Y FECHA DE RECEPCION

II. AUTOLIQUIDACION

No.	(14) NUMERO DE IDENTIFICACION	D.V.	(15) TIPO	(16) APELLIDOS Y NOMBRES	(17) No. DIAS COTIZADOS	(18) SALARIO BASICO	(19) VALOR ING. RETENIDOS POR APORTES	(20) INGRESO BASE DE COTIZACION	(21) COTIZACION OBLIGATORIA	(22) APORTE VOLUNTARIA "90"	(23) APORTE VOLUNTARIA TRABAJADOR	(24) TOTAL COTIZACIONES	(25) F.S.P.	(26) SANCION MORA POR AFILIADO
1	6.220.132	1	C	SAA AVERSIO			-0-	201.158	25.144	-0-	-0-	25.144	-0-	-0-
2	10.557.153	6	C	RAMIREZ SEGUNDO			-0-	199.369	24.921	-0-	-0-	24.921	-0-	-0-
3	6.224.944	1	C	PAZ CARLOS			-0-	158.505	19.813	-0-	-0-	19.813	-0-	-0-
4	6.404.408	8	C	SANCHEZ FREDY			-0-	206.688	25.836	-0-	-0-	25.836	-0-	-0-
5	94.277.073	9	C	VENTE BENIGNO			-0-	234.928	29.366	-0-	-0-	29.366	-0-	-0-
6	6.403.260	0	C	GRANJA OMAR			-0-	274.289	34.286	-0-	-0-	34.286	-0-	-0-
7	16.988.696	4	C	ORDOÑEZ JESUS			-0-	200.679	25.084	-0-	-0-	25.084	-0-	-0-
8	4.712.755	2	C	CAMPO CARLOS			-0-	165.854	20.731	-0-	-0-	20.731	-0-	-0-
9	16.988.039	5	C	SANCHEZ MIGUEL			-0-	199.664	24.958	-0-	-0-	24.958	-0-	-0-
10	16.988.737	8	C	RIVERA CARLOS			-0-	173.204	21.650	-0-	-0-	21.650	-0-	-0-
11	6.228.964	7	C	MORENO JOSE			-0-	157.178	19.647	-0-	-0-	19.647	-0-	-0-
12	16.883.742	1	C	ARIAS ARNANDO			-0-	184.074	23.009	-0-	-0-	23.009	-0-	-0-
13	16.884.248	0	C	LOPEZ JOSE			-0-	173.533	21.691	-0-	-0-	21.691	-0-	-0-
14	5.242.615	6	C	SANCHEZ APOLINAR			-0-	174.918	21.864	-0-	-0-	21.864	-0-	-0-
				(27) TOTAL PAGINA					338.000	-0-	-0-	338.000	-0-	-0-
				(28) TOTAL AUTOLIQUIDACION										

NOTA: SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES MAYOR A CATORCE (14) ADJUNTE LAS HOJAS NECESARIAS.

(29) NUMERO TOTAL DE AFILIADOS:

(30) CONCEPTO DE INGRESO:

(31) % PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

(32) FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O FIRMA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR O AGENTE RETENEDOR

NOMBRE:

EMPLEADOR

III. PAGO

	COTIZACIONES	F.S.P.
(33) VALOR A PAGAR		
(34) INTERESES POR MORA		
FECHA EFECTIVA MES(ES)		
(35) TOTAL		
(36) TOTAL GENERAL PAGADO (SUMA DE LOS VALORES DE LA RELACION)		

ESTA COLUMNA DEBE ESCRIBIRSE EL VALOR DE LA COTIZACION VOLUNTARIA DEL EMPLEADOR, ...
...INDIR EL TOTAL DEL APORTE UTILIZADO PARA APLICAR LOS PORCENTAJES DE LOS NUMERALES ...
...BRIR EL VALOR DEL APORTE AL FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL DE LOS TRABAJ...
...RESO BASE DE COTIZACION SEA IGUAL O MAYOR A CUATRO (4) SALARIOS MINIMOS LA COT...
COTIZACION.
...RIBIR EL VALOR DE LA MORA QUE EL EMPLEADOR VA A PAGAR POR CADA AFILIADO. ES...
...CTUE PAGO DE LA MORA, POR CONCEPTO DE COTIZACIONES.
...I VALORES REGISTRADOS EN CADA COLUMNA DEBERAN TOTALIZARSE POR PAGINA EN EL ...
...NA COLUMNA.
ESTE ESPACIO DEBE REGISTRARSE EL VALOR TOTAL DE LA AUTOLIQUIDACION DE TODA...
...IZARSE UNA VEZ, BIEN SEA EN LA PRIMERA O EN LA ULTIMA PAGINA DEL REPORTE.
...NDIR EL NUMERO TOTAL DE AFILIADOS QUE SE ESTAN REPORTANDO, ESTE ESPACIO SOLO DEB...
...TANDOSE DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES, EN ESTE ESPACIO DEBERA INDICARSE ...
...LIADOS, Y EL PORCENTAJE DE PARTICIPACION DENTRO DEL TOTAL DEL INGRESO BASE DE CO...
...AY MAS DE DOS CONCEPTOS, ADICIONENSE LAS LINEAS NECESARIAS.

...MODULO CORRESPONDIENTE A "PAGO" SE DILIGENCIARA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUAND...
...VA A EFECTUAR.

...SE REGISTRARSE EL VALOR A PAGAR POR CONCEPTO DE COTIZACIONES Y F.S.P. LOS V...
...BERAN CORRESPONDER A LOS VALORES REGISTRADOS EN ESTA CASILLA.
...NDO SE VA A PRESENTAR LA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION DE UN PERIODO, Y ...
...ENCIAR DE MANERA ACEXA A LA DECLARACION OTRO FORMULARIO EN EL CUAL SE INDI...
...GADO. EN ESTE FORMULARIO DEBERA SEÑALARSE EXPRESAMENTE QUE SE TRATA D...
...RRECCION, Y PODRA OMITIRSE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (20), (2...
...SE REGISTRARSE EL TIEMPO EN MORA DEL PERIODO, Y EL VALOR TOTAL YO A PAGAR POR ESTE ...
...P.
...S INTERESES DE MORA CORRESPONDEN A LA TASA QUE SE ENCUENTRE VIGENTE POR ...
...MENTARIOS.
...BE REGISTRARSE EL VALOR TOTAL A PAGAR POR CONCEPTO DE COTIZACIONES Y DEL F.S.P. A...
...GISTRAR EL VALOR CORRESPONDIENTE A LA SUMATORIA DE LOS VALORES DEL RENGLON (28)...
...PACIO RESERVADO PARA USO DE LA IDENTIDAD ADMINISTRADORA, PODRA INCORPORA...
...MPRE Y CUANDO NO SE ALTERE SU CONTENIDO. EN ESTE ESPACIO SE PODRAN INDICA...
...CHAS, ASI COMO LOS DEMAS DATOS NECESARIOS PARA DETERMINAR LA FORMA COMO SE EFE...
...DE REGISTRARSE LA FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE, LA DEL EMPLEADOR O ...
...TORIZADA POR ESTOS, SEGUN CORRESPONDA, EN ESTE CASO ES NECESARIO INDICAR EL NOMB...

...FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PE...
...STRUCCIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO. LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS ...
...ANEXAR AL MISMO DICHAS INSTRUCCIONES, PARA LO CUAL PODRAN IDENTIFICAR SU PRESE...
...NIFICADO Y ALCANCE, ASI COMO ADICIONAR LOS EJEMPLOS QUE CONSIDERE NECESARIOS.

...FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION DEBERA DILIGENCIARSE POR EL EMPLEADOR, EL TRABA...
...IGINAL Y UNA COPIA COMO MINIMO, CUYA DISTRIBUCION SERA: ORIGINAL PARA LA ADMINISTRA...
...TENEDOR O EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE, PODRA IDENTIFICARSE EN EL FORMU...
...CORRESPONDIENTES.

...EL EVENTO EN QUE EL NUMERO DE TRABAJADORES QUE SE VA A REPORTAR EN EL ...
...TABLECIDO, DEBERAN DILIGENCIARSE LAS HOJAS QUE SEAN NECESARIAS. EN ESTE CASO, LA ...
...BSIGUIENTES SE DILIGENCIARA UNICAMENTE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUME...
...ISMO, LOS EMPLEADORES PODRAN REMITIR A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA LISTADOS ...
...ALES DEBERAN CEÑIRSE ESTRICTAMENTE, EN LO QUE A ESTE ASPECTO SE REFIERE, AL FO...
...NCARIA. EN TAL SITUACION DEBERA ACOMPAÑARSE AL LISTADO UN FORMULARIO O UNA ...
...DEN ESTABLECIDO, LA INFORMACION DE QUE TRATAN LOS NUMERALES (1) A (19) Y (31) ...
...AGINA DEL REPORTE Y A MANERA DE RESUMEN DE LA AUTOLIQUIDACION DE OTRO LAD...
...ICIONALMENTE, LA INFORMACION A QUE ALUDEN LOS NUMERALES (1) A (12) QUE CORRESPONDA...

...NO DEBE DILIGENCIARSE, SIMULTANEAMENTE, UN FORMULARIO PARA AUTOLIQUIDACION DE ...
...ESTE CASO UTILICE UN FORMULARIO INDEPENDIENTE, EN EL CUAL DEBERA RELACIONARSE EL ...
...CORRESPONDIENTES.

...EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (ISS) Y LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL RE...
...DEBERAN ELIMINAR LAS COLUMNAS CORRESPONDIENTES A VALORES NO RETENIDOS POR ...
...TRABAJADOR, NUMERALES (22), (23) Y (28) Y LA INFORMACION CONCEPTO DE INGRESO RENGL...
..."TOTAL COTIZACIONES" Y "SANCION MORATORIA", NUMERALES (27) Y (29).

...CUANDO SE VAYA A PAGAR TOTAL O PARCIALMENTE UNA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION DE ...
...NIERE PRESENTADO A LA ADMINISTRADORA, DEBERA DILIGENCIARSE NUEVAMENTE AL MOMEN...
...SERA NECESARIO INCLUIR LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (20), (21)...
...PAGAR EXCLUSIVAMENTE LOS INTERESES POR MORA EN EL FORMULARIO TAMBIEN PODRA DI...
...NUMERALES (24), (25), (27) Y (28).

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PENSIONES Y CESANTIAS

COLPATRIA — SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES

NIT. 800.139.602-7

Principal Cra. 7a. No. 24 - 89 Piso 13 y 14

PBX (1) 375 Línea Nacional 9800 - 12620 Línea de Bogotá D.C.

I. GENERALES

(1) PERIODO DE COTIZACION: MES 05 AÑO 01

OPERACION: (2) DECLARACION (3) CORRECCION (5) PAGO PARCIAL — (4) No. DE RADICACION

(6) FORMA DE REPORTE: NORMAL / SIMPLIFICADA X

(7) PAGINA 1 DE 1

(8) TRABAJADOR DEPENDIENTE X — (9) TRABAJADOR INDEPENDIENTE

(10) NOMBRE O RAZON SOCIAL: PAVIMENTOS S.A.

(11) No. IDENTIFICACION: 890.302.994 — (12) DV: 9 — (13) CLASE APORTANTE: 2

(14) DIRECCION: CALLE 8 11-11 PISO 2

(15) CIUDAD O MUNICIPIO: CALI — (16) DEPARTAMENTO: VALLE

(17) RADICACION, SELLO Y FECHA DE RECEPCION

II. AUTOLIQUIDACION

(18) No.	(19) NUMERO DE IDENTIFICACION	(20) D V	(21) TIPO	(22) APELLIDOS Y NOMBRES	(23)	(24)	(25) DIAS COTIZADOS	(26) INGRESO BASE DE COTIZACION	(27) COTIZACION OBLIGATORIA	(28) COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADO	(28) COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	(29) TOTAL COTIZACIONES	(30) F.S.P.	(31) SANCION MORA POR AFILIADO
1	16.275.949	2	C	GRAJALES HERNANO			-0-	175.083,	21.985,00	-0-	-0-	21.985,	-0-	-0-
2	16.988.645	9	C	QUEVEDO SEGUNDO			-0-	170.140,	21.267,00	-0-	-0-	21.267,	-0-	-0-
3	94.312.122	1	C	OLAVE WILNER			-0-	185.230,	23.154,00	-0-	-0-	23.154,	-0-	-0-
4	16.989.140	6	C	RIVERA DONALDO			-0-	158.014,	19.751,00	-0-	-0-	19.751,	-0-	-0-
5	16.887.353	1	C	ESCOBAR RIGOBERT			-0-	188.081,	23.510,00	-0-	-0-	23.510,00	-0-	-0-
6	87.470.371	1	C	BOTINA PEDRO			-0-	164.627,	20.578,00	-0-	-0-	20.578,00	-0-	-0-
7	94.295.413	6	C	TORRES LUIS			-0-	210.181,	26.272,00	-0-	-0-	26.272,00	-0-	-0-
8	94.295.034	8	C	MORALES LUCIO			-0-	152.502,	19.062,00	-0-	-0-	19.062,00	-0-	-0-
9	6.228.758	3	C	CARMONA EULISES			-0-	231.267,	28.908,00	-0-	-0-	28.908,00	-0-	-0-
10	16.883.640	0	C	RAMIREZ JOSE			-0-	174.919,	21.864,00	-0-	-0-	21.864,00	-0-	-0-
11	16.886.922	6	C	OTERO HOLGER			-0-	267.307,	33.413,00	-0-	-0-	33.413,00	-0-	-0-
12	6.224.950	6	C	OTERO JOSE			-0-	168.916,	21.114,00	-0-	-0-	21.114,00	-0-	-0-
13	16.989.752	3	C	MUESES JOSE			-0-	157.926,	19.740,00	-0-	-0-	19.740,00	-0-	-0-
14	16.989.953	7	C	MURIEL MARCOS			-0-	220.485,	27.560,00		-0-	27.560,00	-0-	-0-
								(a) TOTAL PAGINA		328.178,	-0-	-0-	328.178,	-0-	-0-
								(b) TOTAL AUTOLIQUIDACION						

NOTA: SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES MAYOR A CATORCE (14) ADJUNTE LAS HOJAS NECESARIAS.

(32) NUMERO TOTAL DE AFILIADOS:

(33) No. DE UNIDADES:

(34) % PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

(35) FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O FIRMA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR O AGENTE DE RETENCION

NOMBRE:

EMPLEADOR

III. PAGO

		COTIZACIONES	F.S.P.
(a)	VALOR A PAGAR		
(30)	INTERESES POR MORA — TASA DE INTERES MORA: — No. DE DIAS:		
(b)	TOTAL		
	TOTAL GENERAL PAGADO (SUMATE LOS VALORES DEL RENGLON (a) Y (b))		

ESTA COLUMNA DEBE ESCRIBIRSE EL VALOR DE LA COTIZACION VOLUNTARIA DEL EMPLEADOR.

ESTA COLUMNA DEBE ESCRIBIRSE EL VALOR DE LA COTIZACION VOLUNTARIA DEL TRABAJADOR.

ESCRIBIR EL TOTAL DE LA COLUMNA CORRESPONDIENTE AL VALOR DE LOS NUMERALES (24) + (25) + (26)

ESCRIBIR EL VALOR DEL INGRESO BASE DE COTIZACION, SALARIO MINIMO O LA COTIZACION

INGRESO BASE DE COTIZACION SEA IGUAL O MAYOR A CUARENTA SALARIOS MINIMOS LA COTIZACION

COTIZACION.

ESCRIBIR EL VALOR DE LA MORA QUE EL EMPLEADOR VA A PAGAR POR CADA AFILIADO. ESTA

EFECTUE PAGO DE LA MORA POR CONCEPTO DE COTIZACIONES.

OS VALORES REGISTRADOS EN CADA COLUMNA DEBERAN TOTALIZARSE POR PAGINA EN EL (7).

ADA COLUMNA.

Y ESTE ESPACIO DEBE REGISTRARSE EL VALOR TOTAL DE LA AUTOLIQUIDACION DE TODAS L

TILIZARSE UNA VEZ, BIEN SEA EN LA PRIMERA O EN LA ULTIMA PAGINA DEL REPORTE.

ESCRIBIR EL NUMERO TOTAL DE AFILIADOS QUE SE ESTAN REPORTANDO. ESTE ESPACIO SOLO DEBE D

DATANDOSE DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES, EN ESTE ESPACIO DEBERA INDICARSE EL

ECLARADOS, Y EL PORCENTAJE DE PARTICIPACION DENTRO DEL TOTAL DEL INGRESO BASE DE COTIZ

HAY MAS DE DOS CONCEPTOS, ADICIONESE LAS LINEAS NECESARIAS.

L MODULO CORRESPONDIENTE A "PAGO" SE DILIGENCIARA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO S

E VA A EFECTUAR.

EBE REGISTRARSE EL VALOR A PAGAR POR CONCEPTO DE COTIZACIONES Y F.S.P. LOS VAL

EBERAN CORRESPONDER A LOS VALORES REGISTRADOS EN ESTA CASILLA.

UANDO SE VA A PRESENTAR LA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION DE UN PERIODO Y SE

DILIGENCIAR DE MANERA ANEXA A LA DECLARACION OTRO FORMULARIO EN EL CUAL SE DISCRIM

AGADO. EN ESTE FORMULARIO DEBERA SEÑALARSE EXPRESAMENTE QUE SE TRATA DE

ORRECCION, Y PODRA OMITIRSE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (29), (2

EBE REGISTRARSE EL TIEMPO EN MORA DEL PERIODO, Y EL VALOR TOTAL Y/O A PAGAR POR ESTE C

.S.P.

OS INTERESES DE MORA CORRESPONDEN A LA TASA QUE SE ENCUENTRE VIGENTE POR LOS

OMPLEMENTARIOS.

EBE REGISTRARSE EL VALOR TOTAL A PAGAR POR CONCEPTO DE COTIZACIONES Y DEL F.S.P.

EGISTRAR EL VALOR CORRESPONDIENTE A LA SUMATORIA DE LOS VALORES DEL RENGLON (36).

SPACIO RESERVADO PARA USO DE LA IDENTIDAD ADMINISTRADORA, PODRA INCORPORA

ISEÑAR Y CUANDO SE ALTERE SU CONTENIDO. EN ESTE ESPACIO SE PODRAN, INDICAR

IRMAS, ASI COMO LOS DEMAS DATOS NECESARIOS PARA DETERMINAR LA FORMA COMO SE EFEC

EBE REGISTRARSE LA FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE, LA DEL EMPLEADOR O LA

UTORIZADA POR ESTOS, SEGUN CORRESPONDA. EN ESTE CASO ES NECESARIO INDICAR EL NOMBRE

L FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENS

NSTRUCCIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO. LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS

O ANEXAR AL MISMO DICHAS INSTRUCCIONES, PARA LO CUAL PODRAN MODIFICAR SU PRESE

IGNIFICADO Y ALCANCE, ASI COMO ADICIONAR LOS EJEMPLOS QUE CONSIDERE NECESARIOS.

L FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION DEBERA DILIGENCIARSE POR EL EMPLEADOR, EL TRABAJ

ORIGINAL Y UNA COPIA COMO MINIMO, CUYA DISTRIBUCION SERA: ORIGINAL PARA LA ADMINISTRAD

RETENEDOR O EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE, PODRA IDENTIFICARSE EN EL FORMU

CORRESPONDIENTES.

N EL EVENTO EN QUE EL NUMERO DE TRABAJADORES QUE SE VA A REPORTAR EN EL

STABLECIDO, DEBERAN DILIGENCIARSE LAS HOJAS QUE SEAN NECESARIAS. EN ESTE CASO, LA

UBSIGUIENTES SE DILIGENCIARA UNICAMENTE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUME

SIMISMO, LOS EMPLEADORES PODRAN REMITIR A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA LISTADOS

UALES DEBERAN DETERSE ESTRICTAMENTE, EN LO QUE A ESTE ASPECTO SE REFIERE, AL

ANCARIA. EN TAL SITUACION DEBERA ACOMPAÑARSE AL LISTADO UN FORMULARIO O UNA

RDEN ESTABLECIDO. LA INFORMACION DE QUE TRATAN LOS NUMERALES (1) A (15) Y (31)

AGINA DEL REPORTE Y A MANERA DE RESUMEN DE LA AUTOLIQUIDACION, DE OTRO LA

DICIONALMENTE, LA INFORMACION A QUE ALUDEN LOS NUMERALES (1) A (12) QUE CORRESPO

O DEBE DILIGENCIARSE SIMULTANEAMENTE UN FORMULARIO PARA AUTOLIQUIDACION

STE CASO UTILICE UN FORMULARIO INDEPENDIENTE, EN EL CUAL DEBERA RELACIONARSE

ORRESPONDIENTES.

L INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (ISS) Y LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL

EBERAN ELIMINAR LAS COLUMNAS CORRESPONDIENTES A VALORES NO RETENIDOS

RABAJADOR, (NUMERALES (22),(25) Y (26)) Y LA INFORMACION CONCEPTO DE INGRESO

TOTAL COTIZACIONES" Y "SANCION MORATORIA", NUMERALES (27) Y (29).

UANDO SE VAYA A PAGAR TOTAL O PARCIALMENTE UNA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION

UBIERE PRESENTADO A LA ADMINISTRADORA, DEBERA DILIGENCIARSE NUEVAMENTE EL MODU

ERA NECESARIO INCLUIR LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (30)

AGAR EXCLUSIVAMENTE LOS INTERESES POR MORA EN EL FORMULARIO, TAMBIEN PODRA

NUMERALES (2), (25), (26), (27) Y (28).

EL FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE P

INSTRUCCIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, LAS ENTIDADES ADMINISTRADO

O ANEXAR AL MISMO DICHAS INSTRUCCIONES, PARA LO CUAL PODRAN MODIFICAR SU PRE

SIGNIFICADO Y ALCANCE, ASI COMO ADICIONAR LOS EJEMPLOS QUE CONSIDERE NECESARIOS.

EL FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION DEBERA DILIGENCIARSE POR EL EMPLEADOR, EL TRAB

ORIGINAL Y UNA COPIA COMO MINIMO, CUYA DISTRIBUCION SERA: ORIGINAL PARA LA ADMINIST

RETENEDOR O EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE, PODRA IDENTIFICARSE EN EL FO

CORRESPONDIENTES.

EN EL EVENTO EN QUE EL NUMERO DE TRABAJADORES QUE SE VA A REPORTAR, EN E

ESTABLECIDO, DEBERAN DILIGENCIARSE LAS HOJAS QUE SEAN NECESARIAS. EN ESTE CASO,

SUBSIGUIENTES SE DILIGENCIARA UNICAMENTE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NU

ASIMISMO, LOS EMPLEADORES PODRAN REMITIR A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA LISTADO

CUALES DEBERAN DETERSE ESTRICTAMENTE, EN LO QUE A ESTE ASPECTO SE REFIERE, AL

BANCARIA. EN TAL SITUACION DEBERA ACOMPAÑARSE AL LISTADO UN FORMULARIO O UNA

ORDEN ESTABLECIDO. LA INFORMACION DE QUE TRATAN LOS NUMERALES (1) A (15) Y (31)

PAGINA DEL REPORTE Y A MANERA DE RESUMEN DE LA AUTOLIQUIDACION, DE OTRO LA

ADICIONALMENTE, LA INFORMACION A QUE ALUDEN LOS NUMERALES (1) A (12) QUE CORRESP

NO DEBE DILIGENCIARSE SIMULTANEAMENTE UN FORMULARIO PARA AUTOLIQUIDACION

ESTE CASO UTILICE UN FORMULARIO INDEPENDIENTE, EN EL CUAL DEBERA RELACIONARSE

CORRESPONDIENTES.

EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (ISS) Y LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL

DEBERAN ELIMINAR LAS COLUMNAS CORRESPONDIENTES A VALORES NO RETENIDOS

TRABAJADOR, (NUMERALES (22),(25) Y (26)) Y LA INFORMACION CONCEPTO DE INGRESO

"TOTAL COTIZACIONES" Y "SANCION MORATORIA", NUMERALES (27) Y (29).

CUANDO SE VAYA A PAGAR TOTAL O PARCIALMENTE UNA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION

HUBIERE PRESENTADO A LA ADMINISTRADORA, DEBERA DILIGENCIARSE NUEVAMENTE EL MODU

SERA NECESARIO INCLUIR LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (30)

PAGAR EXCLUSIVAMENTE LOS INTERESES POR MORA EN EL FORMULARIO, TAMBIEN PODRA

NUMERALES (2), (25), (26), (27) Y (29).

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PENSIONES Y CESANTIAS
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT.800.139.690 - 2
Of. Principal Cra. 7a. No. 24 - 89 Pisos 45 y 46
PBX 3411077 Fax: 2837325 Línea Nacional 9800 - 12620 Santafé de Bogotá, D.C.
Centro de Atención al Cliente Teléfonos: 2844872 - 2857536 Mezzanine

COLPATRIA

I. DATOS GENERALES

(1) PERIODO DE COTIZACION: MES 1 0 / AÑO 9 5

OPERACION: (2) AUTODECLARACION (3) CORRECCION (4) No. DE RADICACION (5) PAGO PARCIAL

(6) FORMA DE PORTE: NORMAL / SIMPLIFICADA

(7) PAGINA 1 DE 3

(8) TRABAJADOR DEPENDIENTE ☐ (9) TRABAJADOR INDEPENDIENTE ☐

(10) NOMBRE O RAZON SOCIAL: MAYAGUEZ S.A.

(11) DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 890.302.694 D.V. 9

(12) TIPO: 0

(13) TELEFONO: 8325 FAX: 8326

(14) DIRECCION: CALLE 8 #1-31 piso 2

CIUDAD O MUNICIPIO: Cali

DEPARTAMENTO: Valle

(15) RADICACION, SELLO Y FECHA DE RECEPCION

II. AUTOLIQUIDACION

(17) NUMERO DE IDENTIFICACION	D.V.	(16) TIPO	APELLIDOS Y NOMBRES	(22) VALORES NO RETENIDOS POR APORTES	(23) INGRESO BASE DE COTIZACION	(24) COTIZACION OBLIGATORIA	(25) COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADO	(26) TRABAJADOR	(27) TOTAL COTIZACIONES	(28) F.S.P.	(29) ADICIONADO POR AFILIADO
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7			VER RELACION ADJUNTA								
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
(21) TOTAL PAGINA				2.798.984	-0-	-0-	-0-	2.798.984	42.270,00	2.798.984	
(30) TOTAL AUTOLIQUIDACION				2.798.984	-0-	-0-	-0-	2.798.984	42.270,00	2.798.984	

NOTA: SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES MAYOR A CATORCE (14) ADJUNTE LAS HOJAS NECESARIAS

OPAC COLPATRIA3000 2152 0000 FJA 0774
07 NOV/1995 18:Etc11

(31) NUMERO TOTAL DE AFILIADOS 79

(32) Nro. Documento 712802
Numero de la cedula o NIT 890303025949
Numero telefonico....000000823238

(33) CONCEPTO DE INGRESO: Efectivo $.... 0.00
Cheques.... 2,841,254.00
(34) PORCENTAJE COMISION
Valor total $. 2,841,254.00

mayaguez s.a.
HERIBERTO [illegible]
DIRECTOR DE PERSONAL

(35) FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O FIRMA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR O AGENTE RETENEDOR

NOMBRE

EMPLEADOR

		COTIZACIONES	F.S.P.
(36)	VALOR A PAGAR	2.798.984,00	42.270,00
(37)	INTERESES POR MORA	-0-	-0-
(38)	TOTAL	2.798.984,00	42.270,00
(39)	TOTAL GENERAL A PAGAR	2.841.254,00	

SUMA DE LOS VALORES DEL REVERSO (40)

III. PAGO

(41) EFECTIVO $ 0.00

(42) CHEQUE No. 029-121839-2 $ 2.841.254,00

(43) TOTAL CONSIGNACION $ 2.841.254,00

(44) CUENTA	(45) No. CUENTA CHEQUE	(46) VALOR
CO	029-121839-2	152.841.254,00

ANA DEBE ESCRIBIRSE EL VALOR DE LA COTIZACION VOLUNTARIA DEL EMPLEADOR.
ANA DEBE ESCRIBIRSE EL VALOR DE LA COTIZACION VOLUNTARIA DEL TRABAJADOR.
OTAL DEL APORTE LIQUIDADO POR AFILIADO. SUMATORIA DE LOS NUMERALES (24) + (25) + (26).
VALOR DEL APORTE AL FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL DE LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES CUYO
DE COTIZACION SEA IGUAL O MAYOR A CUATRO (4) SALARIOS MINIMOS. LA COTIZACION PARA ESTE FONDO ES DEL 1% DE LA BASE

VALOR DE LA MORA QUE EL EMPLEADOR VA A PAGAR POR CADA AFILIADO. ESTA COLUMNA DEBERA DILIGENCIARSE CUANDO SE
DE LA MORA, POR CONCEPTO DE COTIZACIONES.
REGISTRADOS EN CADA COLUMNA DEBERAN TOTALIZARSE POR PAGINA EN EL ESPACIO DISEÑADO PARA EL EFECTO, AL FINAL DE

CIO DEBE REGISTRARSE EL VALOR TOTAL DE LA AUTOLIQUIDACION DE TODAS LAS PAGINAS QUE SE PRESENTAN; SOLO DEBE
VEZ, BIEN SEA EN LA PRIMERA O EN LA ULTIMA PAGINA DEL REPORTE.
NUMERO TOTAL DE AFILIADOS QUE SE ESTAN REPORTANDO. ESTE ESPACIO SOLO DEBE DILIGENCIARSE EN LA ULTIMA HOJA.
DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES: EN ESTE ESPACIO DEBERA INDICARSE EL CONCEPTO DE CADA UNO DE LOS INGRESOS
EL PORCENTAJE DE PARTICIPACION DENTRO DEL TOTAL DEL INGRESO BASE DE COTIZACION.
DOS CONCEPTOS, ADICIONENSE LAS LINEAS NECESARIAS.

RRESPONDIENTE A "PAGO" SE DILIGENCIARA UNICA Y EXCLUSIVAMENTE CUANDO SE TRATE DE UNA AUTOLIQUIDACION CUYO PAGO
AR.

ARSE EL VALOR A PAGAR POR CONCEPTO DE COTIZACIONES Y F.S.P. LOS VALORES TOTALES DE LAS COLUMNAS (27) Y (28)
ESPONDER A LOS VALORES REGISTRADOS EN ESTA CASILLA.
A PRESENTAR LA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION DE UN PERIODO Y SE VA A PAGAR PARCIALMENTE, ES NECESARIO
MANERA ANEXA A LA DECLARACION OTRO FORMULARIO EN EL CUAL SE INDIQUE POR CADA AFILIADO EL VALOR EFECTIVAMENTE
STE FORMULARIO DEBERA SEÑALARSE EXPRESAMENTE QUE SE TRATA DE UN PAGO PARCIAL DE UNA DECLARACION O
PODRA OMITIRSE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (29), (31), (32) Y (33).
RSE EL TIEMPO EN MORA DEL PERIODO, Y EL VALOR TOTAL NO A PAGAR POR ESTE CONCEPTO RESPECTO DE LAS COTIZACIONES Y DEL

DE MORA CORRESPONDEN A LA TASA QUE SE ENCUENTRE VIGENTE POR MORA EN EL PAGO DEL IMPUESTO A LA RENTA Y
OS.
RSE EL VALOR TOTAL A PAGAR POR CONCEPTO DE COTIZACIONES Y DEL F.S.P.
ALOR CORRESPONDIENTE A LA SUMATORIA DE LOS VALORES DEL RENGLON (58).
AVADO PARA USO DE LA IDENTIDAD ADMINISTRADORA. PODRA INCORPORARSE EN CUALQUIER EXTREMO DEL FORMULARIO,
NICO NO SE ALTERE SU CONTENIDO. EN ESTE ESPACIO SE PODRAN INDICAR LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN SU RED DE
DO LOS DEMAS DATOS NECESARIOS PARA DETERMINAR LA FORMA COMO SE EFECTUARA EL PAGO DE LA AUTOLIQUIDACION.
RSE LA FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE, LA DEL EMPLEADOR O LA DEL AGENTE RETENEDOR, O DE LA PERSONA
RESTOS, SEGUN CORRESPONDA. EN ESTE CASO ES NECESARIO INDICAR EL NOMBRE.

DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES DEBERA DILIGENCIARSE ATENDIENDO LAS
CONTENIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO. LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEBERAN IMPRIMIR AL RESPALDO DEL FORMULARIO
MISMO DICHAS INSTRUCCIONES, PARA LO CUAL PODRAN MODIFICAR SU PRESENTACION, SIEMPRE Y CUANDO NO SE ALTERE SU
LOCIDO, ASI COMO ADICIONAR LOS EJEMPLOS QUE CONSIDERE NECESARIOS.

DE AUTOLIQUIDACION DEBERA DILIGENCIARSE POR EL EMPLEADOR, EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O AGENTE RETENEDOR EN
COPIA COMO MINIMO, CUYA DISTRIBUCION SERA: ORIGINAL PARA LA ADMINISTRADORA Y UNA COPIA PARA EL EMPLEADOR, EL AGENTE
EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE. PODRA IDENTIFICARSE EN EL FORMULARIO Y EN LAS COPIAS LOS DESTINATARIOS
NTES.

EN CASE EL NUMERO DE TRABAJADORES QUE SE VA A REPORTAR EN EL PERIODO SEA SUPERIOR A (14) O AL NUMERO
EBERAN DILIGENCIARSE LAS HOJAS QUE SEAN NECESARIAS. EN ESTE CASO, LA SECCION I. DATOS GENERALES, DE LAS PAGINAS
SE DILIGENCIARA UNICAMENTE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (1) A (12) QUE RESULTE PERTINENTE.
EMPLEADORES PODRAN REMITIR A LA ENTIDAD ADMINISTRADORA LISTADOS CON LA AUTOLIQUIDACION DE SUS TRABAJOS LOS
AL CEÑIRSE ESTRICTAMENTE, EN LO QUE A ESTE ASPECTO SE REFIERE, AL FORMULARIO ADOPTADO POR LA SUPERINTENDENCIA
AL SITUACION DEBERA ACOMPAÑARSE AL LISTADO UN FORMULARIO O UNA HOJA EN LA CUAL SE DILIGENCIE ATENDIENDO EL
ICIO, LA INFORMACION DE QUE TRATAN LOS NUMERALES (1) A (15) Y (31) A (38) QUE RESULTE PERTINENTE, COMO PRIMERA
PORTE Y A CONTINUACION DE LA AUTOLIQUIDACION DE OTRO LADO, CADA HOJA DEL LISTADO DEBERA CONTENER
LA INFORMACION A QUE ALUDEN LOS NUMERALES (1) A (12) QUE CORRESPONDAN.

DICARSE SIMULTANEAMENTE UN FORMULARIO PARA AUTOLIQUIDACION DE UN PERIODO CON REPORTES DE CORRECCION EN
ICE UN FORMULARIO INDEPENDIENTE, EN EL CUAL DEBERA RELACIONARSE EL VALOR DE LAS CORRECCIONES DE LAS COLUMNAS
NTES.

E SEGUROS SOCIALES (ISS) Y LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN DE PRIMA MEDIA CON PRESTACION DEFINIDA
NAR LAS COLUMNAS CORRESPONDIENTES A VALORES NO RETENIDOS POR APORTES, COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR,
UMERALES (22), (25) Y (26) Y LA INFORMACION CONCEPTO DE INGRESO RENGLON (63). ASI MISMO, PODRAN ELIMINAR LAS COLUMNAS
CIONES" Y "SANCION MORATORIA", NUMERALES (27) Y (29).

A PAGAR TOTAL O PARCIALMENTE UNA AUTOLIQUIDACION O CORRECCION DE UN PERIODO ANTERIOR CUYA DECLARACION YA SE
TADO A LA ADMINISTRADORA, DEBERA DILIGENCIARSE INEVITABLEMENTE AL MOMENTO DEL PAGO OTRO FORMULARIO EN EL CUAL NO
EXCLUIR LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS NUMERALES (30), (31), (32) Y (33). EN EL EVENTO EN QUE SE PROCEDA A
A ESTE LOS INTERESES POR MORA EN EL FORMULARIO TAMBIEN PODRA OMITIRSE LA INFORMACION CORRESPONDIENTE A LOS
25), (26), (27) Y (28).

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

FONDO PENSION: COLPATRIA

PERIODO DE COTIZACION	OPERACION	FORMA DE REPORTE	PAGINA
1510 Febrero	Pago Parcial	Listado	1

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
JUTAQUEZ S.A.	890302594	9	NIT	8383 - 8186

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Candelaria	Valle

	D T		DIA VALOR NO		INGRESO	COTIZACION	COTIZACION VOLUNTARIA		TOTAL			SANCION
	Numero	V O EMPLEADO	O S A COT	RETENIDO	BASE	OBLIGATORIA	EMPLEADOR	TRABAJADOR	COTIZACION	F.S.P.		MORA
11	94295611	1 C NIKA HARVY			202,735	27,841	0	0	27,841	0		0
12	16750277	9 C MARTINEZ JOSE			190,015	23,751	0	0	23,751	0		0
13	16498574	9 C VIAZ OLEGO			404,164	50,520	0	0	50,520	4,041		0
14	16989139	8 C RUIZ JULIO			254,934	31,867	0	0	31,867	0		0
15	94294231	8 C CHAUD MIGUEL	L L		339,871	42,483	0	0	42,483	0		0
16	8220868	9 C RIVERA HERNAN	1	10	165,287	20,660	0	0	20,660	0		0
17	6219531	3 C SALAZAR LEONEL	1	25	292,699	36,562	0	0	36,562	0		0
18	6219531	3 C SALAZAR LEONEL	L L				0			0		0
19	16989093	8 C OLAYA JOSE			269,975	33,746	0	0	33,746	0		0
20	16989837	8 C OREJUELA LUIS	L L		233,508	29,188	0	0	29,188	0		0
21	16988666	7 C VASQUEZ JESUS			219,976	27,497	0	0	27,497	0		0
22	31623944	1 C OZO SANDRA	L L		153,972	19,246	0	0	19,246	0		0
23	16989608	0 C ALEGRIA ENEIDY			257,817	32,227	0	0	32,227	0		0
24	16854059	9 C VIVAS MIGUEL			274,727	34,340	0	0	34,340	0		0
25	16284526	9 C RAMIREZ MORALES EU			231,333	28,916	0	0	28,916	0		0
26	6221782	0 C ESCOBAR DOMINGUEZ			249,125	31,140	0	0	31,140	0		0
27	94297577	4 C VASQUEZ LOPEZ HECT			171,701	21,462	0	0	21,462	0		0
28	87530695	9 C PORTILLA ALIRIO	U	9	230,451	28,806	0	0	28,806	0		0
29	16988884	9 C BASTIDAS ALVARO			231,050	28,881	0	0	28,881	0		0
30	4737766	1 C BENAVIDEZ JOSE	1	16	258,161	32,270	0	0	32,270	0		0
31	4737766	1 C BENAVIDEZ JOSE	L L				0	0		0		0
32	13003729	9 C CHITAN LUIS			385,679	48,209	0	0	48,209	0		0
33	6219462	8 C ROSQUERA MINCER			267,988	33,498	0	0	33,498	0		0
34	5213628	6 C BOTELO CARLOS	1	1	190,651	23,831	0	0	23,831	0		0
35	5213628	6 C BOTELO CARLOS	L L				0	0		0		0
36	6255756	6 C PISTALA JOSE			357,330	44,666	0	0	44,666	0		0
37	19101674	3 C CAICEDO JESUS	U	9	181,797	22,974	0	0	22,974	0		0
38	16989415	8 C ACOSTA MIGUEL			221,512	27,692	0	0	27,692	0		0
39	6302478	5 C BARONA HERNES			292,846	36,843	0	0	36,843	0		0
40	6802861	2 C ARICAPA LUIS	U	2	174,213	21,784	0	0	21,784	0		0
41	94050101	1 C QUIÑONES JESUS			233,777	29,222	0	0	29,222	0		0
42	5233049	9 C JARAMILLO RUPERTO			211,430	26,428	0	0	26,428	0		0
43	6223754	4 C CAMPO JORGE	1	1	207,348	25,918	0	0	25,918	0		0
44	6223754	4 C CAMPO JORGE	L L				0	0		0		0
45	6220426	1 C BENAVIDEZ JOSE			236,118	29,264	0	0	29,264	0		0
46	16989804	6 C CHAUX MARTIN	L L		236,706	27,593	0	0	29,593	0		0
47	16988481	8 C DURAN LUIS	1	23	258,082	32,260	0	0	32,260	0		0
48	16988481	8 C DURAN LUIS	L L				0	0		0		0
49	16989587	8 C BOLAÑOS NICANOR	1	1	299,611	37,476	0	0	37,476	0		0
50	16984861	8 C TRUJILLO ROLMES			285,539	35,692	0	0	35,692	0		0
51	6414097	3 C ESTIMBA ABSALON			235,811	29,476	0	0	29,476	0		0
52	16988409	7 C IBARRAGA LUIS			175,346	21,918	0	0	21,918	0		0
53	6403390	1 C MURTADO BENITO			283,036	35,379	0	0	35,379	0		0
54	94295312	0 C BENAVIDEZ NADOBERJO	U	9	269,450	33,681	0	0	33,681	0		0
55	16986077	5 C ORTIZ GERARDO			291,620	31,452	0	0	31,452	0		0
56	6228929	6 C RENGIFO EFRAIN			196,513	24,564	0	0	24,564	0		0
57	6220132	1 C SAN AVENSIO	L L		261,777	32,722	0	0	32,722	0		0
58	10357153	6 C RAMIREZ SEGUNDO			201,861	25,232	0	0	25,232	0		0
59	16989229	2 C SAN LUIS			675,694	84,461	0	0	84,461	6,756		0
60		## T o t a l ##				1416,260			1416,260	10,797		

MUESTRA

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

FONDO PENSION: COLOATRIA

PERIODO DE COTIZACION	OPERACION	FORMA DE REPORTE	PAGINA
2000	Pago Parcial	Listado	2

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
NAYAGUEZ S.A.	890302594	9	NIT	8323 - 8326

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Candelaria	Valle

Numero	T I	D E	EMPLEADO	P	S	R	DIA COT	VALOR NO RETENIDO	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	F.S.P.	SANCION MORA
6220649	9	C	SAA JOSE						678,756	94,944	0	0	94,944	6,787	0
6228946	1	C	PAZ CARLOS				22		165,157	23,122	0	0	23,122	0	0
94277073	9	C	VENTE BENIGNO						225,480	29,435	0	0	29,435	0	0
6803260	0	C	GRANJA OMAR				16		305,114	38,139	0	0	38,139	0	0
6803260	0	C	GRANJA OMAR								0	0		0	0
16388676	4	C	ORDONEZ JESUS						197,987	24,685	0	0	24,685	0	0
4712735	7	C	CAMPO CARLOS						191,434	23,954	0	0	23,954	0	0
16388039	3	C	SANCHEZ MIGUEL						232,321	34,540	0	0	34,540	0	0
6402497	7	C	VILLACORTE SERVIO						267,902	33,487	0	0	33,487	0	0
16388852	7	C	PINCHAO RODRIGO						375,788	46,960	0	0	46,960	0	0
16388080	8	C	ROJAS MANERGOY						287,086	35,885	0	0	35,885	0	0
94294066	9	C	RODRIGUEZ CARLOS						171,335	21,416	0	0	21,416	0	0
16640973	5	C	ANGULO JOSE						378,772	47,346	0	0	47,346	0	0
16388727	8	C	RIVERA CARLOS				2		164,873	20,609	0	0	20,609	0	0
6228964	7	C	MORENO JOSE						203,434	25,429	0	0	25,429	0	0
16883742	3	C	ARIAS ARMANDO						182,451	22,806	0	0	22,806	0	0
5262615	6	C	SANCHEZ APOLINAR						182,421	22,802	0	0	22,802	0	0
16388615	9	C	QUEVEDO SEGUNDO						221,981	27,735	0	0	27,735	0	0
94312125	1	C	OLAVE WILMER						219,565	27,445	0	0	27,445	0	0
16389180	6	C	RIVERA ONALDO						156,418	19,552					

Nayaguez S.A.

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPATRIA-FONDO DE PENSIONES

PERIODO DE COTIZACION	OPERACION	FORMA DE REPORTE	PAGINA
29510	Pago Parcial	Listado	1

TRABAJADOR DEPENDIENTE X				
NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
MAYAGUEZ S.A	890300595	2	NIT	8326
DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
Fabrica Candelaria	Cali		Valle	

NUMERO	D.V.	EMPLEADO	P.E.	S.B.	COT. RETENIDO	DIA VALOR NO.	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	F.S.P.	SANCION MORA
16781332	9	C HUERFANO TORRES JOSE RICARDO					308,353	38,544			38,544		
16801222	6	C SUAREZ MONTIEL JOSE PETER					310,000	38,750			38,750		
28685101	7	C MIRANDA GONZALEZ HERMINDA		T									
28685101	7	C MIRANDA GONZALEZ HERMINDA		1	C	29	809,458	101,207			101,207	8,096	
29356449	7	C BETANCOURTH N. MARINA CECILIA					1,162,500	145,312			145,312	11,625	
31662786	4	C BETANCOURT BECERRA LUZ NEILY		T			325,700						
66703701	9	C PABON ROMERO MARIA TERESA					496,593	62,074			62,074	4,365	
66975480	9	C RINCON RODRIGUEZ MARIXA					293,844	36,668			36,668		
							422,550	422,550			422,550	24,686	

MAYAGUEZ S.A.

1/24

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PENSIONES Y CESANTIAS
COMPAÑIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT 800.139.690 - 2
Cra 0l. Principal Cra. 7a. No. 24 - 89 Pisos 45 y 46
PBX 3411077 Fax: 2331325 Línea Nacional 9800 - 12820 Santafé de Bogotá, D.C.
Centro de Atención al Cliente Teléfonos: 2844872 - 2857539 Mezzanine

PATRIA

I. DATOS GENERALES

(1) TIPO DE COTIZACION: 1 (MES 1 9 5 AÑO)
(2) DECLARACION (3) CORRECCION (5) PAGO PARCIAL — OPERACION — (4) No. DE RADICACION
(6) FORMA DE PRESENTACION: NORMAL [X] SIMPLIFICADA [ ]
(7) PAGINA 1 DE 1

(8) TRABAJADOR DEPENDIENTE [ ]
(9) TRABAJADOR INDEPENDIENTE [ ]
(10) NOMBRE O RAZON SOCIAL: MAYAGUEZ S.A.
(11) DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 890.302.594 D.V. 0 (12) TIPO N (13) TELEFONO 8325 FAX 8326
(14) DIRECCION: CALLE 8 #1-31 piso 2
CIUDAD O MUNICIPIO: CALI DEPARTAMENTO: VALLE
(15) RADICACION, SELLO Y FECHA DE RECEPCION

II. AUTOLIQUIDACION

No.	(17) NUMERO DE IDENTIFICACION	D.V.	(18) TIPO	(19) APELLIDOS Y NOMBRES	(21) VALOR NO RETENIDO POR APORTES	(22) INGRESO BASE DE COTIZACION	(24) COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA (25) EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA (26) TRABAJADOR	(27) TOTAL COTIZACIONES	(28) F.S.P.	(29) SANCION MORA POR AFILIADO
1				VER RELACION ADJUNTA (TRES PAGINAS)								
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
(30)	TOTAL PAGINA						3.488.562	-0-	-0-	3.488.562	81.651	-0-
(31)	TOTAL AUTOLIQUIDACION						-0-	-0-	-0-	3.488.562	81.651	-0-

NOTA: SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES MAYOR A CATORCE (14) ADJUNTE LAS HOJAS NECESARIAS

III.		COTIZACIONES	F.S.P.
(32)	VALOR A PAGAR	3.488.562	81.651
(33)	INTERESES POR MORA (MES(ES))	-0-	-0-
(34)	TOTAL	3.488.562	81.651
(35)	TOTAL GENERAL PAGADO (SUMA DE LOS VALORES DEL RENGLON (32))	3.570.213,00	

(36) NUMERO TOTAL DE APORTANTES: 1

PENSIONES - RECAUDO EMPRESAS

COMPROBANTE DE CONSIGNACION

EFECTIVO $ 3.570.213,00
CHEQUES LOCALES
TOTAL CONSIGNACION $ 3.570.213,00
No. CUENTA CHEQUE 335-70213-86
CODIGO
TOTAL $ 3.570.213,00

PENSIONES Y CESANTIAS
CUENTA UPAC COMPATRIA 210187010701
CUENTA BANCO COMPATRIA 011210150401 0
CIUDAD CALI OFICINA MAYAGUEZ S.A.
NOMBRE SUSCRIPTOR 95 12 11
DIRECCION Calle 8 #1-31 piso 2
TELEFONO 8325 FAX 8326 INT./CC. 8 9 0 3 0 2 5 9 4 - 9

EP-001 R07/94

NUMERO TOTAL DE APORTANTES: 1
Nro. Documento 890302594
Nro. Documento 712809
Numero de la cedula o Nit...0089030259V4
Numero telefonico...0000000008325
Efectivo $... 0.00
Valor Cheques 3,570,213.00
Valor Total $ 3,570,213.00

(37) CONCEPTO DE INGRESO
(38) PORCENTAJE DE PARTICIPACION

FIRMA DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE O INDEPENDIENTE QUE RECIBE
NOMBRE: EMPLEADOR

11 DIC 1995 11:09:45
Nro. Documento 890302594
Nro. Documento 712809
Numero de la cedula o Nit...0089030259V4
Numero telefonico...0000000008325
Efectivo $... 0.00
Valor Cheques 3,570,213.00
Valor Total $ 3,570,213.00

FIRMA DEL TRABAJADOR DEPENDIENTE O INDEPENDIENTE QUE RECIBE
NOMBRE: EMPLEADOR

11 DIC 1995

ss119 FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

FONDO PENSION: COLPATRIA

PERIODO DE COTIZACION	OPERACION	FORMA DE REPORTE	PAGINA
9501	Pago Parcial	Listado	1

TRABAJADOR DEPENDIENTE Y

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
VASQUEZ S.A.	890302594	6	NIT	8325 - 8326

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Candelaria	Valle

Nro	T D / V D	EMPLEADO	P S A	DIA COT	VALOR NO RETENIDO	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	SANCION F.S.P.	SANCION MORA
9	94295611	1 C MINA HARVY	L L L			339,870	42,452	0	0	42,452	0	0
10	16758277	9 C MARTINEZ JOSE	L L L			272,023	34,002	0	0	34,002	0	0
11	16989674	9 C DIAZ DIEGO				504,343	63,042	0	0	63,042	9,013	0
12	16989139	8 C RUIZ JULIO		V	30	227,293	28,411	0	0	28,411	0	0
13	16989139	8 C RUIZ JULIO		L	L			0	0	0	0	0
14	94294231	8 C PRADO MIGUEL	L L L			362,341	45,292	0	0	45,292	0	0
15	6220468	9 C RIVERA HERNAN				267,951	33,493	0	0	33,493	0	0
16	6219531	3 C SALAZAR LEONEL				502,322	62,790	0	0	62,790	5,023	0
17	16989893	8 C OCAYO JOSE	L L L			333,184	41,648	0	0	41,648	0	0
18	16989857	8 C OREJUELA LUIS				284,564	35,570	0	0	35,570	0	0
19	16988466	7 C VASQUEZ JESUS	L L L			260,852	32,606	0	0	32,606	0	0
20	31629944	1 C AZA SANDRA	L L L			195,747	24,467	0	0	24,467	0	0
21	16989688	8 C ALEGRIA FREDDY				381,682	47,708	0	0	47,708	0	0
22	16859854	9 C VIVAS MIGUEL				306,894	38,361	0	0	38,361	0	0
23	16284826	9 C RAMIREZ MORALES ED				299,698	37,462	0	0	37,462	0	0
24	6223782	0 C ESCOBAR DOMINGUEZ				295,189	36,898	0	0	36,898	0	0
25	94297577	4 C VASQUEZ LOPEZ REGI	L L L			250,372	31,296	0	0	31,296	0	0
26	87538695	9 C PORTILLA ALIRIO				409,453	51,181	0	0	51,181	4,094	0
27	16988844	8 C BASTIDAS ALVARO				307,308	38,412	0	0	38,412	0	0
28	4737766	1 C BERMUDEZ JOSE	L L L			372,246	46,530	0	0	46,530	0	0
29	13007725	5 C CHITAN LUIS				450,289	56,276	0	0	56,276	4,502	0
30	6219462	3 C HOSQUERA NINCER	L L L			367,658	45,957	0	0	45,957	0	0
31	5213828	8 C SOTELO CARLOS	L L L			335,401	41,925	0	0	41,925	0	0
32	6255756	6 C PISTALA JOSE				435,499	54,437	0	0	54,437	4,354	0
33	6181474	2 C CAICEDO JESUS		V	30	263,805	32,975	0	0	32,975	0	0
34	16989315	8 C ACOSTA MIGUEL				239,441	29,930	0	0	29,930	0	0
35	6402474	5 C BARONA BERMES		L	10	231,344	28,920	0	0	28,920	0	0
36	6402861	2 C ARICAPA LUIS				307,656	38,457	0	0	38,457	0	0
37	16988181	1 C QUINONES JESUS				255,733	31,966	0	0	31,966	0	0
38	5233849	9 C JARAMILLO RUPERTO				247,586	30,948	0	0	30,948	0	0
39	6223754	1 C CAMPO JORGE				256,181	32,020	0	0	32,020	0	0
40	6220426	1 C BENAVIDEZ JOSE				221,710	27,713	0	0	27,713	0	0
41	6004604	6 C CHAUX MARTIN				236,655	29,581	0	0	29,581	0	0
42	16988481	8 C DURAN LUIS	L L L			324,012	40,501	0	0	40,501	0	0
43	16989397	8 C ROLANDO NICANOR				351,282	43,910	0	0	43,910	0	0
44	16989861	8 C TRUJILLO HOLMES				373,302	46,662	0	0	46,662	0	0
45	6414892	3 C ESTRADA ARBALDA				252,946	31,618	0	0	31,618	0	0
46	16988489	7 C IDARRAGA LUIS				249,515	31,189	0	0	31,189	0	0
47	6403590	1 C HURTADO BENITO				390,438	48,803	0	0	48,803	0	0
48	94295312	0 C PENAFIEL DAGOBERTO				689,930	76,241	0	0	76,241	6,099	0
49	16988077	5 C ORTIZ GERARDO	L L L			255,733	31,978	0	0	31,978	0	0
50	6224929	0 C RENGIFO EFRAIN				246,209	30,776	0	0	30,776	0	0
51	6220132	1 C SAA AVERSID	L L L			387,344	48,416	0	0	48,416	0	0
52	10557153	6 C RAMIREZ SEGUNDO				203,581	25,447	0	0	25,447	0	0
53	16989229	2 C SAA LUIS				829,637	103,704	0	0	103,704	8,296	0
54	6220869	9 C SAA JORGE		L	27	787,842	98,480	0	0	98,480	7,878	0
55	6224984	1 C PAZ CARLOS				229,267	28,667	0	0	28,667	0	0
56	94277873	9 C VENTE BENIGNO				331,914	41,489	0	0	41,489	0	0
57	6403260	0 C GRANJA OMAR				387,839	48,479	0	0	48,479	0	0
58		** T o t a l **					2028,337			2028,337	45,289	
59												
60												

Recibido 11 DIC 1995

FECA Formas Eficientes CARVAJAL S.A. 1461

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

FONDO PENSION: COLPATRIA

PAGINA 2

PERIODO DE COTIZACION: 9501 | OPERACION: Pago Parcial | FORMA DE REPORTE: listado

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
MAYAGUEZ S.A.	890302594	9	NIT	8325 - 8326

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Candelaria	Valle

Numero	T D / V D	EMPLEADO	P S R	COT RETENIDO	DIA VALOR NO	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	F.S.P.	SANCION MORA
16988696	4 C	ORDOÑEZ JESUS			13	214,023	26,752	0	0	26,752	0	0
16988696	4 C	ORDOÑEZ JESUS	L L L					0	0	0	0	0
4712755	2 C	CAMPO CARLOS				218,648	27,331	0	0	27,331	0	0
16988839	5 C	SANCHEZ MIGUEL				309,988	38,747	0	0	38,747	0	0
6402687	7 C	VILLACORTE SERVIO	L L L			367,147	45,893	0	0	45,893	0	0
16988852	7 C	PINCHAO RODRIGO				432,358	54,044	0	0	54,044	4,323	0
16988808	8 C	ROJAS MANFREDY	L L L			519,619	64,327	0	0	69,327	5,146	0
94294046	9 C	RODRIGUEZ CARLOS	L L L			241,860	30,232	0	0	30,232	0	0
16648973	5 C	ANGULO JOSE				578,149	72,268	0	0	72,269	0,781	0
16988737	8 C	RIVERA CARLOS				286,110	35,763	0	0	35,763	0	0
6220764	7 C	MORENO JOSE	L L L			214,975	26,871	0	0	26,871	0	0
16983742	3 C	ARIAS ARMANDO	L L L			215,084	26,875	0	0	26,875	0	0
5242615	5 C	SANCHEZ APOLINAR				228,937	28,617	0	0	28,617	0	0
16988645	9 C	QUEVEDO SEGUNDO	L L L			380,629	47,578	0	0	47,578	0	0
93312122	1 C	OLAVE HILMER				223,246	27,902	0	0	27,902	0	0
16989148	6 C	RIVERA DONALDO	L L L			195,203	24,400	0	0	24,400	0	0
16687363	1 C	ESCOBAR REGOBERTO	L L L			224,401	28,050	0	0	28,050	0	0
87470371	1 C	BOTINA PEDRO				263,601	32,875	0	0	32,875	0	0
94295413	6 C	TORRES LUIS				271,089	33,976	0	0	33,976	0	0
94295413	6 C	TORRES LUIS	L L L					0	0	0	0	0
94295034	8 C	MORALES LUCIO	L L L			366,460	45,807	0	0	45,807	0	0
6223758	3 C	CARMONA EULISES				262,836	32,854	0	0	32,854	0	0
16983640	9 C	RAMIREZ JOSE				237,186	32,145	0	0	32,145	0	0
16986722	6 C	OTERO HOLBER				231,585	28,948	0	0	28,948	0	0
16224958	6 C	OTERO JOSE				226,365	28,295	0	0	28,295	0	0
16368414	4 C	IBARRAGA JOHN				456,374	57,046	0	0	57,046	4,563	0
6223716	4 C	NIEVA LUIS				236,270	29,783	0	0	29,783	0	0
6223716	4 C	NIEVA LUIS	L L L					0	0	0	0	0
16989801	3 C	FRAGA RAUL				224,498	28,061	0	0	28,061	0	0
16989801	6 C	FRAGA RAUL	L L L					0	0	0	0	0
16989350	4 C	HURTADO EINER				249,381	31,162	0	0	31,162	0	0
94294404	8 C	TORRES JHON	L L L			357,158	44,643	0	0	44,643	0	0
		T o t a l					1059,582			1059,582	25,102	

MAYAGUEZ S.A.

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPATRIA-FONDO DE PENSIONES

PERIODO DE COTIZACION	OPERACION	FORMA DE REPORTE	PAGINA
9511	Pago Parcial	Listado	1

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
MAYAGUEZ S.A.	890302594	6	Nit	8328

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Cali	Valle

NUMERO	T D	V D	EMPLEADO	P S R COT RETENIDO	DIA VALOR HO BASE	INGRESO	COTIZACION OBLIGATORIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	F.S.P.	SANCION MORA
16781332	9	C	HUERFANO TORRES JOSE RICARDO		302,855		37,856		37,856		
16801222	6	C	SUAREZ MONTIEL JOSE HETER		368,125		46,015		46,015		
28685181	7	C	MIRANDA GONZALEZ HERMINDA		404,587		50,573		50,573		
29356349	7	C	BETANCOURTH M. MARTHA CECILIA		1,362,500		145,312		145,312	11,625	
31626781	4	C	BETANCOURT BECERRA LUZ NELLY		334,900		41,862		41,862		
66703901	9	C	PABON ROMERO MARIA TERESA		372,450		41,556		41,936	4,924	
66875388	9	C	RINCON RODRIGUEZ MARIXA		366,451		45,806		45,806		
		X					428,980		428,936	16,549	

Mayaguez S.A.

15/29

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PENSIONES Y CESANTIAS

COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT.800.139.690 - 2

Cra 7 No. 24 - 89 Piso 45 y 46
PBX 341 1077 Fax: 2837325 Línea Nacional 9800 - 32620 Santafé de Bogotá, D.C.
Centro de Atención al Cliente Tels.: 2844872 - 2857536 Mezzanine

COLPATRIA

I. DATOS GENERALES

(1) PERIODO DE COTIZACION: MES 12 AÑO 95

OPERACION: (2) DECLARACION (3) CORRECCION (4) No. DE RADICACION (5) PAGO PARCIAL

(6) FORMA DE APORTE: NORMAL / SIMPLIFICADA

(7) PAGINA 1 DE 1

(8) TRABAJADOR DEPENDIENTE

(9) TRABAJADOR INDEPENDIENTE

(10) NOMBRE O RAZON SOCIAL: MAYAGUEZ S.A.

(11) DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 890.302.594 D.V. 9 (12) TIPO N (13) TELEFONO: 823239 8326

(14) DIRECCION: CALLE 8 #1-31 piso 2

CIUDAD O MUNICIPIO: CALI DEPARTAMENTO: VALLE

(16) RADICACION, SELLO Y FECHA DE RECEPCION

II. AUTOLIQUIDACION

OR. No.	(17) NUMERO DE IDENTIFICACION	D. V.	(18) TIPO	(19) APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO SUBT.	No. DIAS COT.	(22) VALORES RETENCION POR APORTES	(23) INGRESO BASE DE COTIZACION	(24) COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA (25) EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA (26) TRABAJADOR	(27) TOTAL COTIZACIONES	(28) F.S.P.	(29) SANCION MORA POR AFILIADO
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
				TOTAL PAGINA			$ 3,211,896	-0-		-0-	-0-	3.211.896	56.275,00	-0-
				TOTAL AUTOLIQUIDACION			$ 3,211,896	-0-		-0-	-0-	3.211.896	56.275,00	-0-

NOTA: SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES MAYOR A CATORCE (14) ADJUNTE LAS HOJAS NECESARIAS

(20) NUMERO TOTAL DE AFILIADOS:

(21) CONCEPTO DE INGRESO:

(22) PORCENTAJE DE PARTICIPACION

OFIC. COLPATRIA3000 0347 0000 DCA 0724
09-ENE-1996 16:09:19
Nro. Lectu...2087007007
Nro. Documento 712799
Numero de la cedula o Nit...0890302594
Nuero telefonico....0000000008325
Efectivo $.... 0.00
Valor Cheques. 3,268,171.00
Valor total $. 3,268,171.00

(23) FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE O PERSONA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR O AGENTE RETENEDOR

NOMBRE: HERIBERTO VELASQUEZ A.

EMPLEADOR: Mayaguez S.A.

III. PAGO

		COTIZACIONES	F.S.P.
(30)	VALOR A PAGAR	3.211.896,	56.275,
(31)	INTERESES POR MORA	-0-	-0-
	TIEMPO EN MORA: MES(ES) DIA(S)		
(32)	TOTAL	3.211.896,	56.275,
(33)	TOTAL GENERAL PAGADO SUMA DE LOS VALORES DEL RENGLON (32)	$ 3,268,171,00	

CUENTA BANCARIA No. 12208700107 DCA 0724 $ 3,268,171.00
TOTAL CONSIGNACION $ 3,268,171.00
No. CUENTA CHEQUE 96101 09 3,268,171.00
CIUDAD CALI
NOMBRE O RAZON SOCIAL MAYAGUEZ S.A. 890302594 9
DIRECCION CALLE 8 #1-31 piso 2 TELEFONO 8325
TOTAL $ 3,268,171.00

Formato Continuo CONTINUAL S.A. 1461

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPATRIA-FONDO DE PENSIONES

noi123

PERIODO DE COTIZACION | OPERACION | FORMA DE REPORTE | PAGINA

9512 | Pago Parcial | Listado | 1

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
HAYAGUEZ S.A.	890302594	9	Nit	8326

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Cali	Valle

NUMERO	D T V C	EMPLEADO	DIA P.S.S.	VALOR NO COT. RETENIDO	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	F.S.P.	SANCION MORA
16667787	9 C	LOPEZ ARBELAEZ WILFER			569,435	73,629			73,629	5,894	
16781332	9 C	HUERFANO TORRES JOSE RICARDO			345,488	43,185			43,185		
16981727	9 C	SUAREZ MONTIEL JOSE HEIER			301,688	37,711			37,711		
28685181	7 C	MIRANDA GONZALEZ HERMINDA	L L L	28	393,825	49,128			49,128		
29350984	9 C	CASTRO MARIN VIUDA			399,807	49,975			49,975		
29356449	7 C	BETANCOURTH N. MARTHA CECILIA			1,162,500	145,312			145,312	11,625	
31626701	4 C	BEJANCOURT BECERRA LUZ NELLY			334,800	41,862			41,862	3,662	
66703981	9 C	PABON ROMERO MARIA TERESA			486,247	60,780			60,780	4,862	
66975306	4 C	RINCON RODRIGUEZ MARIXA			944,782	118,025			118,025	9,442	
						629,557			629,557	34,823	

Hayaguez S.A.

ENTIDAD RECEPTORA

FIRMA AUTORIZADA

ssi19 — FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

FONDO PENSIONES COLPATRIA

PERIODO DE COTIZACION: 9309 Diciembre | OPERACION: Pago Parcial | FORMA DE REPORTE: listado | PAGINA: 1

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
MAYABOEZ S.A.	890302594	9	NIT	8325 - 8326

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Candelaria	Valle

Cons.	Numero	D V	P S R	Tipo Cot	Dia Retencion	Valor No Ingreso Base	Cotizacion Obligatoria	Cotizacion Voluntaria Empleador	Cotizacion Voluntaria Trabajador	Total Cotizacion	Sancion F.S.P	Sancion Mora
1	2690893	7 C HINCAPIE JOSE	V	25		177,441	22,200	0	0	22,200	0	0
2	4712735	2 C CAMPO CARLOS				214,183	26,772	0	0	26,772	0	0
3	4737766	1 C BERMUDEZ JOSE	L L L			238,872	29,859	0	0	29,859	0	0
4	5213428	8 C SOTELO CARLOS		1	17	184,564	23,070	0	0	23,070	0	0
	5213428	8 C SOTELO CARLOS	L L L					0	0		0	0
5	5233049	9 C JARAMILLO RUPERTO	L L L			152,572	19,071	0	0	19,071	0	0
6	5242615	6 C SANCHEZ APOLINAR				244,624	30,578	0	0	30,578	0	0
7	6219097	8 C MENZA RAUL				187,789	23,463	0	0	23,463	0	0
8	6219462	3 C MOSQUERA NINCEN				256,784	32,098	0	0	32,098	0	0
9	6219531	3 C SALAZAR LEONEL				306,452	38,306	0	0	38,306	0	0
10	6220092	3 C GUTIERREZ OMAR				191,998	23,987	0	0	23,987	0	0
11	6220132	1 C SAA AVERSID				368,552	46,069	0	0	46,069	0	0
12	6220426	1 C BENAVIDEZ JOSE				288,569	36,071	0	0	36,071	0	0
13	6220468	9 C RIVERA HERNAN	V		18	159,484	19,935	0	0	19,935	0	0
	6220468	9 C RIVERA HERNAN	L L L					0	0		0	0
14	6220869	9 C SAA JOSE	L L L			545,532	68,191	0	0	68,191	9,455	0
15	6223716	4 C NIEVA LUIS	V		8	145,520	18,190	0	0	18,190	0	0
	6223716	4 C NIEVA LUIS	L L L					0	0		0	0
16	6223754	4 C CAMPO JORGE	V		18	213,436	26,679	0	0	26,679	0	0
17	6223758	3 C CARMONA EULISES				199,355	24,919	0	0	24,919	0	0
18	6223782	8 C ESCOBAR DOMINGUEZ				199,263	24,907	0	0	24,907	0	0
19	6224929	8 C RENGIFO EFRAIN				298,427	37,303	0	0	37,303	0	0
20	6224944	1 C PAZ CARLOS				241,416	30,177	0	0	30,177	0	0
21	6224958	6 C OTERO JOSE				209,599	26,199	0	0	26,199	0	0
22	6226964	7 C MORENO JOSE				285,098	35,636	0	0	35,636	0	0
23	6255756	6 C PISTALA JOSE	L L L			360,172	45,021	0	0	45,021	0	0
24	6402474	6 C BARONA HERMES	V		4	178,199	22,274	0	0	22,274	0	0
25	6402687	7 C VILLACORTE SERVIO	L L L			252,947	31,618	0	0	31,618	0	0
26	6402861	2 C ARTEAGA LUIS				207,195	25,899	0	0	25,899	0	0
27	6403269	8 C GRANJA OMAR	V		26	276,096	34,512	0	0	34,512	0	0
28	6403398	1 C HURTADO BENITO				369,948	46,243	0	0	46,243	0	0
29	6414897	3 C ESTRADA ABSALON				185,958	23,231	0	0	23,231	0	0
30	10557155	6 C RAMIREZ SEGUNDO				211,800	26,475	0	0	26,475	0	0
31	13809729	9 C CHITAN LUIS				451,691	56,461	0	0	56,461	4,516	0
32	16284326	9 C RAMIREZ MORALES ED	L L L			180,323	22,540	0	0	22,540	0	0
33	16368414	4 C IDARRAGA JOHN				386,436	48,304	0	0	48,304	0	0
34	16640973	5 C ANGULO JOSE			6	289,429	36,178	0	0	36,178	0	0
	16640973	5 C ANGULO JOSE	L L L					0	0		0	0
35	16750277	9 C MARTINEZ JOSE				163,343	20,417	0	0	20,417	0	0
36	16859834	9 C VIVAS MIGUEL	L L L			217,925	27,240	0	0	27,240	0	0
37	16883640	8 C RAMIREZ JOSE				222,369	27,796	0	0	27,796	0	0
38	16883742	3 C ARIAS ARMANDO	L L L			175,255	21,906	0	0	21,906	0	0
39	16884004	6 C CHAUX MARTIN				301,138	37,642	0	0	37,642	0	0
40	16884922	6 C OTERO HOLGER				237,983	29,747	0	0	29,747	0	0
41	16887357	1 C ESCOBAR RIGOBERTO	L L L			211,421	26,427	0	0	26,427	0	0
42	16988939	5 C SANCHEZ MIGUEL				350,235	43,779	0	0	43,779	0	0
43	16988977	5 C ORTIZ GERARDO			19	276,782	28,347	0	0	28,347	0	0
44	16988888	8 C ROJAS MANFREDY				303,878	37,984	0	0	37,984	0	0
45	16989589	7 C IDARRAGA LUIS			5	203,586	25,448	0	0	25,448	0	0
		** T o t a l **				11273,482	1409,167			1409,167	9,971	

MAYABOEZ S.A.

GERENCIA CORPORATIVA
RECIBIDO

ssi19 FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

PAGINA 2

PERIODO DE COTIZACION	FONDO PENSION	OPERACION	FORMA DE REPORTE
9502	COLPATRIA	Pago Parcial	listado

1 TRABAJADOR DEPENDIENTE X

2 NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
3 MAYAGUEZ S.A.	890302547	9	Nit	9325 9326

4 DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
5 Fabrica Candelaria	Candelaria	Valle

Cons.	Numero	V	D	EMPLEADO	P	S	R	COT	D/S	VALOR ND RETENIDO	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	SANCION F.S.P.	SANCION MORA
46	16988466	7	C	VASQUEZ JESUS							281,698	25,212	0	0	25,212	0	0
47	16988481	0	C	DURAN LUIS			L	L	L		238,998	28,674	0	0	28,674	0	0
48	16988645	9	C	NUEVERO SEGUNDO							304,699	38,087	0	0	38,087	0	0
49	16988496	4	C	ORDONEZ JESUS							316,675	39,586	0	0	39,586	0	0
50	16988737	8	C	RIVERA CARLOS			L			44	267,724	32,840	0	0	32,840	0	0
51	16988844	9	C	BASTIDAS ALVARO			I			37	178,714	22,339	0	0	22,339	0	0
52	16988852	7	C	PINCHAO RODRIGO							340,759	41,369	0	0	41,369	0	0
53	16989091	8	C	OLAYA JOSE			L	L	L		275,018	34,377	0	0	34,377	0	0
54	16989139	6	C	RUIZ JULIO			L	L	L		335,909	31,988	0	0	31,988	0	0
55	16989140	6	C	RIVERA DONALDO			L	L	L		167,569	20,946	0	0	20,946	0	0
56	16987229	2	C	SAAVEDRA LUIS					V	20	593,136	74,142	0	0	74,142	5,931	0
57	16989316	8	C	ACOSTA MIGUEL							183,599	22,949	0	0	22,949	0	0
58	16989358	7	C	HURTADO ELMER							229,875	28,111	0	0	28,111	0	0
59	16989387	8	C	BOLAÑOS NICANOR							330,824	41,253	0	0	41,253	0	0
60	16989574	9	C	DIAZ DIEGO							420,187	52,523	0	0	52,523	4,201	0
61	16989608	8	C	ALEGRIA FREDDY			L	L	L		246,277	30,784	0	0	30,784	0	0
62	16989681	1	C	TRABA RAUL							247,287	30,910	0	0	30,910	0	0
63	16989857	8	C	OREJUELA LUIS			L	L	L		177,245	22,155	0	0	22,155	0	0
64	16989861	6	C	TRUJILLO MOLANO			L	L	L		256,756	32,094	0	0	32,094	0	0
65	18101674	3	C	CAICEDO JESUS			L	L	L		299,814	37,476	0	0	37,476	0	0
66	31629944	1	C	AZA SANDRA			L	L	L		221,586	27,698	0	0	27,698	0	0
67	87478371	1	C	BOTINA PEDRO							252,750	31,593	0	0	31,593	0	0
68	87538695	0	C	PORTILLA CALIXTO							292,575	36,571	0	0	36,571	0	0
69	94050101	1	C	QUINONES JESUS			L	L	L		277,570	34,696	0	0	34,696	0	0
70	94277073	5	C	VENTE PERIGNO							259,989	32,498	0	0	32,498	0	0
71	94294066	9	C	RODRIGUEZ CARLOS					V	18	164,629	20,578	0	0	20,578	0	0
72	94298251	8	C	PRADO MIGUEL			C	L	L		290,424	36,303	0	0	36,303	0	0
73	94295034	8	C	MORALES LUCIO					V	25	264,214	33,026	0	0	33,026	0	0
	94295034	8	C	MORALES LUCIO			L	C	L				0	0	0	0	0
74	94295312	0	C	PEÑAFIEL DAGOBERTO							434,976	54,372	0	0	54,372	4,349	0
75	94298413	6	C	TORRES LUIS							204,205	25,535	0	0	25,535	0	0
76	94295511	1	C	NINA HARVY			L	C	L		276,402	34,560	0	0	34,560	0	0
77	94295626	8	C	OREJUELA VICTOR			L	L	L		382,531	22,831	0	0	22,831	0	0
78	94297577	4	C	VASQUEZ LOPEZ HECT			L	L	L		174,186	21,763	0	0	21,763	0	0
79	94299404	8	C	TORRES JHON							267,691	33,461	0	0	33,461	0	0
80	94317122	1	C	OLAVE WILMER							317,376	39,672	0	0	39,672	0	0
				TOTALES							20830,998	2502,339			2502,339	24,452	

PERSONA CORPORATIVA
RECIBIDO

CARVAJAL S.A. 1461 Formas Eficientes

19/29

Porvenir
Sociedad de Fomento de Pensiones y Cesantías S.A.
NIT. 800.144.331-3

PENSIONES

FORMULARIO RESUMEN DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

1. PERIODO DE COTIZACION: AÑO MES — NUMERO

E DE CONSIGNACION

CIUDAD	AÑO	MES	DIA
CALI	95	07	10

DE HACE ESTA CONSIGNACION — CODIGO

RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR
MAYAGUEZ S.A.

No. 890.302.594-9

23238-8325

C

CUENTAS FONDOS DE PENSIONES
"X" LA ENTIDAD DONDE HACE LA CONSIGNACION

BANCO DE BOGOTA 000-34343-4
BANCO DE OCCIDENTE 256-03411-7
CORPORACION LAS VILLAS 000-17068-6
PORVENIR

SOLO CHEQUES DE BANCOS LOCALES

No. CUENTA DEL CHEQUE	VALORES
	$
EFECTIVO	-0-
AL CHEQUES A ENTIDAD	
CHEQUES ENTIDADES	
CHEQUES	1.641.499,00
NSIGNACION	1.641.499,00

TES DE PRESENTAR ESTA CONSIGNACION AL SIRVASE ANOTAR AL RESPALDO DEL CHEQUE: .C., NOMBRE Y TELEFONO DEL EMPLEADOR, EL NUMERO DE LA CUENTA DEL FONDO DE S "PORVENIR". EL CHEQUE DEBE ESTAR A NOMBRE DEL FONDO DE PENSIONES Y S PORVENIR S.A.".

FAVOR NO SEPARAR DE LA PLANILLA LA COPIA COMPROBANTE DE CONSIGNACION

1a. COPIA:EMPLEADOR

2. INFORMACION EMPLEADOR

No. DE IDENTIFICACION EMPLEADOR	NIT.	C.C.	C.E.	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR
890.302.594-9	X			MAYAGUEZ S.A.

DIRECCION CORRESPONDENCIA EMPLEADOR	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO	FAX
CALLE 8 #1-31 pisos 2	CALI	VALLE	823238	8326 Ind92274

APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA	C.C. No.	APELLIDOS Y NOMBRES DEL ENCARGADO DEL PERSONAL	TELEFONO
		HERIBERTO HEDMONT ALBAN	8326-8325

3. FIRMA DEL ENCARGADO DEL PERSONAL

PARA INFORMACION ADICIONAL LLAME SIN COSTO
TELEPORVENIR 9800 - 10 - 800
EN SANTAFE DE BOGOTA AL TELEFONO 336 0099

FAVOR NO DILIGENCIAR LOS ESPACIOS SOMBREADOS

4. RESUMEN DE LAS COTIZACIONES

DETALLE	CODIGO	VALORES (SIN CENTAVOS)
COTIZACION OBLIGATORIA	1	1.573.278,00
COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	2	-0-
COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	3	-0-
COTIZACION FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	4	68.221,00
SANCION MORATORIA	5	-0-
TOTAL A PAGAR		1.641.499,00
TOTAL GENERAL DE SALARIO BASE DE COTIZACION		12.586.327,00
TOTAL RETENCION EN LA FUENTE		-0-

5. NUMERO TOTAL DE AFILIADOS REPORTADOS
No. 27

6. HOJA No.
DE 2

2160 005 10606 164 07/10/95 03:20 PM 180
000344343
$$$1,641,499.00

[redacted]

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO			NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERIODO AÑO	MES
890.302.594 - 9	X		MAYAGUEZ S.A.	(95	06

8. DATOS DEL AFILIADO						COTIZACIONES SIN CENTAVOS						15 NOVEDAD (VER CODIGOS AL DORSO)	
NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	9. SALARIO BASE DE COTIZACION ($)	10. COTIZACION OBLIGATORIA	11. COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	11. COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	12. COTIZACION F.S.P.	13. TOTAL COTIZACION POR AFILIADO	14. RETENCION EN LA FUENTE	CODIGO	DIAS TRABAJ.
6.219.780	JARAMILLO			JESUS	278.186,00	34.773,00	-0-	-0-	-0-	34.773,00	-0-		
76.263.605	MINA			JESUS	551.006,00	68.875,00	-0-	-0-	5.510,00	74.385,00	-0-		

FORMULARIO RESUMEN DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

7. COMPROBANTE DE CONSIGNACION

CIUDAD: cali — AÑO: 95 — MES: 08 — DIA: 03

OFICINA DONDE HACE ESTA CONSIGNACION: cali — CODIGO:

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR: MAYAGUEZ S.A.

NIT: X — C.C. — No. 890.302.594-9

TELEFONO: 3238

CUENTAS FONDOS DE PENSIONES
X LA ENTIDAD DONDE HACE LA CONSIGNACION

- BANCO DE BOGOTA 000-34343-4
- BANCO DE OCCIDENTE 256-03411-7
- CORPORACION LAS VILLAS 000-17066-8
- PORVENIR

CONSIGNE SOLO CHEQUES DE BANCOS LOCALES

CODIGO BANCO	No. CUENTA DEL CHEQUE	VALORES
10		2.124.423,oo
	EFECTIVO	--0-
	TOTAL CHEQUES ENTIDAD	2.124.423,oo
	CHEQUES OTRAS ENTIDADES	
	CHEQUES	2.124.423,oo
	TOTAL CONSIGNACION	2.124.423,oo

NOTA: ANTES DE PRESENTAR ESTA CONSIGNACION AL CAJERO, SIRVASE ANOTAR AL RESPALDO DEL CHEQUE: EL NIT, O.C.C., NOMBRE Y TELEFONO DEL EMPLEADOR, ASI COMO EL NUMERO DE LA CUENTA DEL FONDO DE PENSIONES "PORVENIR". EL CHEQUE DEBE ESTAR GIRADO A NOMBRE DEL FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS "PORVENIR S.A.".

FAVOR NO SEPARAR DE LA PLANILLA LA COPIA DEL COMPROBANTE DE CONSIGNACION

2. INFORMACION EMPLEADOR

No. DE IDENTIFICACION EMPLEADOR	NIT	C.C.	C.E.	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR
890.302.594-9	X			MAYAGUEZ S.A.

DIRECCION CORRESPONDENCIA EMPLEADOR	CIUDAD	DEPARTAMENTO	TELEFONO	FAX
CALLE 8 #1-31 piso 2	cali	valle	823238	8326

APELLIDOS Y NOMBRES DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA	C.C. No.	APELLIDOS Y NOMBRES DEL ENCARGADO DEL PERSONAL	TELEFONO
		HERIBERTO HEDMONT A.	8325

MAYAGUEZ S.A. OFICINA DE PERSONAL

3. FIRMA DEL ENCARGADO DEL PERSONAL

PARA INFORMACION ADICIONAL LLAME SIN COSTO
LLAME PORVENIR 9800-10 800
EN SANTAFE DE BOGOTA AL TELEFONO 936 0003

FAVOR NO DILIGENCIAR LOS ESPACIOS SOMBREADOS

4. RESUMEN DE LAS COTIZACIONES

DETALLE	CODIGO	VALORES (SIN CENTAVOS)
COTIZACION OBLIGATORIA	1	2.042.304,oo
COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	2	-0-
COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	3	-0-
COTIZACION FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	4	82.119,oo
SANCION MORATORIA	5	0
TOTAL A PAGAR		2.124.423,oo
TOTAL GENERAL DE SALARIO BASE DE COTIZACION		16.338.552,oo
TOTAL RETENCION EN LA FUENTE		0

5. NUMERO TOTAL DE AFILIADOS REPORTADOS
No. 10

6. HOJA No. 1 DE 3

1a. COPIA: EMPLEADOR

22/29

RESUMEN DE VOLANTE DE PAGO

CLASE DE APORTANTE: 1 | TIPO DE APORTANTE: 1 | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR: MAYAGUEZ S.A.

NIT: 890.302.594-9 | D.V.: 9 | X | PERIODO: AÑO 95 MES julio

A. DATOS DEL AFILIADO													
1 NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	9 SALARIO BASE DE COTIZACION ($)	10 COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACIONES SIN CENTAVOS 11 COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	TRABAJADOR	12 COTIZACION F.S.P.	13 TOTAL COTIZACION POR AFILIADO	14 RETENCION EN LA FUENTE	15 NOVEDAD (DIAS/CODIGOS AÑO) CODIGO	DIAS
4,429,944	GUERRERO	G.	JORGE	DE JESUS	424,816	53,102				53,102			
4,852,707	HOLZINGER	HURTADO	EDWIN		788,665	98,583			7,886	106,469			
6,219,780	JARAMILLO		JESUS	MARIA	263,609	32,951				32,951			
6,219,808	NAVARRETE	AGUILLAR	LUIS		234,935	29,354				29,354			
[illegible]8,989	RODRIGUEZ	ALVARADO	JOSE	JAIRO	231,509	28,938				28,938			
[illegible]0,201	CUARAN		JESUS		264,858	33,107				33,107			
[illegible]20,239	DIAZ	ORTIZ	LUIS		295,262	36,907				36,907			
6,311,606	TASCON	BENITEZ	BERNARDO		523,856	65,482			5,238	70,720			
6,400,738	GUERRERO	GUNZALEZ	VICTOR	MANUEL	386,584	48,323				48,323			
6,403,804	FLOREZ	DIAZ	OSCAR		282,459	35,307				35,307			
15,324,126	GAMBOA	HOLGUIN	LUIS	ERNESTO	348,217	43,527				43,527			
16,263,090	GARCIA	BECERRA	VICTOR	MANUEL	739,773	92,471			7,397	99,868			
16,264,739	POSSO	MEJIA	LUIS	FERNANDO	350,596	43,824				43,824			
16,272,193	LIZARAZO	JAIME	EDUARDO		1,265,832	158,229			12,658	170,887			
16,282,340	ESCARRIA	SANMIGUEL	JAIME	A.	507,098	63,387			5,070	68,457			
16,540,311	MUÑOZ	ROJAS	HECTOR	FABIO	930,000	116,250			9,300	125,550			
16,669,023	TELLO	NARVAEZ	GUILLERMO	LEON	306,789	38,348				38,348			
[illegible]3,944	PANTOJA	CORDOBA	JORGE	ENRIQUE	1,084,339	135,624			10,843	146,473			
[illegible]1,666	RIVERA	GAMBOA	FERNANDO	ROBERTO	621,578	77,697			6,215	83,912			
[illegible]1,209	VELEZ	MUÑOZ	NELLY	EDENEY	674,118	84,264			6,741	91,005			
29,701,799	LUCUMI	BENITEZ	PATRICIA		306,789	38,348				38,348			
31,175,064	JARAMILLO	B	MARTHA	ROCIO	399,002	49,875				49,875			
31,957,232	LEDESMA	SUAREZ	EDILMA		306,789	38,348				38,348			
38,547,610	ARCE	ECHAVARRI	HELDY	JASMINE	421,295	52,536				52,536			
38,940,497	BURRERO	GORDILLO	AMANDA		0	0				0			
TOTALES DE ESTA PAGINA					VIENE	1,434,782			71,354	1,566,136			

PARA MÁS DE 25 EMPLEADOS, UTILICE TANTAS HOJAS DE DETALLE COMO SEAN NECESARIAS

HOJA No. 1 DE 2

— COPIA: EMPLEADOR —

102

23/29

890,302,594	29	x		MAYAGUEZ S.A.	PERIODO AÑO 95 MES 08 julio

DATOS DEL AFILIADO						COTIZACIONES SIN CENTAVOS					
1 NUMERO DE C.C. O IDENTIFICACION	2 PRIMER APELLIDO	3 SEGUNDO APELLIDO	4 PRIMER NOMBRE	5 SEGUNDO NOMBRE	9 SALARIO BASE DE COTIZACION (8)	10 COTIZACION OBLIGATORIA	11 COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	11 COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	12 COTIZACION F.S.P.	13 TOTAL COTIZACION POR AFILIADO	14 RETENCION EN LA FUENTE
66,704,238	VELEZ	CORREA	ADIELA		251,997	31,499				31,499	
66,755,863	QUINTERO	LOPEZ	SANDRA	PATRICIA	464,013	58,001				58,001	
66,771,908	RIVEROS	TORO	GLORIA	CRISTINA	200,240	25,030				25,030	
66,830,974	DRADA	BUITRAGO	JACQUELINE		545,593	68,199			5,455	73,654	
66,875,142	LEAL	PEREZ	BERITHA	OLIVIA	417,186	52,148				52,148	
7,364	GONZALEZ	VALENCIA	MARIA	CRISTINA	292,075	36,509				36,509	
80,540	BELALCAZAR	MARTINEZ	ALBA	RUBY	388,994	48,624				48,624	
66,950,251	RESTREPO	BAENA	PAULA	ANDREA	200,240	25,030				25,030	
72,218,684	VALENCIA	BERNAL	MIGUEL	ANTONIO	178,076	22,259				22,259	
76,263,605	MINA	BERMUDEZ	JESUS		531,092	66,386			5,310	71,696	
76,316,975	MENDOZA	PERDOMO	LUIS	NORBEY	181,180	22,647				22,647	
94,295,800	SUAREZ	BETANCOUR	ORLANDO		174,275	21,784				21,784	
94,298,333	BUSTAMANT	LOPEZ	SERGIO	DE JESUS	140,725	17,590				17,590	
94,299,276	CUERO	SANDOVAL	MOISES		314,413	39,301				39,301	
97,371,071	MOSQUERA	GAVIRIA	HAROLD	IGNACIO	100,121	12,515				12,515	
TOTALES DE ESTA PAGINA					→ 16	547,522			10,765	558,287	

PARA MAS DE 25 EMPLEADOS, UTILICE TANTAS HOJAS DE DETALLE COMO SEAN NECESARIAS

17 HOJA No. 2 DE 2

CODIGOS: 17 CAMPO 18 RETIRO 19 CLASIFICACION 20 SUSPENSION/CONTRATO

— COPIA: EMPLEADOR —

1/2

[redacted]

24/29

No. DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR	NIT	C.C.	C.E.	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	PERIODO AÑO	MES
890.302.594 -9	X			MAYAGUEZ S.A.	(95	06

8. DATOS DEL AFILIADO						COTIZACIONES SIN CENTAVOS					RETENCION EN LA FUENTE	15 NOVEDAD (DIA/MES/AÑO)	
NUMERO DE IDENTIFICACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	9 SALARIO BASE DE COTIZACION ($)	10 COTIZACION OBLIGATORIA	11 COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	11 COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	12 COTIZACION F.S.P.	13 TOTAL COTIZACION POR AFILIADO	14	CODIGO	DIA INGRESO
6.219.780	JARAMILLO			JESUS	278.186,o	34.773,oo	-0-	-0-	-0-	34.773,oo	-0-		
76.263.605	MINA			JESUS	551.006,o	68.875,oo	-0-	-0-	5.510,oo	74.385,oo	-0-		

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

95 AÑO 12 Mes

Porvenir
Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A.

I. DATOS GENERALES

OPERACION (2): [X] DECLARACION [ ] CORRECCION — No. RADICACION

CLASE DE TRABAJADOR (3): [X] TRABAJADOR DEPENDIENTE [ ] TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FORMA DE APORTE (4): [X] NORMAL [ ] MEDIO MAGNETICO — [X] LISTADO

SELLO Y FECHA DE RECEPCION (7): Porvenir AV. ESTACION OF. 003 09 ENE 1996 CAJ 1 RECIBO No. 0756012

COMPROBANTE DE CONSIGNACION (28): AÑO 96 MES 01 DIA 09

A DONDE HACE LA CONSIGNACION: ALI — CODIGO

INFORMACION DEL EMPLEADOR, AGENTE RETENEDOR O TRABAJADOR INDEPENDIENTE (5)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NIT. [X] C.C. [ ] C.E. [ ] — 890.302.594-9
NOMBRE O RAZON SOCIAL: MAYAGUEZ S.A.
DIRECCION CORRESPONDENCIA: CALLE 8 #1-31 piso 2
CIUDAD - DEPARTAMENTO: CALI 7 6 0 0 1
TELEFONO: 823238 FAX: 8326
REPRESENTANTE LEGAL (6): TELEFONO:
ENCARGADO DE PERSONAL (6): HERIBERTO HEDMONT A. TELEFONO: 823238 FAX: 8326

RE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR: VAGUEZ S.A.
C.C. [ ] NIT./No. 890.302.594-9
NO

CUENTA DEL FONDO DE PENSIONES
MARQUE CON UNA EQUIS (X) LA ENTIDAD DONDE HACE LA CONSIGNACION

- [ ] BANCO DE BOGOTA 000-34343-4
- [ ] BANCO DE OCCIDENTE 256-03411-7
- [ ] CORPORACION LAS VILLAS 000.17068-8
- [ ] PORVENIR

NE SOLO CHEQUES DE BANCOS LOCALES

NUMERO DE CUENTA DEL CHEQUE	VALORES
7111359	$ 4.885.741,00
	$
	$
ECTIVO	$ -0-
L CHEQUES TA ENTIDAD	$
L CHEQUES AS ENTIDADES	$
OTAL EQUES	$ 4.885.741,00
OTAL A SIGNAR	$ 4.885.741,00

ES DE PRESENTAR ESTA CONSIGNACION AL CAJERO, SIRVASE RESPALDO DEL CHEQUE: EL NIT. O C.C., NOMBRE Y TELEFONO DOR, ASI COMO EL NUMERO DE LA CUENTA DEL FONDO DE PORVENIR. EL CHEQUE DEBE ESTAR GIRADO A NOMBRE DEL PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

VOR NO SEPARAR DE LA PLANILLA LA DEL COMPROBANTE DE CONSIGNACION

II. AUTOLIQUIDACION

	NUMERO DE IDENTIFICACION (8)	APELLIDOS (8)	PRIMER NOMBRE (9)	NOVEDAD (9)	No. DIAS COTIZADOS (10)	ACTIVIDADES ALTO RIESGO (11)	VALORES NO RETENIDOS POR APORTES (12)	SALARIO BASE DE COTIZACION (13)	COTIZACION OBLIGATORIA (14)	COTIZACION VOLUNTARIA (15) EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA (15) TRABAJADOR	TOTAL COTIZACIONES (16)	F.S.P. (17)
1													
2													
3			VER RELACION ANEXA DOS LISTADOS (Empleados y Trabajadores)										
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
						TOTAL PAGINA (18)	-0-		4.696.308,	-0-	-0-	4.696.308,00	189.433,
						TOTAL AUTOLIQUIDACION (19)	-0-		4.696.308,	-0-	---	4.696.308,00	189.433,

SI EL NUMERO DE TRABAJADORES ES SUPERIOR A 15 ANEXE LAS HOJAS DE DETALLE NECESARIAS.

TRABAJADOR INDEPENDIENTE EMPLEADOR O AGENTE RETENEDOR (20)
NOMBRE HERIBERTO HEDMONT A. OFICINA DE PERSONAL
FIRMA

SOLO PARA TRABAJADORES INDEPENDIENTES (21)
CONCEPTO INGRESO — PORCENTAJE PARTICIPACION %

No. TOTAL DE AFILIADOS (22): 96

(23) HOJA 1 DE 4

PAGO		COTIZACIONES	F.S.P.
	VALOR A PAGAR (24)	4.696.308,00	189.433,
	TIEMPO EN MORA [ ] MESES (25)	-0-	-0-
	TOTAL (26)	4.696.308,00	189.433,

TOTAL GENERAL A PAGAR (27) $4.885.741,00

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES — no.123

FONDO PENSION PORVENIR

PERIODO DE COTIZACION	OPERACION	FORMA DE REPORTE	PAGINA
9512	Pago Parcial	Listado	4

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
NAVARQUEZ S.A	890302594	9	NIT	8326

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Cali	Valle

D C NUMERO V D	EMPLEADO	P S R	DIA VALOR NO COT RETENIDO	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	F.S.P.	SANCION MORA
4429944 5	C GUERRERO G JORGE DE JESUS			484,587	50,573		50,573		
6352767 6	C HOLZINGER HURTADO EDWIN			661,529	82,591		82,591	6,615	
6219808 6	C NAVARRETE AGUILAR LUIS		V 17	234,835	29,354		29,354		
6311066 1	C TASCON BENITEZ BERNARDO			423,557	53,194		53,194		
10131417 6	C RIVAS DIEZ SERGIO HUMBERTO			984,666	123,083		123,083	9,846	
16078058 4	C PEREZ CONSTAIN FELIPE JAVIER			1,085,000	135,625		135,625	10,850	
16254181 4	C FERNANDEZ OCAMPO HERNAN			569,056	71,132		71,132	5,690	
16260810 1	C GARCIA BECERRA VICTOR MANUEL			559,572	69,946		69,946	5,595	
16264739 5	C POSSO MEJIA LUIS FERNANDO		V 17	377,954	47,244		47,244		
16279193 8	C LIZARAZO JAIME EDUARDO			1,193,494	149,187		149,187	11,934	
16282340 1	C ESCARRIA SANMIGUEL JAIME A.			450,370	56,296		56,296		
16347812 2	C AGUDELO DOMINGUEZ JAIME		V 23	961,436	120,179		120,179	9,614	
16540310 0	C MUNOZ ROJAS HECTOR FABIO			930,000	116,250		116,250	9,300	
16620385 9	C FLOREZ SANCHEZ MARCO TULIO		V 17	590,396	73,799		73,799	5,903	
16669029 3	C TELLO NARVAEZ GUILLERMO LEON		V 17	306,789	38,348		38,348		
16677017 4	C ORTIZ NAGANA JESUS HUMBERTO			277,248	34,656		34,656		
16988944 6	C PANTOJA CORDOBA JORGE ENRIQUE			1,084,999	135,624		135,624	10,849	
16989161 1	C DELGADO VELEZ ARMANDO			632,452	79,056		79,056	6,324	
16989666 8	C RIVERA BAMBOA FERNANDO ROBERTO			517,298	64,662		64,662	5,172	
29553781 1	C TRUJILLO PENA MARIA EUGENIA			498,358	61,293		61,293	4,903	
29701289 6	C VELEZ MUNOZ NELLY EDENEY			535,969	66,996		66,996	5,359	
29701799 1	C LOCUMI BENITEZ PATRICIA		V 17	306,789	38,348		38,348		
31152813 6	C AGUIRRE A. MARIA DEL CARMEN			1,157,332	144,666		144,666	11,573	
31175061 4	C JARAMILLO B. MARTHA ROCIO			399,002	49,875		49,875		
31388423 2	C RICO ALZATE HERY			619,999	77,499		77,499	6,199	
51529459 7	C OCAMPO GARCIA NARITZA			369,020	46,128		46,128		
31957237 4	C LEDESMA SUAREZ EDILMA		V 17	306,789	38,348		38,348		
31959866 6	C OSORIO MARIN LUZ MARY			463,112	57,889		57,889		
34547618 5	C ARCE ECHAVARRIA HELDY JASMINE		V 17	420,295	52,536		52,536		
38437648 7	C MEDINA JURADO ESPERANZA			277,248	34,656		34,656		
38944206 1	C GUERRERO BURBANO MARIA ELENA			344,100	43,012		43,012		
66704238 8	C VELEZ CORREA ARTECA		I 23	269,357	31,919		31,919		
66704518 3	C DIAZ CUNDAR GENE AGAR			376,560	47,070		47,070		
66706259 4	C GIL NARVAEZ MARIA CRISTINA			496,593	62,074		62,074	4,965	
66704359 1	C PEREZ SERNA MARIA EUGENIA		I 11	339,925	42,490		42,490		
66731280 1	C JULVAGA MARIA BORLEY			611,820	76,852		76,852	6,148	
66756863 4	C QUINTERO LOPEZ SANDRA PATRICIA			632,745	79,093		79,093	6,327	
66721908 1	C RIVEROS TORO GLORIA CRISTINA			227,500	28,437		28,437		
66824787 4	C BOLANOS BOLANOS ANAICI			279,000	34,875		34,875		
66930274 1	C DRADA BUITRAGO JACQUELINE			543,599	68,199		68,199	5,463	
66875142 2	C LEAL PEREZ BERTHA OLIVIA			399,002	49,875		49,875		
66876076 8	C ALARCON TRIVIRO MARIA NOHELIA			190,285	23,785		23,785		
66877364 4	C GONZALEZ VALENCIA MARIA CRISTINA			250,000	31,250		31,250		
66935251 6	C RESTREPO BAENA PAULA ANDREA			227,500	28,437		28,437		
66953877 1	C VILLEGAS HIDALGO LICIANA ROCIO			227,500	28,437		28,432		
79136108 7	C ACEVEDO OCTAVIO DE JESUS			611,220	88,599		88,599	6,442	
79569327 3	C RODRIGUEZ VIERA JUAN FERNANDO	R R R	19	144,083	18,018		18,018		

Valores S.A.

Porvenir
AV. ESTACION
OF 903
09 ENE 1996
1
RECIBIDO

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES — poi123

FONDO PENSION PORVENIR

PERIODO DE COTIZACION	OPERACION	FORMA DE REPORTE	PAGINA
9512	Pago Parcial	Listado	3

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
MAYAGUEZ S.A.	890302594	9	NIT	9326

DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Fabrica Candelaria	Cali	Valle

NUMERO	T.D.	V.D.	EMPLEADO	P.S.R.	DIAS COT.	VALOR NO. RETENIDO	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	F.S.P.	SANCION MORA
94314550	C	6	MORALES ALEXANDER	R A R			227,500	28,437			28,437		
94364537	C	7	MANYOMA VELASQUEZ PABLO CESAR				799,999	99,999			99,999	7,999	
							1,027,499	128,436			128,436	7,999	
							5,101,913				5,101,913	162,062	

MAYAGUEZ S.A.

Porvenir
AV. ESTACION
OF 803 — 09 ENE. 1996 — CAJ 1
RECIBIDO

1461 Formtool Eficiente © Casavisual s.a.

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

FONDO PENSION: PORVENIR

PERIODO DE COTIZACION / 9512 Diciembre | OPERACION: Pago Parcial | FORMA DE REPORTE: Listado | PAGINA: 1

TRABAJADOR DEPENDIENTE: X

NOMBRE O RAZON SOCIAL: NAVARRETE S.A. | DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 890302594 | D.V.: 9 | TIPO: NIT | TELEFONO: 8325 - 8326

DIRECCION: Fabrica Candelaria | CIUDAD O MUNICIPIO: Candelaria | DEPARTAMENTO: Valle

Cod	Numero	V D	EMPLEADO	P S R	COT. RETENIDO	DIA VALOR NO. INGRESO	BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	F.S.P.	SANCION MORA
1	6219280	4	C BURBANO LUCIANO				325,544	40,693	0	0	40,693	0	0
2	6219780	0	C JARAMILLO JESUS	V	11		172,578	21,572	0	0	21,572	0	0
	6219780	0	C JARAMILLO JESUS	L	L	L			0	0		0	0
3	6219889	2	C RODRIGUEZ JAIRO				194,218	24,276	0	0	24,276	0	0
4	6220066	1	C CUASTUMAL JESUS				234,586	29,313	0	0	29,313	0	0
5	6220201	1	C CUARAN JESUS				276,832	34,604	0	0	34,604	0	0
	6220239	9	C DIAZ LUIS				336,750	42,094	0	0	42,094	0	0
6	6220293	7	C ARCE OMAR	V	26		395,460	49,432	0	0	49,432	3,954	0
7	6221078	1	C RODRIGUEZ ADOLFO				282,989	35,361	0	0	35,361	0	0
8	9	6301827	8	C ZAMBRANO NORBERTO			338,209	42,276	0	0	42,276	0	0
9	10	6305179	1	C ROSALES JORGE			313,611	39,201	0	0	39,201	0	0
10	11	6400738	8	C GUERRERO VICTOR			334,604	41,835	0	0	41,835	0	0
11	12	6401335	1	C BICACHA HERNAN			473,429	59,178	0	0	59,178	4,734	0
12	13	6402679	8	C BENITEZ EIBER			442,489	55,311	0	0	55,311	4,424	0
13	14	6403804	7	C FLOREZ OSCAR			270,832	33,854	0	0	33,854	0	0
14	15	6404408	8	C SANCHEZ FREDY	V	18	187,264	23,408	0	0	23,408	0	0
		6404408	8	C SANCHEZ FREDY	I	4			0	0		0	0
15	16	6529972	8	C MARULANDA GILDARDO	L	L L	366,932	45,866	0	0	45,866	0	0
16	17	10196157	5	C LUNIGA CARLOS			359,607	44,950	0	0	44,950	0	0
17	18	15324126	5	C GAMBOA LUIS			336,932	42,116	0	0	42,116	0	0
18	19	16275010	2	C MOSQUERA OSCAR	L	L L	495,864	61,983	0	0	61,983	6,198	0
19	20	16275949	2	C GRAJALES HERNANDO			227,884	28,485	0	0	28,485	0	0
20	21	16276456	8	C CORREA LEONARDO			414,375	51,796	0	0	51,796	4,143	0
21	22	16278373	4	C SUAREZ JAIME			291,364	36,420	0	0	36,420	0	0
22	23	16361819	1	C ARBELAEZ JOSE	R	R R	138,242	18,280	0	0	18,280	0	0
		16361819	1	C ARBELAEZ JOSE	L	L L			0	0		0	0
23	24	16635977	4	C VIAFARA LUIS	V	1	343,226	42,903	0	0	42,903	0	0
24	25	16760613	1	C ZAMORA JESUS	L	L L	171,810	21,376	0	0	21,376	0	0
25	26	16884249	0	C LOPEZ JOSE			257,892	32,136	0	0	32,136	0	0
26	27	16980032	4	C BURBANO OSCAR			269,786	33,723	0	0	33,723	0	0
27	28	16980036	5	C GUASAPUD HENRY			205,832	25,754	0	0	25,754	0	0
28	29	16980389	4	C PANTOJA GERMAN			192,495	24,061	0	0	24,061	0	0
29	30	16980824	0	C NARVAEZ LUIS			241,673	26,846	0	0	26,846	0	0
30	31	16989098	4	C FUENTES RUBEN			180,920	22,615	0	0	22,615	0	0
31	32	16989586	8	C JURADO HECTOR			270,459	33,807	0	0	33,807	0	0
32	33	16989657	1	C INSUASTI WILSON	L	L L	287,355	35,919	0	0	35,919	0	0
33	34	16989752	1	C NUESES JOSE			272,981	34,122	0	0	34,122	0	0
34	35	16989933	1	C MURIEL MARCOS	L	L L	228,923	28,615	0	0	28,615	0	0
35	36	72148884	3	C VALENCIA BERNAL MI			167,734	20,966	0	0	20,966	0	0
36	37	76263685	8	C MINA JESUS	I	18	227,844	28,480	0	0	28,480	0	0
		76263685	8	C MINA JESUS	L	L L			0	0		0	0
37	38	76316975	1	C MENDOZA LUIS			206,629	25,828	0	0	25,828	0	0
38	39	94294357	0	C BENITEZ CARLOS	V	18	258,436	32,304	0	0	32,304	0	0
39	40	94294443	2	C DELBASTO DIEGO			416,645	52,080	0	0	52,080	4,166	0
40	41	94295264	3	C ROSERO ROMO LUIS H			147,545	18,443	0	0	18,443	0	0
41	42	94295538	8	C AZA JAIME			328,481	41,060	0	0	41,060	0	0
42	43	94295868	3	C SUAREZ ORLANDO			207,345	25,924	0	0	25,924	0	0
43	44	94295944	3	C TUTAL CARLOS	L	L L	197,768	24,720	0	0	24,720	0	0
44	45	94298333	9	C BUSTAMANTE SERGIO			110,934	14,866	0	0	14,866	0	0
45				** T o t a l **			12369,328	1546,149			1546,149	26,371	

Porvenir
AV. ESTACION
OF. 803 | 09 ENE. 1996 | CAJ 1
RECIBIDO

Navegantes S.A.

29/12

ss119

FORMULARIO DE AUTOLIQUIDACION MENSUAL DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

FONDO PENSION: PORVENIR

PERIODO DE COTIZACION	OPERACION	FORMA DE REPORTE	PAGINA
9501	Pago Parcial	Listado	2

TRABAJADOR DEPENDIENTE X

NOMBRE O RAZON SOCIAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	D.V.	TIPO	TELEFONO
MAYAGUEZ S.A.	890302594	9	Nit	8325 - 8326
DIRECCION	CIUDAD O MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
Fabrica Candelaria	Candelaria	Valle		

Cons.	Numero	T D	EMPLEADO	P S R	DIA COT	VALOR NO RETENIDO	INGRESO BASE	COTIZACION OBLIGATORIA	COTIZACION VOLUNTARIA EMPLEADOR	COTIZACION VOLUNTARIA TRABAJADOR	TOTAL COTIZACION	SANCION F.S.P.	SANCION MORA
46	94299276	1	C CUERO NOISES	X	26		25'820	32,477	0	0	32,477	0	0
	94299276	1	C CUERO NOISES	L	L	L			0	0		0	0
47	94466003	1	C DUQUE HARBEY				126,158	15,749	0	0	15,749	0	0
			** T o t a l **				12795,298	1594,395			1594,395	26,371	

Mayaguez S.A.

Porvenir
AV. ESTACION
CAJ 1
OF 09 ENE. 1996
803
RECIBIDO

Radicado - Porvenir S.A.

0203802030447300

2410
Bogotá, 06 SEP 2017

Doctor
ARNULFO OLAYA GARAY
Oficial Mayor
JUZGADO SEGUNDO PENAL MUNICIPAL
J02pmpalptotej@cendoj.ramajudicial.gov.co
Carrera 20 No 21 – 64 Palacio de Justicia
Teléfono 8282075
Puerto Tejada, Cauca

REFERENCIA: Acción de Tutela No. 2017-00066-00 del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** contra **PORVENIR S.A.**
Oficio No. 583 del 30 de agosto de 2017
Ref. Rad. Porvenir. 7103802005528900
CC. 5242615
T.N. 9004606

Respetado Doctor:

En respuesta a su oficio No. 583 del 30 de agosto de 2017, radicado en esta Sociedad Administradora el 4 de septiembre del presente año, respetuosamente nos permitimos informarle lo siguiente:

El señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 5242615, mediante acción de tutela solicita la inclusión en nómina de pensionados, teniendo en cuenta el dictamen proferido por AXA Colpatria.

Mediante comunicación del 6 de septiembre de 2017, esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo a dicha solicitud, donde se manifiesta que de acuerdo al dictamen proferido por AXA Colpatria, será incluido en la nómina de octubre 2017, precisando que si hay lugar a retroactivo, el mismo se verá reflejado junto con la nómina.

Así las cosas, en este caso concreto nos encontramos frente a un hecho superado, de conformidad con lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia número T-100 del 08 de Marzo de 1995, en la cual expresó lo siguiente:

> *"Si la situación de hecho que genera la violación o la amenaza ya ha sido superada, el instrumento constitucional de defensa pierde su razón de ser. Es decir la orden que pudiere impartir el juez, ningún efecto podría tener en cuanto la efectividad de los derechos presuntamente conculcados, el proceso carecería de objeto y la tutela resultaría, entonces, improcedente..."*

Por consiguiente y de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiteradas sentencias nos permitimos señalar que esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo a lo solicitado por el accionante.

ES IMPORTANTE RECORDAR QUE LA DEBIDA ATENCIÓN AÚN DERECHO DE PETICIÓN NO IMPLICA ACCEDER FAVORABLEMENTE A LO SOLICITADO, SINO RESOLVER DE FONDO LA PETICIÓN EXPLICANDO LAS RAZONES DE HECHO Y DE DERECHO POR LAS CUALES NO SE ACCEDE A LO PEDIDO CUANDO ELLO CORRESPONDE, TAL Y COMO HA SIDO SEÑALADO POR LA CORTE CONSTITUCIONAL EN MÚLTIPLES SENTENCIAS.

En estas condiciones solicitamos de manera respetuosa desestimar la presente acción de tutela contra PORVENIR S.A. por las razones de hecho y de derecho antes expuestas, teniendo en cuenta que es un hecho superado y no se está vulnerado ningún derecho fundamental y las actuaciones de esta Sociedad Administradora se han desarrollado y surtido conforme a las normas que rigen la materia.

En los anteriores términos atendemos la solicitud y quedamos a su disposición para suministrarle cualquier información adicional que considere necesaria, para lo cual podrá comunicarse al Conmutador (1) 3393000 Ext. 75850.

Nuestra dirección de notificación es en la Carrera 13 No. 26 A – 65, Torre B en Bogotá D.C. O en su defecto, esta Sociedad Administradora ha dispuesto el correo electrónico notificacionesjudiciales@porvenir.com.co o el fax (1) 3390116 para la recepción de correspondencia.

Sin otro particular del señor Juez,

Cordialmente,

DIANA MARTÍNEZ CUBIDES
Directora de Litigios
Porvenir S.A.
DMC/ Yeny R.

Radicado - Porvenir S.A.

0200001146155600

06 SET. 2017

2410
Bogotá D.C

Señores
NUBIA BELEN SALAZAR (Apoderado)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Calle 19 N° 17-40
PUERTO TEJADA -CAUCA

Ref.: Rad. Porvenir N.A.
Afiliado: **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**
CC. 5242615
T.N. N.A
DEF - BEN

Respetados Señores:

Reciba un cordial saludo de PORVENIR S.A.

En atención a la solicitud de reactivación de pago por reclamación de Invalidez radicada en nuestras oficinas el pasado 04 de Septiembre de 2017, nos permitimos informarle que ha sido aprobada conforme a la documentación aportada al trámite y a la información analizada. Ya que se determinó que cumplió con el requisito previsto en el artículo 46 de ley 100 de 1.993, modificado por el artículo 12 de la ley 797 de 2.003 el cual a su vez fue declarado parcialmente inexequible por la corte constitucional en sentencia c-556 de agosto 20 de 2009 y demostró la calidad de beneficiarios de acuerdo al artículo 13 de la 797 de 2003.

De esta manera se procederá a realizar el pago en la nómina del mes de Octubre de 2017.

Cualquier aclaración, información, o solicitud sobre el trámite de la prestación económica reclamada podrá ser atendida en cualquiera de nuestras oficinas. Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoria interna fax No 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 de Bogotá.

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Directora de Litigios
Yeny R. /Leidy Tatiana C.

Servientrega S.A. NIT 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C., Colombia Av Calle 6 No. 34A - 11
Atención al usuario: www.servientrega.com. 7 700 200 FAX: 7 700 380 ext 110045.

Piezas: 1

Fecha:06/09/2017 Hora:14:33
Fecha prog entrega:

DOCUMENTO UNITARIO GUIA No. **285715608**

DESTINATARIO

PJD 120	CIUDAD: PUERTO TEJADA	
	CAUCA	F.P: CREDITO
	NORMAL	M.T: TERRESTRE

NUBIA BELEN SALAZAR (APODERADO)
CL 19 17-40

Tel: 1 D.I/NIT: Cod. Postal:191501
País: COLOMBIA E-mail:

DATOS ENVIO

Dice Contener: SP-01468350

		Vol	0 / 0 / 0
Vr. Declarado:	$ 5.000	Peso (Vol)	0 Peso(Kg): 1
Vr. Flete:	$ 8,800.00	No. Factura:	
Vr. Sobreflete:	$ 300.00	No Remisión:	
Vr. Total:	$ 9,100.00	No Sobreporte:	
		No Guía Retorno:	285715619
		Ref1:	200001146155600

Observaciones para la entrega: C.C. 2410 DIANA MARTINEZ

REMITENTE

Nombre: PORVENIR S.A.
Dirección: CRA. 13 26 A -65

Tel: 3393000 D.I/NIT: 800144331 Cod. Postal: : 110311
Ciudad: BOGOTA Departamento: CUNDINAMARCA
País: COLOMBIA e-mail: demartinezm@porvenir.com.co

Ministerio de Transporte Licencia No. 885 de Marzo 5/2001. MINTIC: Licencia No. 1776 de Sept. 7/2010.
DG-S-CL-DM-F-57 V.2

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

SERVIENTREGA
Centro de Soluciones

SUBPRODUCTO

FECHA DÍA	MES	AÑO	HORA
FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA DÍA	MES	AÑO	

Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C., Colombia Avenida Calle 6 No. 34 A - 11. Atención al usuario: www.servientrega.com. 7 700 200 FAX: 7 700 380 ext. 110045
Lic. Min. Transporte Nº 805 de Marzo 5/2001. Lic. MINTIC Nº1776 Sept. 7/2010

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

GUÍA CRÉDITO No. 1136080923

CODIGO DESTINO	CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO	MODO DE TRANSPORTE	TIEMPO DE ENTREGA	FORMA DE PAGO

REMITENTE
Nombre: [illegible] S.A.
Dirección: A [illegible]NTRO DE ATENCION INTEGRAL
[illegible]ORTE # 14 BRR SA
[illegible]AR
Ciudad: País:
Dpto: D.I./NIT: 8144231/40/1
e-mail: Tel/cel:

DESTINATARIO
Nombre:
Dirección:
e-mail:
Cód. Postal: D.I./NIT:
Tel/cel: País:

DATOS ENVIO
VOL (Largo / Ancho / Alto)
PESO(Kg):
PESO(Vol):
PIEZAS: 1
No. Sobreporte:
No. Remisión:
No. Factura:
No. Bolsa Seguridad:

Vr. Declarado:	Vr. Flete: [illegible]	Vr. Sobreflete:	Vr. Total:	Rel. 2:
Dice contener:		Observaciones para la entrega:	Observaciones en la entrega:	
Quien entrega:				

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVIO

1	2	3	
☐	☐	☐	Desconocido
☐	☐	☐	Rehusado
☐	☐	☐	No reside
☐	☐	☐	No reclamado
☐	☐	☐	Dirección errada
☐	☐	☐	Otros (Novedad operativa/Cerrado)

FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:
1 HORA / DÍA / MES / AÑO
2 HORA / DÍA / MES / AÑO
3 HORA / DÍA / MES / AÑO

FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE
/ DÍA / MES / AÑO

FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.

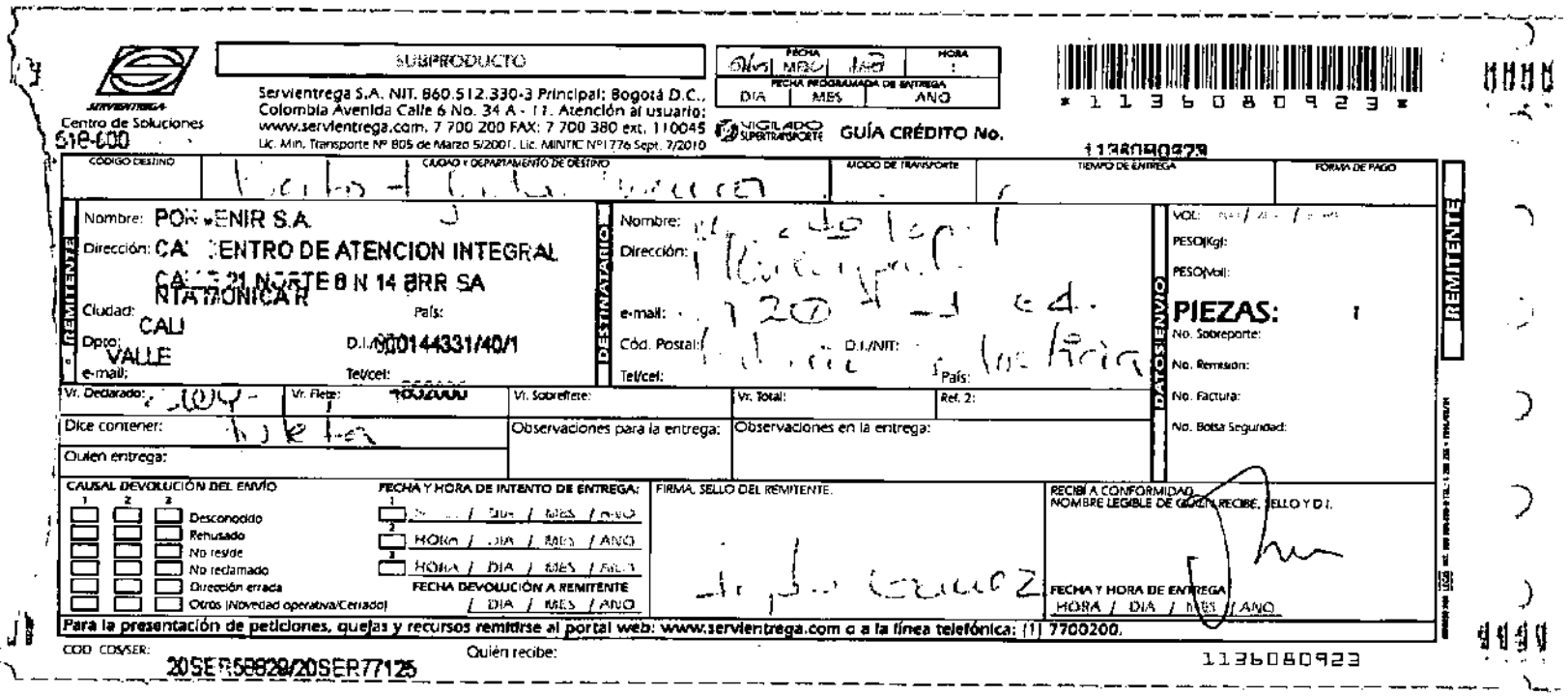
RECIBÍ A CONFORMIDAD.
NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.

FECHA Y HORA DE ENTREGA:
HORA / DÍA / MES / AÑO

Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web: www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.

COD COSSER: [illegible]SER 7126
Quién recibe:

1136080923



SUBPRODUCTO

FECHA: DIA 06 MES MAR AÑO 19 HORA 1

FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA: DIA MES AÑO

Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C., Colombia Avenida Calle 6 No. 34 A - 11. Atención al usuario: www.servientrega.com. 7 700 200 FAX: 7 700 380 ext. 110045 Lic. Min. Transporte Nº 805 de Marzo 5/2001. Lic. MINTIC Nº1776 Sept. 7/2010

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

GUÍA CRÉDITO No. 1136080923

Centro de Soluciones 618-000

CÓDIGO DESTINO | CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO | MODO DE TRANSPORTE | TIEMPO DE ENTREGA | FORMA DE PAGO

REMITENTE

Nombre: POR VENIR S.A.

Dirección: CA CENTRO DE ATENCION INTEGRAL CA 21 NORTE 6 N 14 BRR SA NTA MONICA R

Ciudad: CALI

País:

Depto: VALLE

D.I./NIT: 900144331/40/1

e-mail:

Tel/cel:

DESTINATARIO

Nombre:

Dirección:

e-mail:

Cód. Postal:

D.I./NIT:

Tel/cel:

País:

DATOS ENVIO

VOL: [illegible]

PESO(Kg):

PESO(Vol):

PIEZAS: 1

No. Sobreporte:

No. Remesa:

No. Factura:

No. Bolsa Seguridad:

REMITENTE

Vr. Declarado: 2.100 | Vr. Flete: 7000000 | Vr. Sobreflete: | Vr. Total: | Ref. 2:

Dice contener: [illegible]

Observaciones para la entrega:

Observaciones en la entrega:

Quien entrega:

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO

1 2 3

- Desconocido
- Rehusado
- No reside
- No reclamado
- Dirección errada
- Otros (Novedad operativa/Cerrado)

FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:

1 HORA / DIA / MES / AÑO

2 HORA / DIA / MES / AÑO

3 HORA / DIA / MES / AÑO

FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE: / DIA / MES / AÑO

FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.

RECIBÍ A CONFORMIDAD. NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.

FECHA Y HORA DE ENTREGA: HORA / DIA / MES / AÑO

Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remítirse al portal web: www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.

COD COSSER: 20SER58829/20SER77125

Quién recibe:

1136080923

Buen día,

Por medio del escrito adjunto procedemos a contestar el requerimiento realizado por ese Despacho dentro de la acción de tutela de la referencia, por lo cual agradecemos **confirmar el recibo de este mensaje al correoyarodriguez@porvenir.com.co.**

Ahora bien, teniendo en cuenta el artículo 291 del Código General del Proceso por medio del cual se reconoce la posibilidad de realizar las notificaciones por correo electrónico, nos permitimos comunicarles que las únicas direcciones de correo electrónico dispuestas por la ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES PORVENIR S.A. para recibir todas aquellas providencias proferidas por autoridades judiciales son: notitutelasbpaccionante@porvenir.com.co SOLAMENTE para las acciones de tutela en los que el accionante es PORVENIR S.A., para todos los demás trámites judiciales se deberá surtir la notificación al emailnotificacionesjudiciales@porvenir.com.co

Nuestra dirección de notificación es en la Carrera 13 No. 26 A – 65, Torre B en Bogotá D.C. O en su defecto, esta Sociedad Administradora ha dispuesto el fax (1) 3390116 para la recepción de correspondencia.

Cordialmente,

YENY ANDREA RODRIGUEZ R.

Analista II

Dirección de Litigios

Gerencia Jurídica

Tel. 3393000 Ext 75850

yarodriguez@porvenir.com.co

Dirección General

porvenir

2410
Bogotá,

Doctor
ARNULFO OLAYA GARAY
Oficial Mayor
JUZGADO SEGUNDO PENAL MUNICIPAL
J02pmpalptotej@cendoj.ramajudicial.gov.co
Carrera 20 No 21 – 64 Palacio de Justicia
Teléfono 8282075
Puerto Tejada, Cauca

REFERENCIA: Acción de Tutela No. 2017-00066-00 del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** contra **PORVENIR S.A.**
Oficio No. 583 del 30 de agosto de 2017
Ref. Rad. Porvenir. 7103802005528900
CC. 5242615
T.N. 9004606

Respetado Doctor:

En respuesta a su oficio No. 583 del 30 de agosto de 2017, radicado en esta Sociedad Administradora el 4 de septiembre del presente año, respetuosamente nos permitimos informarle lo siguiente:

El señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 5242615, mediante acción de tutela solicita la inclusión en nómina de pensionados, teniendo en cuenta el dictamen proferido por AXA Colpatria.

Mediante comunicación del 6 de septiembre de 2017, esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo a dicha solicitud, donde se manifiesta que de acuerdo al dictamen proferido por AXA Colpatria, será incluido en la nómina de octubre 2017, precisando que si hay lugar a retroactivo, el mismo se verá reflejado junto con la nómina.

Así las cosas, en este caso concreto nos encontramos frente a un hecho superado, de conformidad con lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia número T-100 del 08 de Marzo de 1995, en la cual expresó lo siguiente:

> *"Si la situación de hecho que genera la violación o la amenaza ya ha sido superada, el instrumento constitucional de defensa pierde su razón de ser. Es decir la orden que pudiere impartir el juez, ningún efecto podría tener en cuanto la efectividad de los derechos presuntamente conculcados, el proceso carecería de objeto y la tutela resultaría, entonces, improcedente…"*

Por consiguiente y de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiteradas sentencias nos permitimos señalar que esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo a lo solicitado por el accionante.

porvenir

ES IMPORTANTE RECORDAR QUE LA DEBIDA ATENCIÓN AÚN DERECHO DE PETICIÓN NO IMPLICA ACCEDER FAVORABLEMENTE A LO SOLICITADO, SINO RESOLVER DE FONDO LA PETICIÓN EXPLICANDO LAS RAZONES DE HECHO Y DE DERECHO POR LAS CUALES NO SE ACCEDE A LO PEDIDO CUANDO ELLO CORRESPONDE, TAL Y COMO HA SIDO SEÑALADO POR LA CORTE CONSTITUCIONAL EN MÚLTIPLES SENTENCIAS.

En estas condiciones solicitamos de manera respetuosa desestimar la presente acción de tutela contra PORVENIR S.A. por las razones de hecho y de derecho antes expuestas, teniendo en cuenta que es un hecho superado y no se está vulnerado ningún derecho fundamental y las actuaciones de esta Sociedad Administradora se han desarrollado y surtido conforme a las normas que rigen la materia.

En los anteriores términos atendemos la solicitud y quedamos a su disposición para suministrarle cualquier información adicional que considere necesaria, para lo cual podrá comunicarse al Conmutador (1) 3393000 Ext. 75850.

Nuestra dirección de notificación es en la Carrera 13 No. 26 A – 65, Torre B en Bogotá D.C. O en su defecto, esta Sociedad Administradora ha dispuesto el correo electrónico notificacionesjudiciales@porvenir.com.co o el fax (1) 3390116 para la recepción de correspondencia.

Sin otro particular del señor Juez,

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Directora de Litigios
Porvenir S.A.
DMC/ Yeny R.

Radicado - Porvenir S.A

0200001146155600

06 SET. 2017

2410
Bogotá D.C

Señores
NUBIA BELEN SALAZAR (Apoderado)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Calle 19 N° 17-40
PUERTO TEJADA -CAUCA

Ref : Rad. Porvenir N.A.
Afiliado: **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**
CC. 5242615
T.N. N.A
DEF - BEN

Respetados Señores:

Reciba un cordial saludo de PORVENIR S.A

En atención a la solicitud de reactivación de pago por reclamación de Invalidez radicada en nuestras oficinas el pasado 04 de Septiembre de 2017, nos permitimos informarle que ha sido **aprobada** conforme a la documentación aportada al trámite y a la información analizada. Ya que se determinó que cumplió con el requisito previsto en el articulo 46 de ley 100 de 1.993, modificado por el articulo 12 de la ley 797 de 2 003 el cual a su vez fue declarado parcialmente inexequible por la corte constitucional en sentencia c-556 de agosto 20 de 2009 y demostró la calidad de beneficiarios de acuerdo al articulo 13 de la 797 de 2003.

De esta manera se procederá a realizar el pago en la nómina del mes de Octubre de 2017.

Cualquier aclaración, información, o solicitud sobre el trámite de la prestación económica reclamada podrá ser atendida en cualquiera de nuestras oficinas. Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoria interna fax No 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 de Bogotá.

Cordialmente.

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Directora de Litigios
Yeny R. /Leidy Tatiana C.

Servientrega S.A. NIT 860.512.330-3 Principal Bogotá D.C., Colombia Av Calle 6 No. 34A - 1°
Atención al usuario www.servientrega.com 7 720 200 FAX 7 720 200 ext 110045

Piezas: 1

Fecha:06/09/2017 Hora:14:33
Fecha prog entrega:

DOCUMENTO UNITARIO GUIA No. **285715608**

DESTINATARIO

PJD 120	PUERTO TEJADA	
	CAUCA	CREDITO
	NORMAL	TERRESTRE

NUBIA BELEN SALAZAR (APODERADO)
CL 19 7-40

Tel: 1 D.I/NIT Cod. Postal: 191501
País: COLOMBIA e-mail:

DATOS ENVIO

Tipo Producto: SP-0146835

Vr. Declarado:	$ 5.000	Vol:	0 / 0 / 0
Vr. Flete:	$ 0.000 00	Peso Vol: 0	Peso Kg: 1
Vr. Sobreflete:	$ 300.00	No. Factura:	
Vr. Total:	$ 9.100.00	No Remisión:	
		No Sobreporte:	
		No Guia Retorno:	285715619

Ref1: 20060114P155800

Observaciones para la entrega: CC: 1410 DIANA MARTINEZ

REMITENTE

Nombre: SERVIENTREGA S.A.
Dirección: CRA. 13 26 A-45

Tel: 3360000 D.I/NIT: 900744337 Cod. Postal: 11311
Ciudad: BOGOTA Departamento: CUNDINAMARCA
País: COLOMBIA e-mail: cemail.sistema@servientrega.com.co

Ministerio de Transporte Licencia No. 338 de Marzo 8 2001. MINTIC Licencia No. 1776 de Oct. 7 2013
DO 6 CUDM F 87%2

Radicado - Porvenir S.A.

0200001146155600

06 SET. 2017

2410
Bogotá D.C

Señores
NUBIA BELEN SALAZAR (Apoderado)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Calle 19 N° 17-40
PUERTO TEJADA -CAUCA

Ref.: Rad. Porvenir N.A.
Afiliado: **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**
CC. 5242615
T.N. N.A
DEF - BEN

Respetados Señores:

Reciba un cordial saludo de PORVENIR S.A.

En atención a la solicitud de reactivación de pago por reclamación de Invalidez radicada en nuestras oficinas el pasado 04 de Septiembre de 2017, nos permitimos informarle que ha sido **aprobada** conforme a la documentación aportada al trámite y a la información analizada. Ya que se determinó que cumplió con el requisito previsto en el artículo 46 de ley 100 de 1.993, modificado por el artículo 12 de la ley 797 de 2.003 el cual a su vez fue declarado parcialmente inexequible por la corte constitucional en sentencia c-556 de agosto 20 de 2009 y demostró la calidad de beneficiarios de acuerdo al artículo 13 de la 797 de 2003.

De esta manera se procederá a realizar el pago en la nómina del mes de Octubre de 2017.

Cualquier aclaración, información, ó solicitud sobre el trámite de la prestación económica reclamada podrá ser atendida en cualquiera de nuestras oficinas. Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoría interna fax No 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 de Bogotá.

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Directora de Litigios
Yeny R. /Leidy Tatiana C.

Radicado de salida: 4207412036044700

Servicios Postales Nacionales S.A.
NIT 900 062917-9
DG 25 G 95 A 55
Línea Nal: 01 8000 111 210

REMITENTE
Nombre/ Razón Social
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA - Juzgado Municipal 001 P
Dirección:Calle 8 No 7-45
Ciudad:CANDELARIA_VALLE DEL CAUCA
Departamento:VALLE DEL
Código Postal:
Envío:RN714274777CO

DESTINATARIO
Nombre/ Razón Social:
PORVENIR S.A FONDO DE PENSIONES
Dirección:CARRERA 13 # 26A- 65
Ciudad:BOGOTA D.C.
Departamento: BOGOTA D.C.
Código Postal:110311094
Fecha Admisión:
21/02/2017 08:00:00

Radicado - Porvenir S.A.
0100222077327900
2410
D
1A: 8783307

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PRIMERO PROMISCUO MUNICIPAL
CANDELARIA (VALLE)

OFICIO No. C 187 Candelaria (V.) febrero 16 de 2017

Señores:
PORVENIR SA Fondo de Pensiones.
Carrera 13 No. 26ª-65
Bogotá – Cundinamarca

PROCESO: ACCION DE TUTELA
Accionante. DANY SANCHEZ ORDONEZ agente oficiosa de APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Accionado. FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA
Radicación. 76 130 40 89 001-2017-00019-00

Para efectos de la notificaciòn pertinente, me permito comunicarle que este juzgado profirio sentencia No. 011 del 15 de febrero de 2017, que en su parte resolutiva expuso:

*"**PRIMERO: CONCEDER** la protección a los Derechos Fundamentales al mínimo vital y seguridad social del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ. SEGUNDO: ORDENAR** al Fondo de Pensiones y Cesantías **PORVENIR S.A.**, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente decisión, de no haberlo hecho, sin más dilación realice todos los trámites administrativos necesarios incluyendo él envió de la documentación requerida a **AXA COLPATRIA** para proceder con la calificación de pérdida de capacidad laboral del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ;** de igual manera se ordena a **AXA COLPATRIA** que sin más preámbulos una vez recibido los documentos proceda con la calificación del accionante y emita la resolución correspondiente. **TERCERO.- NEGAR** la protección al derecho fundamental del Debido Proceso invocado por el accionante en lo que tiene que ver con el trámite del bono pensional, conforme lo expuesto en la parte motiva de esta providencia, por lo que se le conmina a acercarse a las oficinas de Porvenir y proceder con el trámite respectivo exigido por estos para el diligenciamiento del precitado bono. **CUARTO: TUTELAR** el derecho fundamental de PETICION del señor APOLINAR SANCHEZ; en consecuencia se ordena al Fondo de Pensiones y Cesantías PORVENIR **S.A.**, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente decisión, de no haberlo hecho, sin más dilación de respuesta de fondo al derecho de petición radicado por el agenciado el día 20 de septiembre de 2016, notificándole la decisión. **QUINTO:** El Desacato a lo ordenado se sancionará en la forma prevista en los artículos 52 y 53 del Decreto 2591 de 1991. **SEXTO: NOTIFIQUESE** esta decisión por el medio más expedito y eficaz. **SEPTIMO: ENVIESE** a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, en caso de que este fallo no fuese impugnado. (FDO) JESUS ANTONIO MENA ARANGO. Juez."*

Atentamente,

MONICA ANDREA HERNANDEZ ALZATE
Secretaria

porvenir sólo hay uno
DISTRIBUIDOR BTA. CTRO. INT. - C.C. 2311
22 FEB 2017
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

22FEB '17 AM10:13
PORVENIR S.A.

De: contacto@porvenir.com.co

Para: j01pmcandelaria@cendoj.ramajudicial.gov.co

CC: j01pmcandelaria@cendoj.ramajudicial.gov.co

Fecha: 09/02/2017 16:14

Asunto: Respuesta a su requerimiento.8765225

Buen día,

Por medio del escrito adjunto procedemos a contestar el requerimiento realizado por ese Despacho dentro de la acción de tutela de la referencia, por lo cual agradecemos **confirmar el recibo de este mensaje al correogasegura@porvenir.com.co.**

Ahora bien, teniendo en cuenta el artículo 291 del Código General del Proceso por medio del cual se reconoce la posibilidad de realizar las notificaciones por correo electrónico, nos permitimos comunicarles que las únicas direcciones de correo electrónico dispuestas por la ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES PORVENIR S.A. para recibir todas aquellas providencias proferidas por autoridades judiciales son: notitutelasbpaccionante@porvenir.com.co SOLAMENTE para las acciones de tutela en los que el accionante es PORVENIR S.A., para todos los demás trámites judiciales se deberá surtir la notificación al emailnotificacionesjudiciales@porvenir.com.co

Nuestra dirección de notificación es en la Carrera 13 No. 26 A – 65, Torre B en Bogotá D.C. O en su defecto, esta Sociedad Administradora ha dispuesto el fax (1) 3390116 para la recepción de correspondencia.

Cordialmente

Gustavo Andres Segura Lozano

Analista II

Radicado de salida: 4207412031192400

Abogado Gerencia Jurídica

Tel: 3393000 Ext. 75051

gasegura@porvenir.com.co

Dirección General

porvenir

sólo hay uno

2410

Candelaria,

Doctora
MONICA ANDREA HERNANDEZ ALZATE
Secretaria
JUZGADO PRIMERO PROMISCUO MUNICIPAL
Candelaria – Valle del Cauca
E.S.D

REFERENCIA: Acción de Tutela No. 76 130 40 89 001-2017-00019-00 de **DANY SANCHEZ ORDOÑEZ agente oficioso de APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** contra **PORVENIR S.A.**
Oficio No. C 117 de fecha 02 de Febrero de 2017
Ref. Rad Porvenir. 0100222077009400
C.C. 5242615
T.N. 8765225

DIANA MARTÍNEZ CUBIDES, mayor de edad, obrando en calidad de Directora de Litigios de la Administradora de Fondo de Pensiones y Cesantías PORVENIR S.A, en esta ciudad, por medio del presente escrito y estando en tiempo para ello procedo a contestar la tutela de la referencia en los siguientes términos:

Respecto al derecho de petición de fecha 20 de septiembre de 2016, mediante el cual el accionante solicitó copia de la documentación enviada a Colpatria, dicha petición fue resuelta mediante correo electrónico de fecha 27 de septiembre de la misma anualidad. (Se adjunta correo)

Conforme a lo solicitado por el despacho se ajunta escrito dirigido a Colpatria con anexos, sin embargo, no se adjunta la historia clínica del afiliado por cuanto consta de 217 folios y dado que la presente respuesta se envia por correo electrónico no es posible adjuntarlos.

LA PETICIÓN DEL ACCIONANTE CONSTITUYE UN HECHO SUPERADO. NO VULNERACIÓN NI AMENAZA DE DERECHOS FUNDAMENTALES

TITULO I.

SOLICITUD DE RECALIFIACIÓN

En atribución a las facultades conferidas en el artículo 44 de ley 100 de 1993 esta Sociedad Administradora solicitó al accionante documentos para proceder con la revisión del estado de invalidez en los términos de la citada norma

Artículo 44 de ley 100 de 1993:

"El estado de invalidez podrá revisarse:

a) Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado y

b) Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa"

La documentación solicitada fue aportada por el accionante solo hasta el día 01 de febrero de 2016, como consta en los sellos de radicado de PORVENIR S.A., documentos que fueron remitidos a AXXA COLPATRIA con el fin de que dicha entidad proceda a ratificar, modificar, o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para liquidación de la pensión

TITULO II.

BONO PENSIONAL

Sea lo primero indicar que esta Sociedad Administradora no emite, ni expide bonos pensionales, limitándose su labor a llevar a cabo las gestiones tendientes a la conformación, emisión, reconocimiento y pago de los bonos pensionales cuando a ellos hubiera lugar, por mandato legal conforme a lo reglado en el artículo 20 del decreto 656 de 1994.

Los bonos pensionales son títulos de deuda pública que representan los periodos cotizados (150 semanas) y/o el tiempo laborado con entidades estatales anteriores al traslado de régimen de prima media al régimen de ahorro individual, siempre y cuando se acrediten los requisitos establecidos en el artículo 2 del decreto 1299 de 1994. Cuyo fin único es contribuir con el financiamiento de las pensiones en el régimen de ahorro individual con solidaridad en los términos del artículo 64 de la ley 100 de 1993.

Entidades responsables de los bonos pensionales:

- Emisor corresponde a la última entidad responsable a si el tiempo de cotizaciones o servicios fue mayor a 5 años; si ese tiempo fuere menor, el emisor

es la última entidad responsable a la cual el afiliado haya servido o cotizado mayor tiempo

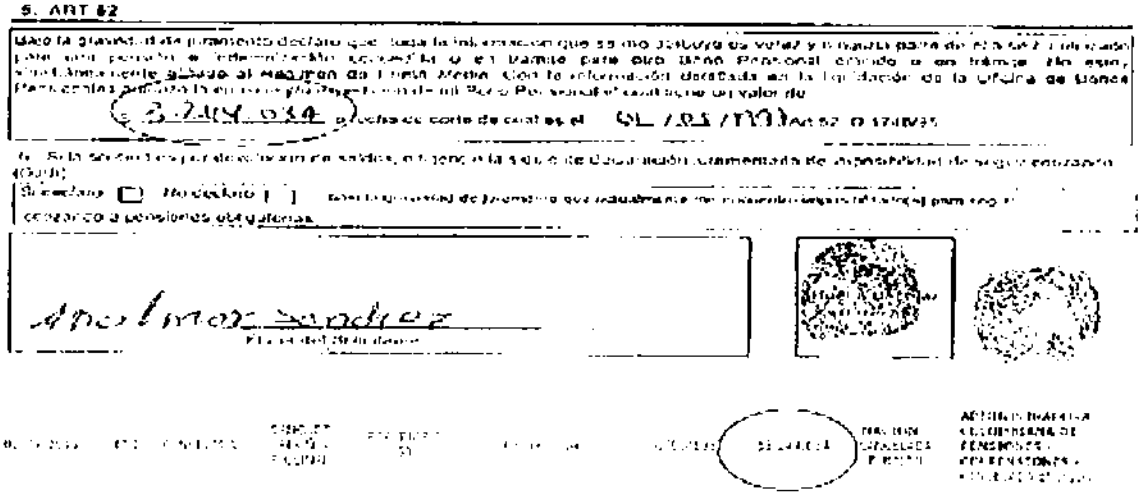
- Contribuyente corresponde a cualquiera de las demás entidades responsables de contribuir con el emisor con la cuota parte correspondiente del valor del bono pensional.

Conformación de la historia laboral con destino a bono pensional:

Para el presente caso corresponde al Instituto de Seguros Sociales hoy Colpensiones certificar a través de un archivo masivo en la página interactiva de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público las cotizaciones efectuadas por los empleadores al antiguo Instituto de Seguros Sociales en los términos del artículo 5 del decreto 3798 de 2003.

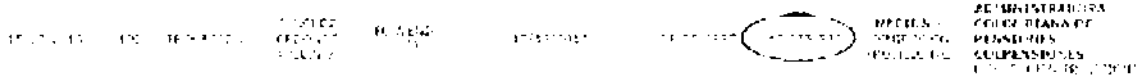
> *"Artículo 5°. Archivos masivos. El único archivo laboral masivo válido para la emisión de bonos pensionales a cargo de la Nación será el entregado por el Instituto de Seguros Sociales, ISS, a la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público debidamente certificado por el representante legal del ISS. En caso de que la persona cuente con una certificación individual expedida por el ISS, cuya información no coincida con la del archivo laboral masivo, prima la certificación individual y el ISS deberá proceder a realizar los ajustes en su archivo laboral masivo. Los demás archivos laborales masivos que hayan sido suministrados a la Oficina de Bonos Pensionales sólo se tendrán en cuenta como información preliminar que deberá ser verificada y sometida al proceso de certificación establecido por las normas vigentes, teniendo en cuenta que presentan inconsistencias y ausencia de información que no permiten su utilización"*

Conforme a lo anterior Porvenir S.A., procedió a solicitarle al señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ., la validación aceptación y firma para con posterioridad solicitar la emisión del bono pensional.



Sin embargo con posterioridad a la aceptación, aprobación del afiliado y solicitud de emisión de Porvenir S.A., Colpensiones modificó la historia laboral impidiendo así la emisión y pago del bono pensional, por tanto se requiere que el señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ firme nuevamente liquidación de bono con el fin de solicitar nuevamente emisión y pago.

Liquicación modificada



Es de resaltar que dicha modificación se debe a un cargue adicional de semanas lo que incrementa el valor del bono pensional, sin embargo dicha modificación es atribuible a Colpensiones, situación que ha impedido finalizar el proceso de emisión y pago.

Por lo anteriormente expuesto se hace necesario vincular a Colpensiones para que no siga modificando las liquidaciones y la Nación Ministerio de Hacienda como entidad emisora del bono pensional.

TITULO III.
DEBE CONFORMARSE EL CONTRADICTORIO Y VINCULARSE A COLPENSIONES, NACIÓN y A LA OFICINA DE BONOS PENSIÓNALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (OBP)

Sea lo primero indicar que el C.P.C en su artículo 83 señala.

> *"LITISCONSORCIO NECESARIO E INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO: Artículo modificado por el artículo 1, numeral 35 del Decreto 2282 de 1989. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando el proceso verse sobre relaciones o actos jurídicos respecto de los cuales, por su naturaleza o por disposición legal, no fuere posible resolver de mérito sin la comparecencia de las personas que sean sujetos de tales relaciones o que intervinieron en dichos actos, la demanda deberá formularse por todas o dirigirse contra todas; **si no se hiciere así, el juez en el auto que admite la demanda ordenará dar traslado de ésta a quienes falten para integrar el contradictorio, en la forma y con el término de comparecencia dispuestos para el demandado.***
>
> ***En caso de no haberse ordenado el traslado al admitirse la demanda, el juez dispondrá la citación de las mencionadas personas, de oficio o a petición de parte, mientras no se haya dictado sentencia de primera instancia, y concederá a los citados el mismo término para que comparezcan..."* (sic) (subraya y negrilla fuera del texto).**

Siendo ello así, se observa, como se explicará a través del presente escrito, que DEBE VINCULARSE DENTRO DE LA PRESENTE ACCION **A LA OFICINA DE BONOS PENSIÓNALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (OBP) y a**

porvenir

sólo hay uno

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, , litis consorcio necesario sin el cual la autoridad judicial no puede resolver de mérito.

Se hace necesario vincular a:

COLPENSIONES

- Por cuanto modificó con posterioridad a la aceptación por parte de la accionante la historia laboral que sirvió para solicitar la emisión del bono, situación que generó una detención al proceso de emisión por variación del valor del bono.
- Una vez levantada la detención generada deberá reconocer el cupón a su cargo.

NACIÓN – MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO

- Es el emisor del bono pensional por tanto una vez se levante la detención que presenta deberá emitir el cupón a su cargo.
- Dentro de sus funciones se encuentra el reconocimiento, liquidación, emisión y pago de los bonos pensionales y cuotas partes a cargo de la Nación

Se destaca que el LITIS CONSORCIO NECESARIO con a COLPENSIONES, y a la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y crédito Público, **Es indispensable a efectos de evitar una NULIDAD. Al respecto la Corte Constitucional** ha indicado en varias oportunidades que debe declararse la nulidad cuando no se integre correctamente la litis. **Veamos:**

> *"De hecho, a partir de tales parámetros en los Autos 073 y 315 de 2006 las Salas Tercera y Novena de Revisión concluyeron: "Cuando, durante el proceso de tutela, en la primera y segunda instancia, **la causa pasiva ha sido integrada incorrectamente o una parte con un interés legítimo no ha sido notificada, la Corte Constitucional ha encontrado que se configura una causal de nulidad del proceso de tutela y ha considerado que el procedimiento adecuado consiste en devolver el expediente al juez de instancia con la finalidad que subsane el vicio y se integre correctamente el contradictorio.".***
>
> **(Auto A-159/07del veintiocho (28) de junio de 2007)**

Es de resaltar que esta Sociedad Administradora no emite, ni expide bonos pensionales, limitándose su labor a llevar a cabo las gestiones tendientes a la conformación, emisión, reconocimiento y pago de los bonos pensionales cuando a ellos hubiera lugar, por mandato legal conforme a lo reglado en el artículo 20 del decreto 656 de 1994.

PORVENIR

Vida Hay Más

TITULO IV.
PRETENSIÓN

En virtud de lo antes expuesto solicitamos muy respetuosamente a su Despacho DENEGAR o DECLARAR IMPROCEDENTE la presente acción de tutela en contra de PORVENIR S.A. ya que es claro que esta Sociedad Administradora no ha vulnerado derecho fundamental alguno accionante por los motivos arriba expuestos y en su lugar CONMINAR A AXXA COLPATRIA emita nuevo dictamen con fundamento en la información allegada.

Respecto al proceso de bono pensional CONMINAR al señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ firmar nueva liquidación de bono pensional, así mismo una vez sea firmada nueva historia laboral ORDENAR a COLPENSIONES en su calidad de contribuyente del bono pensional y a la NACIÓN MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO en su calidad del emisor proceder con la emisión y pago del bono pensional.

En los anteriores términos atendemos la solicitud y quedamos a su disposición para suministrarle cualquier información adicional que considere necesaria, para lo cual podrá comunicarse al Conmutador (1) 3393000 Ext. 75051.

Nuestra dirección de notificación es en la Carrera 13 No. 26 A – 65, Torre B en Bogotá D.C. O en su defecto, esta Sociedad Administradora ha dispuesto el correo electrónico notificacionesjudiciales@porvenir.com.co o el fax (1) 3390116 para la recepción de correspondencia.

Del señor Juez

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Directora de Litigios

DMC / Gustavo Segura

De: contactoz@porvenir.com.co

Para: rolin8777@hotmail.es

CC:

Fecha: 27/09/2016 13:13

Asunto: Respuesta a su requerimiento 8619029

104

Bogotá D.C.

Señor

APOLINAR SÁNCHEZ ORDOÑEZ

rolin8777@hotmail.es

Ref. Rad. Porvenir: 010380302517040O
CC: 5242615
I.N: 8619029
COR - BENEF

Reciba nuestro cordial saludo.

En atención a su solicitud relacionada con la documentación enviada a la aseguradora AXA Colpatria, le informamos lo siguiente:

Realizada la validación correspondiente en nuestra base de datos, le remitimos copia de la comunicación enviada el 3 de mayo de 2016, mediante la cual esta Administradora solicitó a la aseguradora la recalificación de su Pérdida de Capacidad Laboral (PCL)

Así mismo, anexamos comunicación mediante la cual dicha aseguradora el 1 de junio de 2016, nos solicitó documentos adicionales para el estudio correspondiente

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras

Radicado de salida: 4207412028634300

Por favor no responda este mensaje, corresponde a un buzón automático de envío de información.

PAOLA ANDREA ÁLVAREZ CARVAJAL

Atención Integral a Clientes

PASA A LA C

siendo los N 1

Radicado - Porvenir S.A.

0230001130922600

547 03 MAYO 2016

Bogotá D.C.,

Señora
VIANEY BONELO BASTO
Profesional de Previsionales Vida y Soat
AXA COLPATRIA
Avenida Carrera 15 No 106 – 65 Piso 2
Bogotá D.C

Ref. Rad Porvenir 01038090241166C0
CC. 5242615
T.N. 8399288
COR BEN

Respetada Señora,

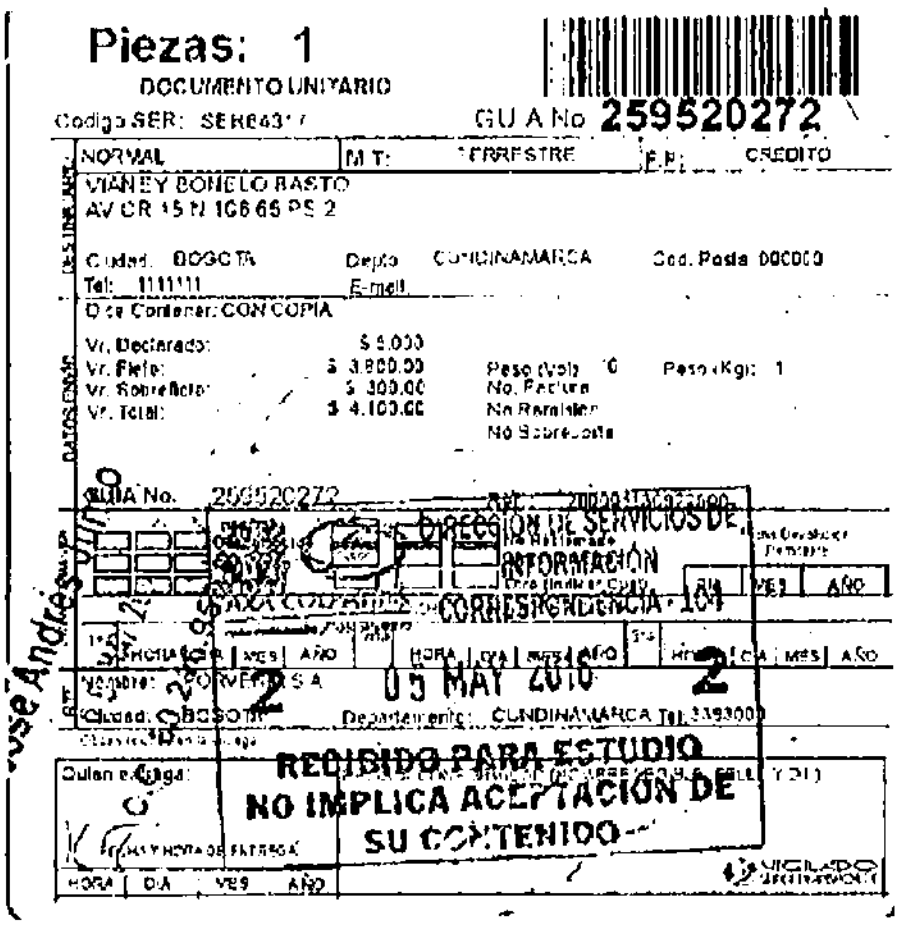
Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A.

Por medio de la presente, nos permitimos remitir la documentación pertinente, para dar gestión al proceso de Recalificación de nuestro afiliado APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado con cédula de ciudadanía No 5242615. Quien manifiesta, estar invalido para continuar con sus actividades laborales. Así las cosas, se adjunta información actualizada para que la misma se tenga en cuenta y procedamos a dar cumplimiento con lo solicitado. Toda vez, que la entidad que cancelo en su momento el PREVISONAL se encuentra a cargo de COLPATRIA.

Lo anterior teniendo en cuenta que de conformidad con el Decreto 2463 2001 y el Artículo 44 de la ley 100 de 1993 (el estado de invalidez podrá revisarse cada 3 años) y en este caso en particular, la definición de pensión por invalidez fue otorgada en el año 2008. Es decir, ya han transcurrido 3 años desde la última calificación.

Cordialmente,

DIRECCIÓN DE SERVICIO AL PENSIONADO PORVENIR S.A.
William T



Piezas: 1

DOCUMENTO UNITARIO

Codigo SER: SER643[illegible]

GUIA No 259520272

NORMAL | M T: TERRESTRE | F P: CREDITO

VIANEY BONELO BASTO
AV CR 15 N 106 65 PS 2

Ciudad: BOGOTA Depto CUNDINAMARCA Cod. Postal 000000

Tel: 1111111 E-mail

Dice Contener: CON COPIA

Vr. Declarado: $ 5.000
Vr. Flete: $ 3.800,00
Vr. Sobreflete: $ 300,00
Vr. Total: $ 4.100,00

Peso (Vol): 0 Peso (Kg): 1
No. Piezas
No Remitido
No Sobreporte

GUIA No. 259520272

DIRECCION DE SERVICIOS DE INFORMACION

CORRESPONDENCIA - 104

05 MAY 2016

RECIBIDO PARA ESTUDIO NO IMPLICA ACEPTACIÓN DE SU CONTENIDO

Quien entrega:

FIRMA Y HORA DE ENTREGA

HORA | DIA | MES | AÑO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA

579
()
TN 8399288

CPCL - BEN

Radicado - Porvenir S.A.

0103809024116600

Documentos Básicos para el Proceso de Valoración de Pérdida de Capacidad Laboral

porvenir Pensiones y Cesantías Porvenir

Nombre del Afiliado MOLINA SANCHEZ

C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ N° Documento 5242615 De IBAGUE - NARIÑO

Oficina CALI CENTRO Páginas 22

Centro de Costos 579

Físico

Proceso de Calificación del Estado de Invalidez — Verificación Oficina

		SI	NO
ANG	1. Anexo 3 completamente diligenciado en todos los campos con letra legible.	✓	
DIA	2. Fotocopia del documento de identidad del afiliado al 150%.	✓	
AHC	3. Autorización de conocimiento de historia clínica con firma y huella dactilar del afiliado	✓	
HCA	4. Historia Clínica completa que incluya valoraciones, conceptos y tratamiento de los últimos doce meses.	✓	
CRIE	5. Concepto de Rehabilitación en original de la EPS. Este debe contener como mínimo: fecha de expedición, diagnóstico, pronóstico, secuelas, concepto NO FAVORABLE y origen común		✓
ECA	6. Exámenes Complementarios (como resultado de imágenes diagnósticas de laboratorio, y afines).	✓	
CEPS	7. Certificado con las Relación de las incapacidades expedido por la EPS.		✓
OCJ	8. Dictamen de Junta Regional y/o Nacional si con anterioridad fué calificado.		✓
HCA	9. Carta del afiliado aclarando si el origen de las patología a estudiar se encuentran en apelación o no.	✓	

⚠ Recuerde que:

1. Recibido no implica aceptación, la lista de documentos entregada esta sujeta a verificación y control, por tal motivo puede ser susceptible de modificaciones, las cuales se informarán oportunamente al peticionario.
2. Para iniciar el proceso es requisito indispensable que radique la documentación completa y en el orden indicado anteriormente.
3. No se aceptan medios magnéticos.
4. Para los casos de Régimen Subsidiado (SISBEN) se debe aportar Historia Clínica actualizada, no es necesario Concepto de Rehabilitación.

Observaciones: Relacion con reclamacion de Pension exp PI 73991. Migrado Horizonte.

Validación de Documentos Recibidos por el Área Responsable

Firma

Fecha: Año | Mes | Día

Nombre

Espacio para Sello de Correspondencia

Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Firma Consultor

Firma

Fecha: Año 2016 | Mes 02 | Día 01

Nombre Katerine Hernandez

Firma Afiliado Apolinar Sanchez

Fecha: Año 2016 | Mes 02 | Día 01

"En Porvenir tramitar su solicitud de valoración PCL es fácil y rápido, no necesita tramitador"

Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dinero a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoría interna fax N° 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 en Bogotá

BEN - CPCL

Check List – Validación Documental

Valoración PCL

Valid. 1	Valid. 2	Documentos – Validación
☐	☑	• ANG → Anexo G completamente diligenciado en todos los campos con letra legible
☑	☑	• DIA → Fotocopia del documento de identidad del afiliado al 150%
☑	☑	• AHC → Autorización de conocimiento de historia clínica ☑ Firma ☑ Huella dactilar del afiliado
☐	☑	• RCA → Historia clínica completa que incluya valoraciones, concepto y tratamiento de los últimos doce (12) meses.
☐	☐	• CRIE → Concepto de Rehabilitación en original de la EPS. Esta debe contener como mínimo: ☐ Fecha de expedición ☐ Diagnóstico ☐ Pronóstico ☐ Secuelas ☐ Concepto NO FAVORABLE / DESFAVORABLE y origen común Nota: Para los casos de Régimen Subsidiado – Sisbén no es necesario Concepto de rehabilitación.
☐	☑	• ECA → Exámenes Complementarios (si aplica).
☐	☐	• CEPI → Certificado con la relación de las incapacidades expedido por la EPS. ☐ Continuidad hasta el día 540 y origen común
☐	☐	• CEJ → Dictamen de Junta Regional o Nacional si con anterioridad fue calificado
☐	☑	• HCA → Carta del afiliado aclarando si el origen de la patología a estudiar se encuentran en apelación o no
	☑	<u>Documentos Adicionales</u> • Check List – Validación Documental (con doble firma)
	☐	• Asignación de tarea de intensión pensión o emisión de bono pensional

porvenir
Oficina Call Center
MOD. 6 01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Firma validación - Inicial

Nombre y apellido

Firma validación - segunda

Nombre y apellido

Importante

- ✓ **Para iniciar el proceso es requisito indispensable que radique la documentación completa**
- ✓ **Realizar la foliación / código según el orden indicado**

Anexo

Ciudad y fecha

Señores:
Porvenir S.A
Ciudad

porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLINICA E HISTORIA LABORAL

Yo, Apolinar Sanchez Ordoñez identificado con C.C [X] C.E [ ] número 5.242.615, expedida en: Leiva - Nariño autorizo en forma expresa a Seguros de Vida Alfa S.A y demás entes del Sistema General de Seguridad Social encargados de la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, para tener acceso y copia de mi historia clínica incluyendo todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados, así como también a mi historia laboral, en desarrollo del artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y de la resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud.

Cordialmente,

FIRMA PACIENTE: Apolinar Sanchez
NOMBRE: Apolinar Sanchez
No. Identificación: 5.242.615
Dirección: Ortigal - Cauca
Teléfono: 3148944060

AHC

DATOS DE HISTORIA CLÍNICA

CIUDAD: Quito
FECHA: 01-02-2016
NOMBRE: Apolinar Sanchez Ordoñez
CÉDULA: 5242.615

porvenir
Oficina Call Center
MOD. 6 31 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

A continuación relacione el nombre de la Entidades Promotoras de Salud a que ha estado afiliado (tanto como afiliado directo como beneficiario de servicios) y al frente las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud que le brindaron los servicios en cada caso:

EPS	IPS
Seguro Social	Hospital San José de Popayan
AIC (Asociación de Indig. del Cauca)	

A continuación relacione el nombre de las entidades de Planes de Beneficios, Pólizas de Seguros, Compañías de Medicina Prepagada, Regímenes Especiales, Clínicas o Médicos Particulares a que ha estado afiliado (como afiliado directo o beneficiario de servicios) o que le han brindado servicios médicos

OBSERVACIONES:

Certifico bajo gravedad de juramento, que esas son las únicas entidades en las que he recibido atención medica.

FIRMA DEL PACIENTE:

Apolinar Sanchez

No. Identificación: 5.242.615

4-72 Servicios Postales Nacionales S.A.
NIT 900 062917-9
DG 25 G 95 A 55
Línea Nal: 01 8000 111 2
REMITENTE
Nombre/ Razón Social: CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA - Juzgado Municipal 001 P
Dirección: Calle 8 No 7-45
Ciudad: CANDELARIA_VALLE DE CAUCA
Departamento: VALLE DEL
Código Postal:
Envío: RN706806894BCO
DESTINATARIO
Nombre/ Razón Social: PORVENIR S.A. FONDO DE PENSIONES
Dirección: CARRERA 13 # 26A- 6
Ciudad: BOGOTA D.C.
Departamento: BOGOTA D.C.
Código Postal: 110311094
Fecha Admisión: 07/02/2017 08:00:00
Vía Transporte: Ley de cargo [illegible] al 21/05

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PRIMERO PROMISCUO MUNICIPAL
CANDELARIA (VALLE)

Radicado - Porvenir S.A.
0100222077009400

OFICIO No. C 117 Candelaria (V.) febrero 02 de 2017

2410
D
TA: 8765225

8FEB '17 PM2:35
PORVENIR S.A.

Señores:
PORVENIR SA Fondo de Pensiones.
Carrera 13 No. 26ª-65
Bogotá – Cundinamarca

PROCESO. ACCION DE TUTELA
Accionante. DANY SANCHEZ ORDONEZ agente oficiosa de APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Accionado. PORVENIR SA
Radicación. 76 130 40 89 001-2017-00019-00

Para efectos de la notificaciòn pertinente, me permito comunicarle que este juzgado por auto interlocutorio No. 129 de febrero 01 de 2017 ADMITIO la accion de tutela de la referencia, que en su parte resolutiva expuso:

*"**PRIMERO.- ADMITIR** la Acción de Tutela instaurada por la señora **DANY SANCHEZ ORDOÑEZ** quien actúa en calidad de agente oficioso del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** en contra de **PORVENIR S.A** fondo de pensiones. **SEGUNDO. VINCULAR** a **COLPENSIONES** y a **SEGUROS COLPATRIA** por los efectos que pueda producir el fallo que se profiera en la presente acción Constitucional. **TERCERO. CONCEDER** a la Accionada y Vinculadas el término de **un (1) día,** para que se pronuncie sobre los hechos de la presente acción. **CUARTO. OFICIAR** a PORVENIR SA fondo de pensiones, para que a través de su Director, Representante Legal o quien haga sus veces, en el término de **un (1)** día siguiente a la notificación del presente proveído, **informe: a) la razón por la cual no ha dado respuesta a la petición radicada al 20 de septiembre de 2016, igualmente informe porque no se le han suministrado las copias de la documentación remitida a Seguros Colpatria para la recalificación de la perdida labora que son objeto de reclamación por esta vía. ADVIERTASELE** que en caso de no remitir la información requerida en el término concedido, **acarteará responsabilidad, y se tendrán por ciertos los hechos de la presente acción. QUINTO. - TENER** como pruebas, las documentales que se aportan con la solicitud de tutela y todas aquellas que legalmente se traigan con ocasión del presente trámite. **SEXTO.** Citar a la señora DANY SANCHEZ ORDOÑEZ el día **jueves 09 de febrero de 2017 a las 10:30 am,** para que amplíe los hechos que motivaron la acción de tutela instaurada. **SEPTIMO. NOTIFICAR** a las partes por el medio más expedito y eficaz. (fdo) JESUS ANTONIO MENA ARANGO.- Juez".*

Atentamente,

MONICA ANDREA HERNANDEZ ALZATE
Secretaria

porvenir
porvenir OFICINA DE SERVICIOS REG. BOGOTÁ
COD. 4 08 FEB 2017 COD. 114
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Señor
JUEZ MUNICIPAL - REPARTO
CANDELARIA VALLE
E. S. D.

REF: ACCION DE TUTELA

ACCIONANTE: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

AGENTE OFICIOSO: DANY SANCHEZ ORDOÑEZ

ACCIONADO: PORVENIR S.A.

DANY SANCHEZ ORDOÑEZ, identificada como aparece al pie de mi firma, en calidad de agente oficiosa del señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, respetuosamente manifiesto que interpongo ACCION DE TUTELA, contra la entidad PORVENIR S.A., exponiendo los siguientes:

HECHOS

PRIMERO: Actualmente, mi padre APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ cuenta con 54 años de edad y está afiliado a la entidad Porvenir S.A. en Pensiones.

SEGUNDO: El dia 1 de septiembre de 2016 radico formato de trámite de emisión y expedición de Bono Pensional requerido por la entidad PORVENIR S.A., con radicado N°0103803025107700 para el trámite de su pensión de Invalidez.

TERCERO: Mediante respuesta del 24 de octubre de 2016, la entidad Porvenir S.A. manifiesta que no se emitirá el bono pensional teniendo en cuenta la variación en el valor del Bono por las continuas actualizaciones que realiza COLPENSIONES a la oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (OBP), y solicita que diligencie nuevamente *"el formato de emisión anexo e historia laboral firmada,.../),* con el fin de agilizar el trámite del Bono Pensional, pese a que ya se habia radicado.

CUARTO: Por otro lado, El 1 de Febrero de 2016 en la entidad PORVENIR S.A. se radico toda la documentación para la realización de la calificación de la perdida de la capacidad laboral con radicado N°0103809024116600.

QUINTO: Mediante oficio del 8 de septiembre de 2016 la entidad Porvenir S.A., manifiesta que remitió los documentos de recalificación a Seguros Colpatria entidad encargada de realizar el trámite, y que a la fecha no he recibido respuesta alguna de la entidad.

SEXTO: El 20 de septiembre de 2016 solicito mi padre, a PORVENIR S.A. que se le enviara copia de los documentos que la entidad remitió a SEGUROS COLPATRIA, para tener conocimiento del proceso que se está adelantando, con radicado N°0103803025170400, de lo cual a la fecha la entidad no ha dado respuesta.

SEPTIMO: La entidad con su actitud vulnera el derecho fundamental de petición, seguridad social, mínimo vital y debido proceso, debido a que no se me ha

reconocido la pensión de invalidéz, pese a que ha aportado todos los documentos y cumplido con todos los requisitos y trámites que la entidad me exige.

OCTAVO: Actualmente, mi padre no goza de pensión, carece de ingresos suficientes, no superan el salario mínimo y su estado de salud es delicado, se encuentra diagnosticado con Enfermedad de Tejido Conectivo, por lo que requiere de recursos económicos para cubrir los gastos de la enfermedad y así tener una mejor calidad de vida.

PETICION

Ruego señor Juez, tutelar los derechos fundamentales de petición y debido ordenando a la PORVENIR S.A. emita el bono pensional proyectado a 3 meses, para continuar con el trámite de la Pensión de Invalidez.

Y Ruego señor Juez, tutelar los derechos fundamentales de seguridad social, mínimo vital, ordenando a la entidad PORVENIR S.A. de respuesta de fondo a las solicitudes elevadas sobre el tramite Pensional que esta adelantados Seguros Colpatria, esto con el fin de que se le reconozca la Pensión de Invalidez a mi padre.

JURAMENTO

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no he interpuesto acción alguna por los mismos hechos y derechos y que estos son ciertos.

PRUEBAS Y ANEXOS

Téngase como pruebas los siguientes documentos:

1. Copia del memorial de acción de tutela.
2. Copia de documento de identidad de APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
3. Copia de documento de identidad de DANY SANCHEZ ORDOÑEZ
4. Copia de Documentos básicos para el proceso de Valoración de la perdida de la Capacidad laboral radicado el 1 de febrero de 2016
5. Copia de formato de trámite de emisión y/o expedición de bono Pensional con rad. 0103803025107700
6. Copia de carta del 24 de octubre de 2016
7. Copia de respuesta de Porvenir del 8 de septiembre de 2016
8. Copia de solicitud radicada en Porvenir el 20 de septiembre de 2016
9. Autorización para trámite de Pensión.

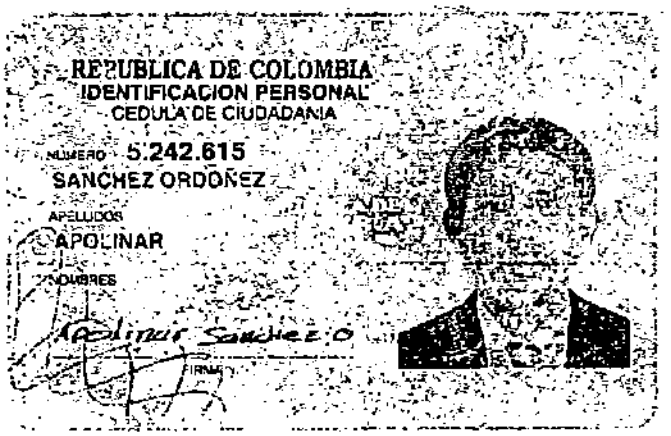
NOTIFICACIONES

La accionante en la carrera 12 N° 11-16 de Villa Gorgona, Candelaria,. Valle; Autorizo enviar comunicación al correo electrónico danysaor@gmail.com
Celular: 3148744050 – 3146421379

La accionada en la Carrera 13 N° 26ª – 65 Bogotá, Colombia.

Atentamente,

Dany Sanchez Ordoñez.
DANY SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 1.113.536.107



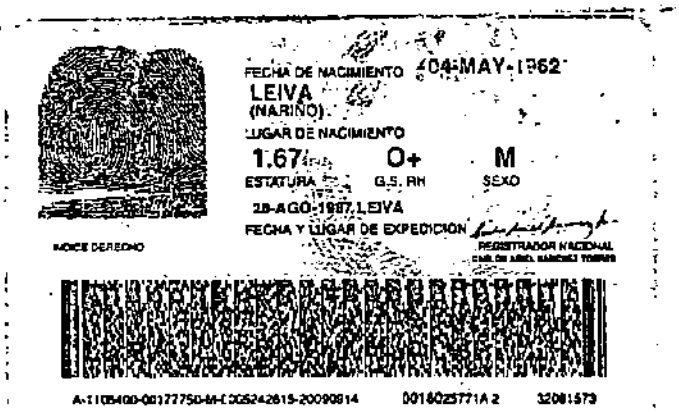
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.242.615
SANCHEZ ORDOÑEZ

APELLIDOS
APOLINAR

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1962
LEIVA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 m
ESTATURA

O+
G.S. RH

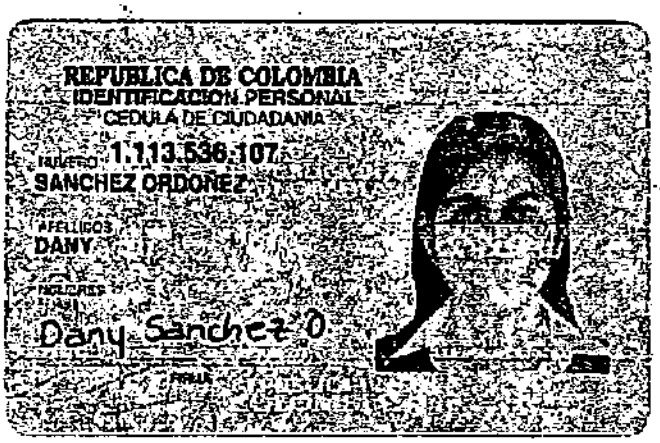
M
SEXO

28-AGO-1987 LEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

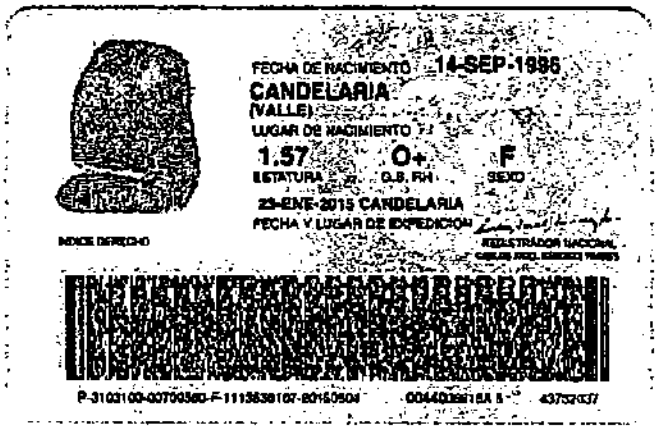
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1105400-00177750-M-0005242615-20090814 0016025771A 2 32081573



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.113.536.107
SANCHEZ ORDONEZ
APELLIDOS
DANY
NOMBRES
Dany Sanchez O
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-SEP-1996
CANDELARIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
23-ENE-2015 CANDELARIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-3103100-00700360-F-1113536107-20150504 0044038518A 1 43752437

CPCL - BEN

Radicado - Porvenir S.A.

0103809024116600

Documentos Básicos para el Proceso de Valoración de Pérdida de Capacidad Laboral

porvenir Pensiones y Cesantías Porvenir

Nombre del Afiliado APOLINAR SANCHEZ

C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] N° Documento 5242615 De LEIVA - NARIÑO

Oficina CALI CENTRO Páginas

Centro de Costos 579

Físico

Proceso de Calificación del Estado de Invalidez — Verificación Oficina

		SI	NO
ANG	1. Anexo G completamente diligenciado en todos los campos con letra legible.	✓	
DIA	2. Fotocopia del documento de identidad del afiliado al 150%.	✓	
AHC	3. Autorización de conocimiento de historia clínica con firma y huella dactilar del afiliado.	✓	
HCA	4. Historia Clínica completa que incluya valoraciones, conceptos y tratamiento de los últimos doce meses.	✓	
CRIE	5. Concepto de Rehabilitación en original de la EPS. Esta debe contener como mínimo: fecha de expedición, diagnóstico, pronóstico, secuelas, concepto NO FAVORABLE y origen común.		✓
ECA	6. Exámenes Complementarios (como resultado de imágenes diagnósticas de laboratorio, y afines).	✓	
CEPI	7. Certificado con las Relación de las Incapacidades expedido por la EPS.		✓
OEJ	8. Dictamen de Junta Regional y/o Nacional si con anterioridad fué calificado.		
HCA	9. Carta del afiliado aclarando si el origen de las patología a estudiar se encuentran en apelación o no.	✓	

⚠ Recuerde que:

1. Recibido no implica aceptación, la lista de documentos entregada esta sujeta a verificación y control, por tal motivo puede ser susceptible de modificaciones, las cuales se informarán oportunamente al peticionario.
2. Para iniciar el proceso es requisito indispensable que radique la documentación completa y en el orden indicado anteriormente.
3. No se aceptan medios magnéticos.
4. Para los casos de Régimen Subsidiado (SISBEN) se debe aportar Historia Clínica actualizada, no es necesario Concepto de Rehabilitación.

Observaciones:

Validación de Documentos Recibidos por el Área Responsable

Firma

Nombre

Fecha :

Año	Mes	Día

Espacio para Sello de Correspondencia

porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Firma Consultor

Firma

Nombre Adriana Hernandez

Fecha :

Año	Mes	Día
2016	02	01

Firma Afiliado Apolinar Sanchez

Fecha :

Año	Mes	Día
2016	02	01

F-01-BF-RC-41 V: 1.0 ENE-16

"En Porvenir tramitar su solicitud de valoración PCL es fácil y rápido, no necesita tramitador"

Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dinero a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoría interna fax N° 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 en Bogotá.

F R

Radicado - Porvenir S.A.

0103803025107700

Radicado - Porvenir S.A.

0103803025107700

porvenir

Trámite de Emisión y/o Expedición de Bono Pensional

Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.

Fecha 01 9 2016

Ciudad de diligenciamiento

1. Tipo de Reclamación

Vejez ☐ Vejez Anticipada ☐ Devolución de Saldos ☐ Muerte ☐ Invalidez ☒

2. Tipo de Solicitante

Afiliado ☒ Beneficiario ☐ Apoderado del Afiliado ☐ Apoderado del Beneficiario ☐

3. Datos del Afiliado

Nombre: Apolinar Sánchez Ordonez

CC ☒ CE ☐ CD ☐ PAS ☐ 5.292.615 de Tesalia Huila

4. Datos del Beneficiario y/o Apoderado

Nombre del Beneficiario: ____

CC ☐ CE ☐ CD ☐ PAS ☐ _____ de _____

Nombre del Apoderado: ____

CC ☐ CE ☐ CD ☐ PAS ☐ _____ de _____

5. ART 52

Bajo la gravedad de juramento declaro que: toda la información que se me atribuye es veraz y ninguna parte de ella se ha utilizado para una pensión e indemnización concedida o en trámite para otro Bono Pensional emitido o en trámite. No estoy simultáneamente afiliado al Régimen de Prima Media. Con la información detallada en la liquidación de la Oficina de Bonos Pensionales autorizo la emisión y/o expedición de mi Bono Pensional el cual tiene un valor de:

$ _____ a fecha de corte de cual es el ___ / ___ / ___ . Art 52 D 1748/95

6. Si la solicitud es por devolución de saldos, diligencie la siguiente declaración juramentada de imposibilidad de seguir cotizando (DJUI):

Si declaro ☐ No declaro ☐ bajo la gravedad de juramento que actualmente me encuentro imposibilitado(a) para seguir cotizando a pensiones obligatorias.

Apolinar Sánchez

Firma del Solicitante

Huella Dactilar Derecha

MAY-16 F-01-AC-MA-BO-002 V.2.0

porvenir sólo hay uno

porvenir OFICINA CALI NORTE

- 1 SET. 2016

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

104

Bogotá D.C., 2016-10-24

Señor

APOLINAR SANCHEZ
CR 6 2-42 ORTIGAL
MIRANDA
CAUCA

Ref. Rad. Porvenir:
CC: 5242615
T.N: 8651220
COR-BENEF

Reciba nuestro cordial saludo.

En atención a su solicitud relacionada con su bono pensional, le informamos lo siguiente:

La solicitud de emisión del bono fue cancelada teniendo en cuenta que se presentó una variación en el valor del bono por las continuas actualizaciones que realiza Colpensiones a la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (OBP).

De esta forma, anexamos el detalle de su historia laboral generada por la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para su respectiva verificación. De no existir observaciones le solicitamos diligenciar el formato de emisión anexo e historia laboral firmada, así como la fotocopia legible de su documento de identidad con el fin de agilizar el trámite del Bono Pensional; documentación que puede ser radicada en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes

porvenir
sólo hay uno

104

Bogotá D.C., 2016-09-08

Señor

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CR 6 2 42 ORTIGAL
MIRANDA
CAUCA

Ref. Rad. Porvenir: 4107412008425700
CC: 5242615
T.N: 8597398
COR-BENEF

Reciba nuestro cordial saludo

En atención a su solicitud relacionada con el proceso de recalificación de su perdida de capacidad laboral le informamos que esta Sociedad Administradora envió la respectiva documentación a Seguros Colpatria pero a la fecha no ha recibido respuesta por parte de la mencionada entidad.

Lo anterior teniendo en cuenta que de conformidad con el Decreto 2463 de 2001 y el artículo 44 de la ley 100 de 1993 (el estado de invalidez podrá revisarse cada 3 años) y en este caso en particular, la definición de la prestación por invalidez fue otorgada en el año 2008. Es decir, ya han transcurrido 3 años desde la última calificación.

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes

Santiago de Cali, 20 de septiembre de 2016

SEÑORES

PORVENIR

Con base a la respuesta de la tarea # 8597398, solicito de carácter urgente que me hagan llegar una copia de toda la documentación que remitieron ante la seguros Colpatria; esto con el fin de tener todos los soportes y hacer seguimiento al proceso que se está llevando a cabo con el trámite de calificación de pcl puesto que hasta la fecha no he podido recibir pagos.

Cordialmente,

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

CC #5242615

Carrera 19 # 17 – 34 b/ centro – Puerto Tejada

Rolin8777@hotmail.es

Candelaria, Valle 25 de enero de 2017

SEÑOR
PORVENIR S.A.
E. S. D.

REF. AUTORIZACION

AFILIADO: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ C.C. 5.242.615

Yo, APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, mayor de edad, vecino y residente en el municipio de Candelaria, Valle; identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de afiliado a la entidad PORVENIR S.A., autorizo a mi hija DANY SANCHEZ ORDOÑEZ identificada con C.C. 1.113.536.107 de Candelaria, Valle.; realice y finalice todas los gestiones correspondientes ante el fondo de pensiones PORVENIR S.A., para el trámite de reconocimiento de mi pensión de Invalidez, el cual se encuentra en curso.

Atentamente,

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 5.242.615

Acepto,

DANY SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 1.113.536.107

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA
CANDELARIA - VALLE
Tel. 264 82 31
PRESENTACIÓN PERSONAL

AL DESPACHO DEL NOTARIO UNICO DE CANDELARIA
VALLE DEL CAUCA COMPARECIO:
APOLINAR SANCHEZ PRADO
IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANIA N° 1001352626 DE FEIVA

Y DECLARO(ARON) QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
ES CIERTO Y QUE LA(S) FIRMA(S) Y HUELLA(S) SON SUYAS.

CANDELARIA V. 30 ENE 2017

AUTORIZO EL RECONOCIMIENTO

X Apolinar Sanchez

NOTARIO: JAIME ALBERTO CHAPARRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA UNICA DEL CIRCULO
JAIME ALBERTO CHAPARRO
NOTARIO
CANDELARIA VALLE

De: contacto@porvenir.com.co

Para: Roling777@hotmail.es

CC:

Fecha: 27/12/2016 09:24

Asunto: Respuesta a su requerimiento.8712125

104

Bogotá D.C.,

Señor

APOLINAR SANCHEZ
Roling777@hotmail.es

Ref. Rad. Porvenir: 0103802039859300
CC: 5242615
T.N: 8712125
COR-BENEF

Porvenir S.A. le da un saludo cordial.

En atención a su solicitud relacionada con la calificación de invalidez, le informamos lo siguiente:

Una vez realizada la validación correspondiente en nuestra base de datos, se registra que esta Administradora se encuentra a la espera de respuesta por parte de Colpatria, por lo cual se procederá nuevamente a remitir comunicación a dicha entidad solicitando celeridad en el proceso.

Una vez obtengamos la información en mención, se procederá a notificar oportunamente el procedimiento a seguir.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.

PAOLA ANDREA ALVAREZ CARVAJAL

Atención Integral a Clientes

PAAC/ Gicela C

porvenir

De: contacto@porvenir.com.co

Para: roling777@hotmail.es

CC:

Fecha: 04/11/2016 13:37

Asunto: Respuesta a su requerimiento.8666690

104/

Bogotá D.C.,

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
roling777@hotmail.es

Reciba nuestro cordial saludo.

En atención a su solicitud relacionada con su bono pensional, remitimos nuevamente la información que se envió el día 24-10-2016 a la dirección de correspondencia que se encuentra registrada en nuestra base de datos.

Sea está la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

IMPORTANTE: Este es un e-mail enviado de forma automática. Por favor no lo responda.

ELSA PINEDA CUELLAR
Coordinación Atención Integral a Clientes

EPC/Linda D.
PORVENIR S.A.

porvenir

De: jlombana@porvenir.com.co

Para: semimanual@porvenir.com.co

CC:

Fecha: 08/09/2016 15:37

Asunto: Tarea 8597398

104

Bogotá D.C., 2016-09-08

Señor

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CR 6 2 42 ORTIGAL
MIRANDA
CAUCA

Ref. Rad. Porvenir: 4107412008425700
CC: 5242615
T.N: 8597398
COR-BENEF

Reciba nuestro cordial saludo

En atención a su solicitud relacionada con el proceso de recalificación de su perdida de capacidad laboral le informamos que esta Sociedad Administradora envió la respectiva documentación a Seguros Colpatria pero a la fecha no ha recibido respuesta por parte de la mencionada entidad.

Lo anterior teniendo en cuenta que de conformidad con el Decreto 2463 de 2001 y el artículo 44 de la ley 100 de 1993 (el estado de invalidez podrá revisarse cada 3 años) y en este caso en particular, la definición de la prestación por invalidez fue otorgada en el año 2008. Es decir, ya han transcurrido 3 años desde la última calificación.

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes

104

Bogotá D.C., 10 AGO. 2016

Señor(a)

APOLINAR SANCHEZ
CR 12 N° 11-04 BRR BELEN
CORREGIMIENTO VILLA GORGONA
CANDELARIA – VALLE DEL CAUCA

Ref. Rad. Porvenir:
CC: 5242615
T.N: 8568442

Reciba nuestro cordial saludo.

En atención a su solicitud, remitimos respuesta de fecha 18 de julio de 2016, con el cual esta Administradora dio trámite a requerimiento con radicado No. 4207412027331600, relacionado con la información del bono pensional

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras

ELSA PINEDA CUELLAR
Atención Integral a Clientes

EPC/Andres C.
Anexo: 5 folios

De: contacto@porvenir.com.co

Para: roling777@hotmail.es

CC:

Fecha: 18/07/2016 15:07

Asunto: Respuesta a su requerimiento.8533311

104

Bogotá D.C.

Señor

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

roling777@hotmail.es

REF. RAD. Porvenir: 0100222071865400

CC: 5242615

T.N: 8533311

COR-BENEF

Reciba nuestro cordial saludo

En atención a su solicitud relacionada con el bono pensional, le informamos lo siguiente:

Realizada la validación pertinente, se observa que su historia laboral ha sido debidamente actualizada, razón por la cual se hace necesario revise la información adjunta y de estar de acuerdo dada su calidad de beneficiario diligencie en su totalidad el artículo 52 el cual encontrará anexo y firme en señal de aceptación de emisión; de lo contrario efectúe las correcciones pertinentes, con el fin de continuar con la gestión a que haya lugar.

Una vez Porvenir S.A. cuente con la mencionada autorización, procederá con la solicitud de

emisión y redención del bono pensional ante la oficina de bonos pensionales OBP adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

Por favor no responda este mensaje, corresponde a un buzón automático de envío de información.

MYRIAN STELLA GALINDO GÓMEZ

Atención Integral a Clientes

porvenir

siendo los Nº 1

SOLICITADO POR	mhmgalin 172.27.3.1
FECHA Y HORA	18/07/2016 03:04:54
ENTIDAD	PORVENIR S.A.

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION

DATOS AFILIADO

Documento	C 5242615	Género	MASCULINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	15/05/1962
AFP Solicitante	PORVENIR	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 /1	AFP Afiliado	PORVENIR (3)
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	13/03/1997	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	01/05/1997		

ORIGEN DE NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solicitud	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
Registraduria/Das	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
ISS/COLPENSIONES	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	

Documento Alterno No.

DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	18/07/2016	Consecutivo	7	Número Liquidación	1	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	18/07/2016	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Línea			Solicitado por	MARIA ROCIO CORTES BECERRA				
Cargo	ANALISTA DE BONOS DIRECCION DE BENEFICIOS	Teléfono	6889688	Archivo				Registro	
Motivo reproceso	LIQ								
Archivo Respuesta	PENDIENTE			Fecha Respuesta (DD/MM /AAAA)					

HISTORIA LABORAL

HISTORIA VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 15050101059 (11 - Facturación Can)	NOMBRE EMPLEADOR	INVERSIONES SANINT PELAEZ L

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	29/10/1990	31/12/1990	S	S	$ 41,040	
LABORAL	01/01/1991	31/12/1991	S	S	$ 54,630	
LABORAL	01/01/1992	14/02/1992	S	S	$ 61,950	

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - Sistema ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	02/01/1992	29/02/1992	S	S	$ 41,025	
LABORAL	01/04/1992	30/04/1992	S	S	$ 131,990	3814,
LABORAL	01/05/1992	29/06/1992	S	S	$ 83,074	3814,
LABORAL	01/07/1992	31/07/1992	S	S	$ 126,233	3814,
LABORAL	01/08/1992	31/08/1992	S	S	$ 108,682	3814,
LABORAL	01/09/1992	30/09/1992	S	S	$ 103,717	3814,
LABORAL	01/10/1992	31/10/1992	S	S	$ 115,039	3814,
LABORAL	01/11/1992	30/11/1992	S	S	$ 101,816	3814,
LABORAL	01/12/1992	31/12/1992	S	S	$ 113,448	3814,
LABORAL	01/01/1993	27/02/1993	S	S	$ 110,038	3814,
LABORAL	01/03/1993	31/03/1993	S	S	$ 107,211	3814,
LABORAL	01/04/1993	29/05/1993	S	S	$ 153,471	3814,
LABORAL	01/06/1993	30/07/1993	S	S	$ 116,939	3814,
LABORAL	01/08/1993	31/08/1993	S	S	$ 143,769	3814,
LABORAL	01/09/1993	30/09/1993	S	S	$ 182,680	3814,
LABORAL	01/10/1993	31/10/1993	S	S	$ 139,937	3814,
LABORAL	01/11/1993	30/11/1993	S	S	$ 115,695	3814,
LABORAL	01/12/1993	30/01/1994	S	S	$ 141,436	3814,
LABORAL	01/02/1994	28/02/1994	S	S	$ 112,948	3814,
LABORAL	01/03/1994	29/04/1994	S	S	$ 158,606	3814,

LABORAL	01/05/1994	30/05/1994	S	S	$ 145,212	3814,
LABORAL	01/06/1994	29/06/1994	S	S	$ 154,102	3814,
LABORAL	01/07/1994	30/08/1994	S	S	$ 177,483	3814,
LABORAL	01/09/1994	28/09/1994	S	S	$ 167,291	3814,
LABORAL	01/10/1994	29/10/1994	S	S	$ 192,997	3814,
LABORAL	01/11/1994	29/11/1994	S	S	$ 154,102	3814,
LABORAL	01/12/1994	31/12/1994	S	S	$ 172,476	3814,

HISTORIA NO VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - Sistema ALA)	**NOMBRE EMPLEADOR**	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
CAMBIO SALARIO	01/02/1992		S	S	$ 60,843	3019,
CAMBIO SALARIO	01/06/1992		S	S	$ 108,661	3019,
LABORAL	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 131,990	3814,3841,
LICENCIA	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 108,661	
CAMBIO SALARIO	01/02/1993		S	S	$ 115,701	3019,
LABORAL	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 108,661	3814,3841,
LICENCIA	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 115,701	
CAMBIO SALARIO	01/05/1993		S	S	$ 118,541	3019,
LABORAL	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 115,701	3814,3841,
LICENCIA	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 118,541	
CAMBIO SALARIO	01/07/1993		S	S	$ 205,267	3019,
LABORAL	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 118,541	3814,3841,
LICENCIA	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 205,267	
CAMBIO SALARIO	01/01/1994		S	S	$ 159,599	3019,
LABORAL	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 205,267	3814,3841,
LICENCIA	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 159,599	
CAMBIO SALARIO	01/04/1994		S	S	$ 145,212	3019,
LABORAL	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 159,599	3814,3841,
LICENCIA	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 145,212	
CAMBIO SALARIO	01/05/1994		S	S	$ 154,102	3019,
LABORAL	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 145,212	3814,3841,
LICENCIA	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 154,102	
CAMBIO SALARIO	01/06/1994		S	S	$ 183,145	3019,
LABORAL	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 154,102	3814,3841,
LICENCIA	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 183,145	
CAMBIO SALARIO	01/08/1994		S	S	$ 167,291	3019,
LABORAL	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 183,145	3814,3841,
LICENCIA	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 167,291	
CAMBIO SALARIO	01/09/1994		S	S	$ 192,997	3019,
LABORAL	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 167,291	3814,3841,
LICENCIA	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 192,997	
CAMBIO SALARIO	01/10/1994		S	S	$ 154,102	3019,
LABORAL	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 192,997	3814,3841,
LICENCIA	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 154,102	
LABORAL	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 154,102	3814,3841,
LICENCIA	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 154,102	

CONVENCIONES DE ERRORES/OBSERVACIONES

ERROR/OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
3019	**INCONSISTENCIA:** MASIVO ISS/COLPENSIONES. VALOR DEL CAMPO DE_DEPURACION ES 1 Y TIPO APORTANTE DIFERENTE DE 15 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES. **SOLUCION:** LA AFP DEBE REPORTAR LA INCONSISTENCIA AL ISS
3814	**OBSERVACIÓN:** EL ARCHIVO LABORALMASIVO DEL ISS/COLPENSIONES 1967-1994 PRESENTA UN INGRESO SIN RETIRO Y ESTÁ EN LA TABLA RELACIONES LABORALES CON TIPO DE AFILIACIÓN EN PENSIÓN (1: PENSION, SALUD, RIESGO; 2: PENSION,4: PENSION RIESGOS PROFESIONALES,7: PENSION, SALUD), SE ASUME EL 31 DE DICIEMBRE DE 1994 COMO FECHA DE RETIRO
3841	**OBSERVACION:** NOVEDAD LABORAL (INGRESO, RETIRO) CRUZADA CON NOVEDAD DE LICENCIA.

INFORMACION PRESTACIONES ISS/COLPENSIONES

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM /AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES	FECHA INGRESO NOMINA ISS/COLPENSIONES

INDICIOS PRESTACIONES. LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACION DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRES TACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
C 5242615	800144331	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A	INVALIDEZ		ARCHIVO ENVIADO POR ASOFONDOS

INFORMACIÓN DE PRESTACIÓN CERTIFICADA POR LA AFP

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRES TACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	CERTIF

LIQUIDACION BONO

Tipo Bono	**A**	Modalidad	**2**	Versión	**1**
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	**29/06/1992**	Tiempo Válido Para Bono (sin traslapos)	**1,479(dias) , 211(semanas)**	Tiempo Total Trabajado	**1,479**
Salario Base	**$83,074**	Empleadores Salario Base	**MAYAGUEZ S A**		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	**01/05/1997**	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	**15/05/2024**	Tasa Interes (%)	**4.0**
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)	**20/10/1996**	Causal Redención	**Invalidez**		
Valor Bruto A F.C.	**$3,244,034**	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	**$3,244,034**
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	**$0**				

CUOTAS PARTES

TIPO	NIT / NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALOR NETO PAGADO	REINTEGRO A F. PAGO
Emisor	1 NACION	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,213			$2,779,966	86	0	0	0	0
Contribuyente	900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	LIQUIDACION PROVISIONAL	266			$464,068	14	0	0	0	0
TOTALES						$3,244,034		0	0	0	0

HISTORIA LABORAL CUOTA PARTE HISTORIA LABORAL SIN TRASLAPOS DETALLE CALCULO REPROCESAR LIQUIDACION

BogotáD.C

Fecha de Firma

Señores:

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A
Atn: Dirección de Bonos
BogotáD.C.

Respetados Señores:

Yo _____ identificado (a) con cédula de ciudadaná número _____ bajo la gravedad de juramento declaro que: toda la información que se me atribuye es veraz y ninguna parte de ella se ha utilizado para una Pensió e indemnización concedida o en trámite para otro Bono Pensional emitido o en trámite. No estoy simultáeamente afiliado al Régimen de Prima Media. Con la información aquí detallada en la liquidació ___ de la OBP autorizo la emisió de mi Bono Pensional el cual tiene un valor de $_____ a fecha de corte la cual es el _____ Art 52 D 1474/97.

Atentamente,

_____

Firma

_____

Nombre

HUELLA DACTILAR INDICE DERECHO

_____ **De** _____

C. C

De: Aciedor@porvenir.com.co

Para: Entradasyq@porvenir.com.co

CC:

Fecha: 14/06/2016 12:11

Asunto: RV: ENVIO OFICIO 1626

5242615APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	TUTELA

De: Ana Maria Cruz (Dir. de Litigios)
Enviado el: martes, 14 de junio de 2016 11:24 a.m.
Para: Edwin Yesid Ortiz (Jefatura Atencion Integral a Clientes)
Asunto: RV: ENVIO OFICIO 1626
Importancia: Alta

tutela

De: Juan Quintero (Dir. Beneficios Pensionales)
Enviado el: martes, 14 de junio de 2016 11:16 a.m.
Para: Notificaciones Judiciales
Asunto: RV: ENVIO OFICIO 1626
Importancia: Alta

Buenos días:

Para su información.

Cordial saludo,

Juan Miguel Quintero Galindo

Analista II Bonos Pensionales – Acciones Legales

Dirección de Reconocimiento de Prestaciones

Radicado de entrada: 4107412008036300

Tel. 339 3000 Ext. 75049

jquintero@porvenir.com.co

Dirección General

De: Juzgado 02 Promiscuo Municipal Candelaria - Cali [mailto:j02pmcandelaria@cendoj.ramajudicial.gov.co]
Enviado el: martes, 14 de junio de 2016 10:44 a.m.
Para: Notificacion Tutelas Bonos Pensionales Accionante - Porvenir S.A
Asunto: ENVIO OFICIO 1626

BUEN DIA: ENVIO OFICIO 1626 Y TRASLADO DE

ACCION DE TUTELA 2016-00155.

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
CANDELARIA VALLE

Candelaria, Valle, 13 de junio de 2016 **OFICIO №. 1626**

Señores
PORVENIR S.A.
Carrera 13 №. 26ª - 65
E-mail: notitutelasbpaccionante@porvenir.com.co
Bogotá, D.C.

Referencia: Acción de Tutela
Accionante: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Accionado: PORVENIR S.A.
Radicación: 761304089002-**2016-00155**-00

Por medio del presente me permito transcribir a Usted lo pertinente del Auto Interlocutorio №. 533 del 13 de junio de 2016, proferido dentro de la Acción de Tutela de la referencia, que dispuso: "**1º.- ADMITIR** la acción de tutela instaurada por el señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**, contra **PORVENIR S.A. 2.- CORRER** traslado a la entidad accionada, para que en el TÉRMINO DE DOS (2) DÍAS, por intermedio de su representante legal o quien haga sus veces, se pronuncie sobre los hechos de la acción de tutela y en el mismo término envíe copia de la documentación o pruebas que se relacionen con la reclamación formulada por el accionante. **3º.- DECRETAR** de oficio la práctica de las siguientes pruebas: **3.1)-** SOLICITAR a la entidad **PORVENIR S.A.**, que informe lo siguiente: **A).-** Sí el señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ,** identificado con C.C. №. **5.242.615**, presento petición de fecha 7 de abril de 2016, con el fin que le expidieran copia íntegra del expediente pensional de invalidez. **B)** Si se le dio respuesta en debida forma a la mencionada petición. En caso afirmativo, dirá en qué fecha y enviará copia de la misma con la constancia de envío y recibo por parte del accionante. **C)** En caso contrario indicará las razones por las cuales no se le ha dado respuesta. Para allegar la información solicitada se le concede un TÉRMINO DE DOS (2) DÍAS, advirtiéndole que en caso de no dar respuesta a lo anterior le acarreará las sanciones de Ley.-. Así mismo, deberá presentar los documentos o pruebas pertinentes que soporten las respuestas a los ítems planteados. **4º.-DEJAR** el expediente en la Secretaria del Despacho a disposición de las partes. **5º- NOTIFÍCAR** esta decisión a las partes por el medio más expedito. ---**NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE. La Juez (Fdo) ERNEDIS MENESES ORTIZ".**

Atentamente,

DIANA MARCELA COBO VELASCO
Secretaria

Señor
JUEZ MUNICIPAL - REPARTO
FLORIDA, VALLE
E. S. D.

REF: ACCION DE TUTELA

ACCIONANTE: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

ACCIONADO: PORVENIR S.A.

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado como aparece al pie de mi firma; respetuosamente manifiesto que interpongo ACCION DE TUTELA, contra la entidad PORVENIR S.A., exponiendo los siguientes:

HECHOS

PRIMERO: Mediante solicitud enviada el día 8 de abril de 2016 por correo certificado N°938807274 de Servientrega, solicite a PORVENIR S.A. copia integra del expediente pensional de invalidez según la comunicación enviada por la entidad.

SEGUNDO: La comunicación fue recibida por la entidad el día 11 de abril del año en curso en el área de correspondencia sin que a la fecha haya dado respuesta alguna a la solicitud.

TERCERO: La entidad con su actitud vulnera mi derecho fundamental de petición y debido proceso.

PETICION

Ruego señor Juez, tutelar los derechos fundamentales de petición y debido proceso, ordenando a la entidad PORVENIR S.A. de respuesta de fondo a la solicitud elevada, enviando la información solicitada.

155
249

JURAMENTO

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que no he interpuesto acción alguna por los mismos hechos y derechos y que estos son ciertos.

PRUEBAS Y ANEXOS

Téngase como pruebas los siguientes documentos:

1. Copia del memorial de acción de tutela.
2. Copia del derecho de petición
3. Original del recibo de envió de Servientrega
4. Copia de recibo de entrega de Servientrega
5. Copia de oficio de Porvenir.

NOTIFICACIONES

La accionante en la carrera 12 N° 11-16 de Villa Gorgona, Candelaria, Valle; Autorizo enviar comunicación al correo electrónico roling777@hotmail.es
Celular: 3148744050 – 3146386238.

La accionada en la Carrera 13 N° 26ª – 65 Bogotá, Colombia.

De usted,

Atentamente,

Apolinar sanchez

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 5.242.615

Villagorgona, 07 de abril de 2016

Señor
DIRECCION DE SERVICIO AL PENSIONADO
PORVENIR S.A.
Carrera 13 N° 26 A - 65
BOGOTA, D.C.
E. S. D.

REF. DERECHO DE PETICION ART. 23 C.N.

ASUNTO: **SOLICITUD DE COPIA INTEGRA DEL EXPEDIENTE PENSIONAL DE INVALIDEZ**

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, identificado como aparece al pie de mi firma, vecino y residente en Villagorgona, municipio de Candelaria, V.; respetuosamente solicito expedir copia íntegra del expediente pensional de invalidez, toda vez que no poseo en poder la documentación pertinente al reconocimiento de la pensión de invalidez otorgada en el año de 2008, tal como se indica en el oficio enviado el 16 de marzo de 2.016, radicado Porvenir S.A. N° 0103809024116600 y ante BBVA Seguros N°0200001129359600.

Para notificaciones en la carrera 12 N| 11-16 de Villagorgona, Candelaria, V.

Autorizo enviar comunicaciones al correo electrónico: roling777@hotmail.es

Celular: 314-874-4050 / 314-638-6238

De usted,

Atentamente,

Apolinar sanchez

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 5.242.615

Colpensiones

COMPROBANTE DE PAGO A PENSIONADOS

Fecha 11-2014 | 0000000

NOMBRE	OJEDA SEGUNDO G.		
CÉDULA	C 1880327	AFILIACIÓN	901880327100
TIPO	1-V	COM. 04	ENTIDAD 81-6921-1880327
DIRECCIÓN	CALLE 20 NO.13-52 PUERTO TEJAD	SEC.	4
ENTIDAD	BANCO AGRARIO DE COLOMBI PUERTO TEJADA CAUCA		

LOS PENSIONADOS PODRAN ACCEDER A LOS SERVICIOS DE CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CON TARIFAS PREFERENCIALES A LOS SERVICIOS DE RECREACION DEPORTE Y CULTURA INFORMES www.colpensiones.gov.co

DESCRIPCIÓN	VALOR	DESCRIPCIÓN	VALOR
VALOR PENSIÓN	913,041	NUEVA EPS S.A	109,600
PRIMA	913,041	BCO BOGOTA PR	158,594

Colpensiones
Noviembre 2014

"TU FUTURO LO CONSTRUIMOS ENTRE LOS DOS."

DEVENGADO	$	1,826,082
DEDUCIDO	$	268,194
NETO A PAGAR	$	1,557,888

Segundo Gonzalo Ojeda
Noveno Cto
Dic 11-14

Servientrega S.A. Nit 860.512.330-3 Principal Bogota U.C. Colombia Av Calle 6 No 34 A-11 Atención al usuario: www.servientrega.com, PBX 7 700 200 FAX 7 700 380 ext 110045. Grandes Contribuyentes Resolución DIAN 000041 del 30 enero de 2014. Autoretenedores Resol. DIAN:09698 de Nov 24/2003. Responsables y Retenedores de IVA. Factura por computador Resolución DIAN: 310000090919, 22/01/2010, prefijo 009 desde el 39000001 al 63000000

Fecha: 08 / 04 / 2016 10:09

Fecha Prog. Entrega: 09 / 04 / 2016

Guia No. 938807274

Codigo CDS/SER: 1 - 9445 - 1

REMITENTE

CRA 12 # 11-16

APOLINAR SANCHEZ

Tel/cel: 3148744050 Cod. Postal: 763579

Ciudad: VILLA GORGONA Dpto: VALLE

Pais: COLOMBIA D.I./NIT: 5242615

FIRMA (NOMBRE LEGIBLE Y D.I.)

Hector Javier Soto
C.C. 1.019.02[illegible]042
SERVIENTREGA

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVIO	INTENTO DE ENTREGA	No. NOTIFICACION
2 3	1	
— — — Desconocido	2	
— — — Rehusado		
— — — No reside	3	
— — — No Reclamado	FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE	
— — — Dirección Errada		
— — — Otro (Indicar cual)		

RECIBI A CONFORMIDAD (NOMBRE LEGIBLE, SELLO Y D.I.)

Guia No. 938807274

FECHA Y HORA DE ENTREGA

DESTINATARIO

BOG
10

DOCUMENTO UNITAR PZ: 1

BOGOTA

CUNDINAMARCA | CONTADO

NORMAL | T.T.: TERRESTRE

CRA 13 # 26 A-65 BOGOTA

.... /////PORVENIR S.A

Tel/cel: 3393000 Ext: 800144331

Pais: COLOMBIA

e-mail:

porvenir
solo hay
porvenir DISTRITO DE BOGOTA CRA 13 # 26 A 65 27111
11 ABR 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Dice Contener: DOCUMENTOS
Obs. para entrega: DOC
Vr. Declarado: $ 5.000
Vr. Flete: $ 0
Vr. Sobreflete: $ 300
Vr. Mensajeria expresa: $ 8.000
Vr. Total: $ 8.300
Vr. a Cobrar: $ 0

Vol (Pz): / / Peso Pz (Kg):
Peso (Vol): Peso (Kg): 1.00
No. Remisión:
No. Bolsa seguridad:
No. Sobreporte:
Guia Retorno Sobreporte:

Observaciones en la entrega:

NEGADO SUMINISTRO

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web de Servientrega S.A www.servientrega.com y en las carteleras ubicadas en los Centros de Soluciones, que regula el servicio acordado entre las partes, cuyo contenido (clausula) acepta expresamente con la suscripción de este documento. Así mismo declara conocer nuestro Aviso de Privacidad y Acepta la Política de Protección de Datos Personales los cuales se encuentran en el sitio web. Para la presentación de peticiones, quejas y reclamos remitirse al portal web www.servientrega.com o a la línea telefónica (1) 7702700

Quien Entrega:

Ministerio de Transporte Licencias No. 805 de Marzo 5/2001, MINTIC Licencia No. 1776 de Sept. 7/2010.

547

16 MAR. 2016

0200001129359600

Bogotá D.C.,

Doctora:
MARIA ZOBEIDA RINCON HERRERA
BBVA Seguros
Carrera 15 No. 95 65 Piso quinto
Bogotá - Colombia

Ref. Rad. Porvenir. 0103809024116600
NIT. 860.503.617
T.N 8399288
COR BEN

Respetada Doctora,

Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A.

Por medio de la presente, nos permitimos remitir la documentación pertinente, para dar gestión al proceso de Recalificación de nuestro afiliado APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado con cédula de ciudadanía No 5242615. Quien manifiesta, estar invalido para continuar con sus actividades laborales. Así las cosas, se adjunta información actualizada para que la misma se tenga en cuenta y procedamos a dar cumplimiento con lo solicitado.

Lo anterior teniendo en cuenta que de conformidad con el Decreto 2463 2001 y el Artículo 44 de la ley 100 de 1993 (el estado de invalidez podrá revisarse cada 3 años) y en este caso en particular, la definición de pensión por invalidez fue otorgada en el año 2008. Es decir, ya han transcurrido 3 años desde la última calificación.

Cordialmente,

DIRECCION DE SERVICIO AL PENSIONADO PORVENIR S.A.
William T.
Copia Afiliada (o): APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Dirección: CR 6 2-42 ORTIGAL, MIRANDA, CAUCA

Radicado Porvenir S A

0200001132967900

2410
Bogota D C 16 JUN. 2016

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Carrera 12 No 11 – 16 de Villa Gorgona
Telefono 3148744050 – 3146386238
Candelaria Valle

Ref Rad Porvenir N A
CC 5242615
T N N A
DEF - BEN

Respetado Señor Sanchez

Reciba un cordial saludo de PORVENIR S A

En atencion a su solicitud del dia del 08 de abril de 2016, adjunto encontrara el respectivo expediente de tramite de pension por Invalidez radicado en nuestras oficinas bajo radicado PI 73991

Porvenir S A , es una entidad privada y en consecuencia sus comunicados no son actos administrativos ni son susceptibles de recursos

Cualquier aclaracion, informacion, o solicitud sobre el tramite de la prestacion economica reclamada podra ser atendida en cualquiera de nuestras oficinas Tenga en cuenta que el tramite de su solicitud no tiene ningun costo Por favor abstengase de entregar dineros a personas que se lo soliciten Denuncie cualquier anomalia a nuestra auditoria interna fax No 3390101 en Bogota o al A A 241800 de Bogota

Cordialmente

DIANA MARTINEZ CUBILLOS
Direccion de Litigios
Yehy R / Kelly R

7889157

Radicado - Porvenir S.A.

0203802029727600

2410
Bogotá, 17 JUN 2016

Doctora
DIANA MARCELA COBO VELASCO
Secretaria
JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
Calle 9 No 9 – 32
Telefax 2848253
Candelaria, Valle

REFERENCIA: Acción de Tutela No. 761304089002-2016-00155-00 del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** contra **PORVENIR S.A.**
Oficio 1626 del 13 de junio de 2016
Ref. Rad. Porvenir. 4107412008036300
C.C. 5242615
T.N. 8507077

Respetada Doctora:

En respuesta a su oficio 1626 del 13 de junio de 2016, radicado en esta Sociedad Administradora el 14 del mismo mes y año, respetuosamente nos permitimos informarle lo siguiente:

El señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**, mediante la acción de tutela solicita obtener respuesta de fondo al derecho de petición radicado el día 11 de abril de 2016.

Mediante comunicación del 16 de junio de 2016, esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo al señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**, en el cual se le resuelve de fondo la solicitud elevada. (Adjunto copia de la comunicación).

Así las cosas, en este caso concreto nos encontramos frente a un hecho superado, de conformidad con lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia número T-100 del 08 de Marzo de 1995, en la cual expresó lo siguiente:

> *"Si la situación de hecho que genera la violación o la amenaza ya ha sido superada, el instrumento constitucional de defensa pierde su razón de ser. Es decir la orden que pudiere impartir el juez, ningún efecto podría tener en cuanto la efectividad de los derechos presuntamente conculcados, el proceso carecería de objeto y la tutela resultaría, entonces, improcedente..."*

Por consiguiente y de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiteradas sentencias nos permitimos señalar que esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo a lo solicitado por el accionante.

En estas condiciones solicitamos de manera respetuosa desestimar la presente acción de tutela contra PORVENIR S.A. por las razones de hecho y de derecho antes expuestas, teniendo en cuenta que es un hecho superado y no se está vulnerado ningún derecho fundamental y las actuaciones de esta Sociedad Administradora se han desarrollado y surtido conforme a las normas que rigen la materia.

En los anteriores términos atendemos su solicitud y quedamos a disposición para brindar cualquier información adicional que considere necesaria.

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ DUBIDES
Directora de Litigios
Porvenir S.A.
DMC/ Yeny R.

Adjunto lo enunciado

porvenir

sólo hay uno

2410
Bogotá,

Doctora
DIANA MARCELA COBO VELASCO
Secretaria
JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
Calle 9 No 9 – 32
Telefax 2848253
Candelaria, Valle

REFERENCIA: Acción de Tutela No. 761304089002-2016-00155-00 del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** contra **PORVENIR S.A.**
Oficio 1626 del 13 de junio de 2016
Ref. Rad. Porvenir. 4107412008036300
C.C. 5242615
T.N. 8507077

Respetada Doctora:

En respuesta a su oficio 1626 del 13 de junio de 2016, radicado en esta Sociedad Administradora el 14 del mismo mes y año, respetuosamente nos permitimos informarle lo siguiente:

El señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ,** mediante la acción de tutela solicita obtener respuesta de fondo al derecho de petición radicado el día 11 de abril de 2016.

Mediante comunicación del 16 de junio de 2016, esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo al señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ,** en el cual se le resuelve de fondo la solicitud elevada. (Adjunto copia de la comunicación).

Así las cosas, en este caso concreto nos encontramos frente a un hecho superado, de conformidad con lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia número T-100 del 08 de Marzo de 1995, en la cual expresó lo siguiente:

> *"Si la situación de hecho que genera la violación o la amenaza ya ha sido superada, el instrumento constitucional de defensa pierde su razón de ser. Es decir la orden que pudiere impartir el juez, ningún efecto podría tener en cuanto la efectividad de los derechos presuntamente conculcados, el proceso carecería de objeto y la tutela resultaría, entonces, improcedente..."*

porvenir

sólo hay uno

Por consiguiente y de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiteradas sentencias nos permitimos señalar que esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo a lo solicitado por el accionante.

En estas condiciones solicitamos de manera respetuosa desestimar la presente acción de tutela contra PORVENIR S.A. por las razones de hecho y de derecho antes expuestas, teniendo en cuenta que es un hecho superado y no se está vulnerado ningún derecho fundamental y las actuaciones de esta Sociedad Administradora se han desarrollado y surtido conforme a las normas que rigen la materia.

En los anteriores términos atendemos su solicitud y quedamos a disposición para brindar cualquier información adicional que considere necesaria.

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ QUBICES
Directora de Litigios
Porvenir S.A.
DMC/ Yeny R.

Adjunto lo anunciado

Radicado Porvenir S A

0200001132967900

2410
Bogota D C 16 JUN 2016

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Carrera 12 No 11 – 16 de Villa Gorgona
Telefono 3148744050 – 3146386238
Candelaria Valle

Ref Rad Porvenir N A
CC 5242615
T N N A
DEF - BEN

Respetado Señor Sanchez

Reciba un cordial saludo de PORVENIR S A

En atencion a su solicitud del dia del 08 de abril de 2016, adjunto encontrara el respectivo expediente de tramite de pension por Invalidez radicado en nuestras oficinas bajo radicado PI 73991

Porvenir S A , es una entidad privada y en consecuencia sus comunicados no son actos administrativos ni son susceptibles de recursos

Cualquier aclaracion, informacion, o solicitud sobre el tramite de la prestacion economica reclamada podra ser atendida en cualquiera de nuestras oficinas Tenga en cuenta que el tramite de su solicitud no tiene ningun costo Por favor abstengase de entregar dineros a personas que se lo soliciten Denuncie cualquier anomalia a nuestra auditoria interna fax No 3390101 en Bogota o al A A 241800 de Bogota

Cordialmente

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Direccion de Litigios
Yeny R / Kelly R

Servientrega S.A. NIT 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C., Colombia Av Calle 8 No. 34A - 11
Atención al usuario: www.servientrega.com. 7 700 200 FAX: 7 700 380 ext 110045.

Piezas: 1

Fecha:16/06/2016 Hora:15:51
Fecha prog entrega:20/06/2016

DOCUMENTO UNITARIO GUIA No. **260738332**

DESTINATARIO

CAN 1919	CIUDAD: CANDELARIA	
	ATLANTICO	F.P: CREDITO
	NORMAL	M.T: TERRESTRE

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CRA 12 NO. 11 - 16 DE VILLA GORGONA

Tel: 1 D.I/NIT: Cod. Postal:763570
País: COLOMBIA E-mail:

DATOS ENVIO

Dice Contener: SP-925727

Vr. Declarado:	$ 5.000	Vol	0 / 0 / 0
Vr. Flete:	$ 13,100.00	Peso (Vol)	0 Peso(Kg): 1
Vr. Sobreflete:	$ 300.00	No. Factura:	
Vr. Total:	$ 13,400.00	No Remisión:	
		No Sobreporte:	
		No Guia Retorno:	260738339
		Ref1:	200001132967900

Observaciones para la entrega: C.C. 2410 DIANA MARTINEZ

REMITENTE

Nombre: PORVENIR S.A.
Dirección: CRA. 13 26 A -65

Tel: 3393000 D.I/NIT: 800144331 Cod. Postal: : 110311
Ciudad: BOGOTA Departamento: CUNDINAMARCA
País: COLOMBIA e-mail: demartinezm@porvenir.com.co

Ministerio de Transporte: Licencia No. 665 de Marzo 5/2001. MINTIC: Licencia No. 1775 de Sept. 7/2010.
DG-6-CL-10-MF-57 V.2

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

ALCALDIA MUNICIPAL
LEIVA

RCMA-
M0100106616400030001

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL DE LEIVA NARIÑO

C E R T I F I C A :

Que en el libro civil de matrimonios a Folio No. 194, ~~se encuentra el acta de matrimonio~~ de APOLINAR SANCHEZ ORDOÑES Y MARIA DIONILDE ORDOÑES CASTIDAS.-

En La Republica de Colombia, Departamento de Nariño-Municipio de Leiva, a las 11 de la mañana, del día veintitres del mes de septiembre de mil novecientos ochenta y siete (1.987)., contrajeron matrimonio civil en el Juzgado Promiscuo Municipal de Leiva Nariño, el señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑES, de 25 años de edad, natural de la Florida Leiva, Republica de Colombia, vecino del Municipio de Leiva, de estado civil anterior soltero, de profesión agricultor y la señorita MARIA DIONELDA ORDOÑES BASTIDAS de 18 años de edad natural del Cucho Leiva, Republica de Colombia, vecina del Municipio de Leiva, de estado civil anterior soltera, de profesión oficios domesticos, la ceremonia la celebró el Juez Promiscuo Municipalde Leiva - El Contrayente (Fdo)APOLINAR SANCHEZ C.C. No.5.242.615 de El Palmar Leiva. La Contrayente (Fdo). MARIA DIONILDE ORDOÑES C.C. No. 59.760.014 Cañaduzal Leiva .El Testigo (Fdo).ilegible C.C. No. 13.078.089 de Leiva Nariño .El - Testigo (Fdo). ALIRIO SANCHEZ. C.C. No. 13.078.152 de -- Leiva Nariño. Hay firma y sello del funcionario que extiende el Acta.

Es fiel copia tomada de su original. Expedida hoy veintitres de septiembre de mil novecientos ochenta y siete -- (1.987).

EDUARDO ARAUJO MARTINEZ
Alcalde Municipal

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA C.
CERTIFICO
Que la presente fotocopia corresponde al original que he tenido a la vista
MAR. 25 1992
El Notario
Edgar Arturo Ramírez Montoya

NOTARIA DEL CIRCUITO PUERTO TEJADA CAUCA
XIMENA PATRICIA VALENCIA
NOTARIA ENCARGADA

RCNA-
M0100106616400030002

EL SUSCRITO REGISTRADOR MUNICIPAL DE LEIVA NARIÑO

C E R T I F I C A :

Que en el libro de Registro Civil de Nacimiento Fol. No. 268 fecha de inscripción 12 de Mayo de 1962, se encuentra inscrito APOLINAR SANCHEZ, hijo de ALEJANDRINA ORDOÑEZ, y de ISMAEL SANCHEZ, de sexo masculino, nacido en la vereda la Florida el 4 de Mayo de 1962.

Se expide de conformidad con el Decreto Ley 1260 de 1970

Leiva, 14 de Diciembre de 1990

NOTARIA UNICA DE LA CRUZ
Que lo anterior es fotocopia fiel y exacta del original que he tenido a la vista.
OCT 23 1991
El Notario
Edgar Arturo Ba...

NOTARIA CIRCUITO PUERTO TEJADA CAUCA

Alfonso Tovar Castro
Registrador Municipal

Cauca

CERTIFICA:

Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero
Agencia Pto. Tejada (Cauca)
25 ABR. 1991
Revisor Subsidio Familiar

Que en el SERIAL NRO 5894909

Se encuentra el Registro Civil de ROLANDO SANCHEZ ORDOÑEZ

Sexo MASCULINO Nació en este municipio el día 10

del mes de MARZO De mil novecientos

NOVENTA Y UNO 19 91 Hijo RECONOCIDO

Del señor: APOLINAR SANCHEZ.

Y la señora: MARIA DIONILDE SANCHEZ.

Se expide para: DOCUMENTOS

Exonerado de papel sellado y timbre nacional Ley 2a. de 1976
Decreto 1260 de 1970

Puerto Tejada 19 MAR. 1991

XIMENA PATRICIA VALENCIA U

NOTARIA ENCARGADA

Edgar Arturo Ramírez Montero
Notario Uni

RCNB-
M0100106616400030003

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

C E R T I F I C O

Que la presente fotocopia corresponde al original que he tenido a la vista

Puerto Tejada 25 ABR. 1991

El Notario, EDGAR ARTURO RAMIREZ MONTERO

NOTARIA DEL CIRCULO PUERTO TEJADA CAUCA

República de Colombia

Florida - Valle

Carrera 18 No. 9-25 Tel. 2437

Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero
Agencia Pto. Tejada (Cauca).
25 ABR. 1991
Revisor Subsidio Familiar

EL SUSCRITO NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE FLORIDA - VALLE

C E R T I F I C A:

Que al Tomo ... Folio 25534472 . se halla el Acta de Nacimiento

de: RUDELY SANCHEZ ORDOÑEZ .

Sexo FEMENINO . Lugar FLORIDA (VALLE) .

Fecha Nacimiento: ENERO 15 de 1.990 .

Hijo de: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ .

MARIA DIONILDE ORDOÑEZ BASTIDAS .

Fecha de Expedición ENERO 03 de 1.991

Válido para: SUBSIDIO .

NOTA HIJA LEGITIMA .

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL

EXENTO TIMBRE Y PEPEL SELLADO LEY 2a. DE ENERO 21 DE 1976

DR. JORGE HECTOR ZAMBRANO MELO
NOTARIO

NOTARIA DEL CIRCULO - FLORIDA - VALLE

vchco.-

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

C E R T I F I C O

Que la presente fotocopia corresponde al original que he tenido a la vista.

Puerto Tejada, 25 ABR. 1991

El Notario,

EDGAR ARTURO [illegible]

NOTARIA UNICA DEL CIRCUITO
PEDRO TORRES
CAUCA

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

96/09/14

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte consul.
9,6,0,9,1,4	

2377183

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	(4) Municipio y Departamento	(5) Código
	REGISTRADURIA MUNICIPAL	CANDELARIA-VALLE	9762

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: SANCHEZ	(7) Segundo apellido: ORDOÑEZ	(8) Nombres: DANY			
SEXO	(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO	(10) Día: 14	(11) Mes: SEPTIEMBRE	(12) Año: 1996
LUGAR DE NACIMIENTO	(13) País: COLOMBIA	(14) Departamento: VALLE	(15) Municipio: CANDELARIA			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: CASA DE HABITACION CR.10 No.11-48-B.MUNICIPAL-CANDELARIA(VALLE)			(17) Hora: 10:00
	(18) Documento presentado (Antecedente) (Certificado, Acta, Providencia, etc.): PRESENTACION DE TESTIGOS	(19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento:		(20) No. licencia:
MADRE	(21) Apellidos (de soltera): ORDOÑEZ BASTIDAS	(22) Nombres: MARIA DIONILDE		(23) Edad cumplida: 27
	(24) Identificación (clase y número): C.C.59.760.014-Leiva(Nariño)	(25) Nacionalidad: COLOMBIANA	(26) Profesión u oficio: HOGAR	
PADRE	(27) Apellidos: SANCHEZ ORDOÑEZ	(28) Nombres: APOLINAR		(29) Edad cumplida: 34
	(30) Identificación (clase y número): C.C.5.242.615-Leiva(Nariño)	(31) Nacionalidad: COLOMBIANA	(32) Profesión u oficio: OBRERO	

DENUNCIANTE	(33) Identificación (clase y número): C.C.5.242.615-Leiva(Nariño)	(34) Firma (autógrafa): Apolinar Sanchez	
	(35) Dirección postal: Cr.10 No.11-48-Candelaria(Valle)	(36) Nombre: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	
TESTIGO	(37) Identificación (clase y número): C.C.6.218.916-Candelaria(Valle)	(38) Firma (autógrafa): Jose Revelo Montenegro	
	(39) Domicilio (Municipio): Cr.10 No.11-48-Candelaria(Valle)	(40) Nombre: JOSE REVELO MONTENEGRO	
TESTIGO	(41) Identificación (clase y número): C.C.16.252.099-Palmira(Valle)	(42) Firma (autógrafa):	
	(43) Domicilio (Municipio): Cr.5 No.32-04-B.Popular-Palmira	(44) Nombre: ALFONSO HURTADO	
FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) (45) Día: 24 (46) Mes: SEPTIEMBRE (47) Año: 1996	Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro: HANS MARTINEZ MARTINEZ	
		(48) Nombre del funcionario ante quien se hace el registro	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Firma tomada de su cédula de ciudadanía que reposa en los archivos de esta dependencia.

Candelaria, 23 SEP 1996 199

VALIDO SIN SELLO
Dcto. 2150 - 5-Dic. - 95

HANS MARTINEZ MARTINEZ
Registrador Municipal

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL	3679792	DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION: NARIÑO LEIVA	FECHA DE INSCRIPCION	DIA: 22	MES: Junio	AÑO: 89	
INSCRITO	APELLIDOS: SANCHEZ ORDOÑEZ	NOMBRES: LEODAN	SEXO: M X F				
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: NARIÑO	MUNICIPIO: LEIVA	FECHA DE NACIMIENTO	DIA: 18	MES: Octubre	AÑO: 89
CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA: 3	MES: Octubre	AÑO: 90	SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO LEY 1260 DE 1970			

NOTA:

ES HIJO DE APOLINAR SANCHEZ Y DE MARIA LEONILDE ORDOÑEZ .

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE: Leiva Nar.

Alfonso Tovar C.

Nombre Registrador Municipal

Firma y Sello

Registraduría Municipal del Estado Civil Leiva - Nariño

F - 4100 - 020

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

C E R T I F I C O

Que la presente fotocopia corresponde al original que ha tenido a la vista.

Puerto Tejada, 25 ABR 1991

El Notario,

EDGAR ARTURO [illegible] MONTERO

NOTARIA DEL CIRCUITO PUERTO TEJADA CAUCA

Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero
Agencia Pto. Tejada

25 ABR. 1991

Revisor Subsidio Familiar

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL No.	I.B=10 EOL=378	DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION: EL ROSARIO NARIÑO	FECHA DE INSCRIPCION	DIA: 27	MES: Julio	AÑO: 69	
INSCRITO	APELLIDOS: ORDOÑEZ BASTIDAS	NOMBRES: MARIA DIONILDE	SEXO M:	F: X			
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS: Colombia	DEPARTAMENTO: Nariño	MUNICIPIO: El Rosario	FECHA DE NACIMIENTO	DIA: 9	MES: Julio	AÑO: 1969
MADRE	APELLIDOS: BASTIDAS	NOMBRES: MATILDE					
PADRE	APELLIDOS: ORDOÑEZ	NOMBRES: VICTOR					
SOLICITANTE DEL CERTIFICADO	APELLIDOS: ORDOÑEZ	NOMBRES: VICTOR	C. C. DE				
CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA: 18	MES: sept=	AÑO: /96	SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO Y CON ESA SOLA FINALIDAD. ARTICULO 135 DECRETO LEY 1260 DE 1970			

NOTA:

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE : El Rosario Nariño
LUGAR

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL EL ROSARIO NARIÑO

CARLOS EFRAIN GUERRA LOPEZ.
Nombre del Registrador Municipal

Firma y Sello

F - 4100 - 018

REPUBLICA DE COLOMBIA
CEDULA DE CIUDADANIA No. 5.242.615
El Palmar-Leiva (Nar.)
SANCHEZ ORDONEZ
Apolinar
4-May-1962 EL PALMAR (NAR.)
1.67 COLOR
Ninguna
28-Agt-87

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
5242615
PERTENECE AL CONTIG. DE
1A LINEA 2A LINEA 3A LINEA
APELLIDOS Y NOMBRES
SANCHEZ ORDONEZ
APOLINAR
PROFESION AGRICULTOR

DDIA-
M0100106616400030004

REPUBLICA DE COLOMBIA
CEDULA DE CIUDADANIA No. 59.760.014
De Canalizal-Leiva (Nar.)
APELLIDOS ORDONEZ-BASTIDAS
NOMBRES Maria Dioni
NACIDO 19-Jul-1969
1.50 COLOR
ALEG Ninguna
FECHA 30-Nov-87

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

C.C. 5.242.615
Afiliación I.S.S. 905242615
Residencia área rural Candelaria

Dirección Calle 8 1 - 31 2do. Piso Oficinas Mayagüez - Cali / Calle 70 nº 9-58
Teléfono 92 261 10 10 (Oficina Mayagüez - Candelaria) Tel. 264-87-52
Preguntar por el Doctor Alberto Montoya Duque, Jefe Departamento de Salud Ocupacional

SINDICATO INDUSTRIAL INGENIO MAYAGUEZ. AT. SRTA. SOL ANGEL SOLICITAR PARA COORDINAR CITA

Fue atendido en la Clínica Rafael Uribe Uribe I.S.S. - Cali
Calle 25N 2BN - 17
Teléfono 667 61 49
Fax 668 14 32

FAD-
M0100106616400410005

Mayaguez S.A.

SEGUROS
LA EQUIDAD
ORGANISMO COOPERATIVO
NIT 860.028.415-5

Santiago de Cali, 08 de 1997
No. 31730

COM-
M0100106616400010006

Señor
Edinson Vidal
Gerente
Cootraim
Candelaria

Asunto: Incapacidad Total - Apolinar Sánchez Ordoñez.

Para continuar con el estudio de la reclamación por la incapacidad total y permanente del asociado citado en referencia, es necesario que nos remitan resolución mediante la cual se declaro ésta.

Es importante resaltar que el documento remitido es el concepto juridico por terminación del contrato.

Quedamos a la espera de sus comentarios sobre el particular.

Hasta otra oportunidad.

Nury Pérez Rengifo
Indemnizaciones.

C.C. Consecutivo.
Archivo.

CUENTA INDIVIDUAL DE PENSIONES — NIT. 800.139.690-2

11 — HOJA 1 DE 3

PERIODO

APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ
MAYAGUEZ
CALI - VALLE DEL CAUCA
TELS: 823238 - 823235
MAYAGUEZ S A

DESDE: 1994/04/01 HASTA: 1997/04/09

No. DE DOCUMENTO	RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL
5.242.615	PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
		CIA: MAYAGUEZ S.A	
95/11/07	$182.421	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Oct/95	22.834,92
95/11/07		PRIMA DE SEGURO	3.836,27
95/11/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.357,51
96/02/07	$251.260	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ene/96	33.920,00
96/02/07		PRIMA DE SEGURO	5.276,44
96/02/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.517,63
96/03/07	$167.821	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Feb/96	22.655,00
96/03/07		PRIMA DE SEGURO	3.524,11
96/03/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.349,41
96/04/08	$165.391	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Mar/96	22.327,00
96/04/08		PRIMA DE SEGURO	3.473,09
96/04/08		COMISION ADMINISTRADORA	2.315,39
96/05/07	$150.753	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Abr/96	20.351,00
96/05/07		PRIMA DE SEGURO	3.165,71
96/05/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.110,47
96/06/07	$167.503	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. May/96	22.612,00
96/06/07		PRIMA DE SEGURO	3.517,42
96/06/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.344,95
96/07/08	$156.336	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Jun/96	21.105,00
96/07/08		PRIMA DE SEGURO	3.283,00
96/07/08		COMISION ADMINISTRADORA	2.188,67
96/08/08	$156.336	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Jul/96	21.105,00
96/08/08		PRIMA DE SEGURO	3.283,00
96/08/08		COMISION ADMINISTRADORA	2.188,67
96/09/09	$21.927	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ago/96	2.960,00
96/09/09		PRIMA DE SEGURO	460,44
96/09/09		COMISION ADMINISTRADORA	306,96
96/10/07	$215.193	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Sep/96	29.051,00
96/10/07		PRIMA DE SEGURO	4.519,04
96/10/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.012,70

CONTINUA...

CEPO-

M0100106616400420007

CUENTA INDIVIDUAL DE PENSIONES NIT. 800.139.690-2

11 HOJA 2 DE 3

PERIODO

APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ
MAYAGUEZ
CALI - VALLE DEL CAUCA
TELS: 823238 - 823238
MAYAGUEZ S A

DESDE: 1994/04/01 HASTA: 1997/04/09

No. DE DOCUMENTO | RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL
5.242.615 | PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
...VIENE			
96/11/07	$35.365	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Oct/96	4.841,00
96/11/07		PRIMA DE SEGURO	753,04
96/11/07		COMISION ADMINISTRADORA	502,03
96/12/09	$197.261	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Nov/96	26.630,00
96/12/09		PRIMA DE SEGURO	4.142,44
96/12/09		COMISION ADMINISTRADORA	2.761,63
97/01/07	$193.675	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Dic/96	26.146,00
97/01/07		PRIMA DE SEGURO	4.067,16
97/01/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.711,44
.2/07	$232.529	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ene/97	31.391,00
./02/07		PRIMA DE SEGURO	4.883,04
97/02/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.255,36
			CONTINUA...

CUENTA INDIVIDUAL DE PENSIONES — NIT. 800.139.690-2

11 — HOJA 3 DE 3

PERIODO

APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ
MAYAGUEZ
CALI - VALLE DEL CAUCA
TELS: 823238 - 823238
MAYAGUEZ S A

DESDE: 1994/04/01 HASTA: 1997/04/09

No. DE DOCUMENTO | RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL
5.242.615 | PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
...VIENE			

RESUMEN DE LA CUENTA INDIVIDUAL

	UNIDADES	PESOS ($)
SALDO INICIAL	0,000000	0,00
ABONOS A CUENTA	112,496880	227.621,90
RENDIMIENTOS		59.698,46
SALDO FINAL	112,496880	287.320,36

VALOR UNIDAD

VALOR INICIAL	VALOR FINAL
1.000,000000	2.554,029505

FECHA AFILIACION : 1997/03/13

DETERMINACION DE HISTORIA PARA BONO PENSIONAL TIPO B

COLPATRIA
NIT.800.139.690 - 2

C.C. 5'242,615 SANCHEZ ORBOBEZ APOLINAR SOL.01 PAG 1
Nacimiento 15/MAY/1962 Corrijala aqui si es el caso: (dd/mm/aa) / /
Administradora actual COLPATRIA Traslado al regimen 01/FEB/1995
Redencion anticipada por INVALIDEZ ocurrida el 20/OCT/1996

CSC-
M0100106616400110008

CON AFILIACION AL ISS (ARCHIVO MASIVO)

Afiliacion 905242615 Patronal 15050101059 INVERSIONES SANINT PELAEZ L		
29/OCT/1990 INGRESO		$41,040
01/ENE/1991 CAMBIO SALARIO		$54,630
01/ENE/1992 CAMBIO SALARIO		$61,950
14/FEB/1992 RETIRO		$61,950
Afiliacion 905242615 Patronal 04070104280 MAYABUEZ S A (ALA)		
02/ENE/1992 INGRESO		$41,025
29/FEB/1992 RETIRO		$60,843
01/ABR/1992 INGRESO		$131,990
01/MAY/1992 CAMBIO SALARIO		$83,074
30/JUN/1992 SALARIO BASE		$83,074
01/JUL/1992 CAMBIO SALARIO		$126,233
01/AGO/1992 CAMBIO SALARIO		$109,582
01/SEP/1992 CAMBIO SALARIO		$103,717
01/OCT/1992 CAMBIO SALARIO		$115,039
[illegible]V/1992 CAMBIO SALARIO		$101,816
DIC/1992 CAMBIO SALARIO		$113,449
01/ENE/1993 CAMBIO SALARIO		$110,038
28/FEB/1993 INIC LICENCIA		$115,701
01/MAR/1993 CAMBIO SALARIO		$107,211
01/MAR/1993 FIN LICENCIA		$115,701
01/ABR/1993 CAMBIO SALARIO		$153,471
01/JUN/1993 CAMBIO SALARIO		$116,939
31/JUL/1993 INIC LICENCIA		$205,267
01/AGO/1993 CAMBIO SALARIO		$143,769
01/AGO/1993 FIN LICENCIA		$205,267
01/SEP/1993 CAMBIO SALARIO		$182,630
01/OCT/1993 CAMBIO SALARIO		$139,937
01/NOV/1993 CAMBIO SALARIO		$115,695
01/DIC/1993 CAMBIO SALARIO		$141,436
31/ENE/1994 INIC LICENCIA		$159,599
01/FEB/1994 CAMBIO SALARIO		$112,948
01/FEB/1994 FIN LICENCIA		$159,599
01/MAR/1994 CAMBIO SALARIO		$158,606
3[illegible]/1994 INIC LICENCIA		$145,212
[illegible]AY/1994 FIN LICENCIA		$145,212
31/MAY/1994 INIC LICENCIA		$154,192
01/JUN/1994 FIN LICENCIA		$154,102
30/JUN/1994 INIC LICENCIA		$183,145
01/JUL/1994 CAMBIO SALARIO		$177,483
01/JUL/1994 FIN LICENCIA		$183,145
31/AGO/1994 INIC LICENCIA		$167,291
01/SEP/1994 FIN LICENCIA		$167,291
29/SEP/1994 INIC LICENCIA		$192,997

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. OFICINA DE BONOS PENSIONALES

C.C. 5'242,615 SANCHEZ ORDOBEZ APOLINAR SOL.01 PAG 2

01/OCT/1994	FIN LICENCIA	$192,997
30/OCT/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/NOV/1994	FIN LICENCIA	$154,102
30/NOV/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/DIC/1994	CAMBIO SALARIO	$172,476
01/DIC/1994	FIN LICENCIA	$154,102
31/DIC/1994	SIGUE ACTIVO	$172,476

COM-
M0100106616400030009

Santafè de Bogotà, D.C. agosto 30 de 1996
BEN-0242-mnl

PARA: **OFICINA CALI**
Atn : Sta. Martha Lucia Arias

ASUNTO: **Estudio Pensión por Invalidez- Apolinar Sànchez Ordoñez**

Apreciados Señores:

Revisada nuestra base de datos encontramos que del afiliado de la referencia, no se encuentra documento físico de la afiliación, por tanto, es necesario que el mismo sea solicitado a la empresa Mayagüez.

En espera de su amable y su pronta colaboración.

Atentamente,

P/p Mireya Nari

JOSE ORLANDO PALACIO
Dirección de Beneficios

COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT. 800.139.690 - 2

COLPATRIA

17

Santafè de Bogotà, D.C.,septiembre 12 de 1996
BEN-0267-mnl

RECIBIDO
PARA ESTUDIO
12 SEP. 1996
GERENCIA - Riesgos Profesionales
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA

Señores:
A.R.P. COLPATRIA
Atn : Dr. Camilo Sàenz.
Gerente.

REF: Calificaciòn de Invalidez del : Sr. Apolinar Sànchez Ordoñez

COM-
M0100106616400030010

Apreciados Señores:

De acuerdo al procedimiento establecido con ustedes, les adjuntamos los documentos de nuestro afiliado en referencia, con el fin de que ustedes se sirvan colaborarnos en la calificaciòn de invalidez a travès de los señores PREVENSEG.

1. *Comunicaciòn escrita informando nombre completo, cedula de ciudadania, direcciòn y telèfono actual del afiliado para envio de correspondencia.*

- *Intituciones de Seguridad Social donde se encuentra actualmente afiliado por riesgo de salud (E.P.S), o por riesgo profesional (A.R.P).*

- *I.P.S. donde es atendido actualmente, nombre de los mèdico (s) tratantes y telèfono(s).*

2. *Fotocopia de la Historia Clinica*

Cualquier aclaraciòn con gusto les serà atendida.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Direcciòn de Beneficios

Adjunto. Lo anunciado

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

I. DATOS PERSONALES:

CEDULA DE CIUDADANIA :		*5.242.615*
DIRECCIÒN	:	*Calle 8 No. 1-31 Piso 2. Oficinas Mayaguéz - Cali*
TELEFONOS	:	*Dr. Alberto Montoya Duque* *Jefe del Departamento de Salud ocupacional* *92.261 10 10 (oficina Mayagüez-Candelaria).* *92-264-81-52 (para coordinar cita médica con la Sta. Solangel Salazar).*

II. ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL DONDE SE ENCUENTRA

RIESGOS		*ENTIDAD*
PENSION	:	*FONDO DE PENSIONES COLPATRIA*
SALUD	:	*I.S.S.*
I.P.S.	:	*Clinica Rafael Uribe Uribe - Cali*
A.R.P.	:	*I.S.S.*
HISTORIA CLINICA N.	:	*905242615*
MEDICOS TRATANTES	:	*Dr. OSCAR DELGADO RODRIGUEZ* *Medicina Interna* *Clinica Rafael Uribe Uribe-Cali*
TELEFONOS	:	*Dr. JUAN C. BEDOYA* *Traumatologia- y Ortopedia* *Clinica Rafael Uribe U.-Cali*
TELEFONOS	:	*667 61 49 Fax. 668 14 32*

COM-
M01001086164001000 11

FONDOS DE PENSIONES

LEY 100

Tal como les habíamos advertido a todos los trabajadores a través de comunicados y boletines del peligro que había el precipitarnos a afiliarnos a los Fondos de Pensiones y a las entidades Promotoras de Salud, el tiempo nos ha dado la razón y es que cuando nos ofrecían afiliarnos a dichos Fondos, nos prometían muchas cosas, una de ellas era que podíamos pensionarnos con mas de 40 años y muchos trabajadores desafortunadamente creyeron y hoy en día la realidad es otra, por ejemplo el compañero COLMAR SANCHEZ 2408-50, de la sección 50, trabajador de la Hacienda llegaron a dicha sección y les prometieron una cantidad de cosas, el compañero tiene en el momento 34 años de edad y el ISS por intermedio de la Oficina de Medicina Laboral ha conceptuado que él, debe pensionado por invalidez. De acuerdo con la ley, pasados 180 días, si el trabajador se ha desafiliado del ISS y se ha afiliado a algún Fondo de Pensión, debe de acudir a la E.P.S. a la cual esté afiliado, hasta aquí llega el ISS, pero resulta que el compañero cuando nos informó que el ISS le había comunicado que tenía que pensionarlo pero el ISS no lo podía asumir, fue que nos enteramos que el compañero se había afiliado a los Fondos de Pensiones de Colpatria, inmediatamente la Junta Directiva del Sindicato se apersonó del caso del compañero y nos dirigimos con él, mismo a Colpatria, esto hace más o menos dos meses y hasta la fecha Colpatria no ha iniciado los tramites de evaluación de dicha pensión, disque porque la orden la tiene que dar Bogotá y no conocemos siquiera los médicos que hagan esta evaluación, o sea que este compañero se encuentra en este momento sin incapacidad ni del ISS ni de Colpatria y no se sabe cuándo le irán a resolver el problema.

Esto lo informamos para que los trabajadores no se vayan a precipitar afiliándose a dichos Fondos de Pensiones.

Casos como estos, se vienen presentando tanto en los Fondos de Pensiones como en las E.P.S. que algunos trabajadores se han afiliado.

Es nuestra obligación estar informandoles a los trabajadores de lo que está sucediendo, ya que muchos nos han preguntado que como hacen para desafiliarse de estas entidades, al respecto queremos manifestarles que para desafiliarse de los Fondos de Pensiones, deben esperar 150 semanas y para las E.P.S. un año.

Igualmente informamos a todos los compañeros que los que a la fecha Abril de 1993 tenían 40 años de edad los hombres y 35 años las mujeres ó 15 años de cotización, éstos tienen plazo para regresar al Fondo de Pensiones del Seguro hasta el 31 de Diciembre de 1996, sin perder los derechos que dá el Regimen de Transición de la Ley 100 de 1993.

Santafè de Bogotà, 16 Octubre de 1.996.
BEN, 0323, M.P.P.

MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA
NOV 1 2 29 PM '96

DOCTOR
GERMAN JARAMILLO VILLEGAS
GERENTE GENERAL
MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA VALLE

COM-
M0100106616400030012

Respetado Doctor,

Hemos tenido conocimiento de la comunicación emitida por el sindicato de la empresa, en relación con el caso del Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, afiliado a nuestro fondo de pensiones, y por tanto, nos permitimos presentar ante ustedes una breve aclaracion sobre el tramite que debe seguir el sistema (Tanto en el Regimen Solidario de Prima Media con Prestacion Definida, I.S.S, como en el Regimen de Ahorro Indrvidual con Solidaridad, A.F.P.) cuando se solicita la calificación de un estado de invalidez, a saber:

1. El procedimiento a considerar en el evento de una solicitud de calificación del Estado de Invalidez, es el siguiente:

a. El primer paso debe ser la consecución de todos las pruebas documentales, que permitan establecer a la entidad correspondiente, que el caso remitido para su estudio cumple con los requisitos establecidos en la ley, para el otorgamiento de la calificación de invalidez, como lo son: Historia clinica completa, incapacidades, aporte de datos necesarios para complementar la hoja de vida del paciente: Nombre completo, documento de identidad, dirección actualizada, teléfono actualizado, el nombre de las instituciones de seguridad social en donde se encuentra actualmente el afiliado por riesgo de salud (E.P.S.), por riesgo profesional (A.R.P.) y la I.P.S. en donde le están atendiendo actualmente y los nombres completos, direcciòn actualizada, telèfono actualizado de los mèdicos tratantes.

b. Una vez se reúne la totalidad de los requisitos fijados en el anterior ordinal, se procede a la remisión del caso a la entidad legalmente autorizada para èste efecto, PREVENSEG (En el caso del I.S.S. seria la oficina de Incapacidad Laboral), con la finalidad de determinar el grado de invalidez con base en las pruebas aportadas.

c. Una vez PREVENSEG analiza técnicamente las pruebas aportadas en la solicitud. Procede a la valoración médica del afiliado, es decir, se somete a la evaluaciòn mèdica laboral ante mèdicos altamente calificados y especializados en el ramo.

d. Una vez se realiza dicha valoración, se procede a la determinación del grado de invalidez, para determinar si se concede o no pensiòn por invalidez, de conformidad con los paràmetros fijados en la ley, a saber:

" Artículo 69. **Pensión de Invalidez.** El estado de invalidez, los requisitos para obtener la pensión de invalidez, el monto y el sistema de su calificación en el régimen de ahorro individual con solidaridad, se regirá por las disposiciones contenidas en los artículos 38, 39, 40 y 41 de la presente ley. ".

*" Artículo 38. **Estado de Invalidez.** Para los efectos del presente capítulo se considera invàlida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral. ".* (El subrayado es nuestro.)

e. La entidad legalmente autorizada para èste efecto, en nuestro caso PREVENSEG, notifica a la entidad pagadora de la pensiòn sobre la calificación que ha otorgado.

f. La entidad pagadora de la pensiòn notifica al afectado la decisiòn, que la entidad legalmente autorizada, es decir, PREVENSEG ha tomado en relaciòn con su peticiòn.

g. Se procederà a la verificaciòn con el empleador, para determinar si el afectado, se encuentra desvinculado de la empresa (De conformidad con los paràmetros fijados por la ley laboral para ese efecto), o a partir de que fecha se darà por terminado el contrato de trabajo, para iniciar una vez reunidos los demàs requisitos, el pago de la pensiòn a que haya lugar.

2. En el evento en el cual la calificación sea declarando que no es procedente el estado de invalidez, o que confiriò un porcentaje inferior al 50%, el afectado con dicha decisiòn dispondrà de una serie de mecanismos legales para obtener revisiòn de la decisiòn que afectò su situaciòn. Estos medios estàn establecidos en los términos de los artículos 41, 42, 43 y 44 de la Ley 100 de 1.993, Decreto 692 de 1.995 y demàs que los reglamenten y adicionen, a saber:

" Artículo 41. **Calificación del Estado de Invalidez.** El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por la pérdida de la capacidad laboral.

Artículo 42. **Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.** En las capitales de departamento y en aquellas ciudades en las cuales el volumen de afiliados así lo requiera, se conformará una comisión interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen.

Las comisiones estarán compuestas por un número impar de expertos, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quienes actuarán de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Los honorarios de los miembros de la comisión serán pagados por la entidad de previsión o seguridad social o la sociedad administradora a la que esté afiliado el solicitante.

Artículo 43. **Junta Nacional de Calificación de Invalidez.** Crease la Junta Nacional para la Calificación de los Riesgos de Invalidez con sede en la capital de la República, integrada por un número impar de miembros designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
Esta Junta, que será interdisciplinaria, tiene a su cargo la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las juntas regionales o seccionales respectivas.
Los honorarios de los miembros de la Junta serán pagados, en todo caso por la entidad de previsión o seguridad social correspondiente.
El Gobierno Nacional reglamentará la integración, financiación y funcionamiento de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, de su secretaría técnica y de las Juntas regionales o seccionales, el procedimiento de apelación, el manual único para la calificación de la invalidez y demás normas necesarias para su adecuado funcionamiento.
Parágrafo. Los miembros de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez de que trata el artículo anterior, no tienen carácter de servidores públicos.

Artículo 44. **Revisión de las Pensiones de Invalidez.** El estado de invalidez podrá revisarse:
a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de radicar modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.
El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.
Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa. ".

3. Es importante resaltar, el estado en el que se encuentra la calificación de invalidez del Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ con corte a la fecha de la presente comunicaciòn: Los médicos de PREVENSEG realizaron la semana pasada el examen medico y de acuerdo con el informe telefónico que nos dio esa entidad, en el transcurso de ésta semana se expedirá el documento que soporta el dictamen, por tanto, a más tardar en la semana del 21 de los corrientes se notificara al afiliado la calificación de su estado de invalidez

4. Una vez sea calificado el estado de invalidez y con base en el resultado del dictamen, se procederá a iniciar los trámites conducentes al otorgamiento de la calidad de pensionado y el pago de la correspondiente pensión, una vez se reúnan los requisitos para el efecto.

Deberán ser remitidos en el menor tiempo posible los siguientes documentos:

a. Registro Civil de Nacimiento y fotocopia de la cédula de ciudadanía del afiliado.

b. Registro Civil de matrimonio o dos (2) Declaraciones Extrajuicio para acreditar calidad de compañero (a) permanente.

c. Registro Civil de Nacimiento de beneficiarios para acreditar parentesco.

d. Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios mayores de edad.

La celeridad en la remisión de los documentos enunciados anteriormente, dará claridad y efectividad en el resultado trazado, es decir, al otorgamiento de la pensiòn en el evento de proceder de conformidad con el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993.

Cualquier informaciòn adicional, serà atendida en la Carrera 7 No. 27-52, piso 7, Colpatria Sociedad Administradora de Fondos de Cesantìas y Pensiones S.A., Gerencia de Beneficios.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

c.c. Sr. Libardo Gonzalez Truyo.
Presidente
Sindicato.

COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES S.A.

COLPATRIA

SEGURO PREVISIONAL DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA
AVISO DE SINIESTRO

NOMBRE DEL AFILIADO: Apolinar Sanchez Ordoñez | POLIZA No.:

CEDULA DE CIUDADANIA No.: 5.242.615 | SEXO: M ☐ F ☐ | FECHA DE NACIMIENTO: /AA /MM /DD

ULTIMA OCUPACION:

FECHA DE AFILIACION AL FONDO: /AA /MM /DD | FECHA DEL SINIESTRO: /AA /MM /DD

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO O DE LA INVALIDEZ:

☐ CARDIOVASCULAR ☐ NUROLOGICA ☐ PULMONAR ☐ SIDA ☐ HEPATICA ☐ CANCER
☐ ACCID. TRANSITO ☐ OTROS ACCIDENTES ☐ SUICIDIO ☐ HOMICIDIO
☐ OTRAS CAUSAS:
(ESPECIFIQUE)

-SAI-
M0100106616400210013

AMPAROS AFECTADOS: ☐ AUXILIO GASTOS FUNERARIOS
☐ SUMA ADICIONAL PARA PENSION DE SOBREVIVENCIA ☐ SUMA ADICIONAL PARA PENSION POR INVALIDEZ

DATOS ADICIONALES:

SALDO TOTAL EN LA CUENTA INDIVIDUAL DEL AFILIADO: $ 142.250.68 96-19-11

NUMERO DE SEMANAS COTIZADAS EN EL FONDO: | NUMERO DE SEMANAS COTIZADAS EN EL SISTEMA:

ULTIMO INGRESO BASE DE COTIZACION REGISTRADO EN EL SISTEMA AS-400: $

CALCULO TEORICO DEL VALOR DEL BONO PENSIONAL: $

FECHA DE AVISO A SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.: /AA /MM /DD

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE | FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

OFICINA QUE RECIBE EL AVISO: | FECHA DE RECIBIDO: /AA /MM /DD

NUMERO DE RADICACION:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE | FIRMA

FORMA FP-022 MAYO /95

ORIGINAL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA 1ra. COPIA: FONDO DE PENSIONES COLPATRIA 2da. COPIA: CARPETA DE AFILIADO

Código	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
Calificación										0.00
Descripción										

2. MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FÍSICA

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Total
Calificación				1.25						1.25
Descripción										

3. MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción										

4. MINUSVALIA DE OCUPACIONAL

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	Total
Calificación								9.0		9.00
Descripción										

5. MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción.										

6. MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	Total
Calificación						2.0				2.00
Descripción										

7. MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Código	70	71	72	73	74	75	76			Total
Calificación				3.5						3.50
Descripción										

Nota: en el respaldo de la hoja encontrará el detalle de cada uno de los códigos y su puntaje. En la casilla de detalle se deben consignar los hallazgos de cada sección que sopesan el dictamen.

RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN POR MINUSVALIA

#		Puntaje Máximo	Calificación total por sección
1.	MINUSVALIA DE ORIENTACIÓN	5.0%	0.00
2.	MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FÍSICA	2.5%	1.25
3.	MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD	2.5%	1.00
4.	MINUSVALIA DE OCUPACIONAL	10.0%	9.00
5.	MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	2.5%	1.00
6.	MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA	2.5%	2.00
7.	MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD	5.0%	3.50
	Calificación Máxima Posible	30.0%	
	Sumatoria Total		17.75 %

Descripción:

Firma del calificador: Viviana Morales

DPC-

M0100106616400010014

FORMULARIO PARA EL DICTAMEN DE INVALIDEZ

Entidad solicitante:	SEGUROS COLPATRIA	Nº de Radicación:	216
Ciudad: Cali		fecha: 20 de Octubre de 1996	

Motivo de la solicitud

Calificación grado de invalidez	x	Origen común			x
Origen profesional		Enfermedad Profesional		Accidente de trabajo	

Identificación del trabajador:

Nombre: APOLINAR SANCHEZ	C.C.o T.I.: 5.242.615 de Leiva (Nariño)
Edad: 34 años.	Sexo: Masculino
Dirección : Ingenio Mayaguez Hacienda Arauca.	Teléfono:

Condición :

Afiliado	x	Beneficiario	
Cargo actual: Oficios varios del campo		Labor que desempeña:	

ANTECEDENTES GENERALES:

Personales

Patológicos	x	Médicos		Quirúrgicos		Otros	
tóxicos		Fracturas		Traumáticos			
Alérgicos		Malformaciones		Secuelas			

Ampliación.
Poliartralgia, Sinusitis, Ulcera péptica.
Tuberculosis pulmonar hace 8 años.

Familiares
Padres vivos y sanos.

Revisión por sistemas:

EXAMEN FÍSICO:

TA: 120 / 80 mmHg	FC: 80 por min	FR: 18 por min
T°: 36.5 °C	PESO: 51.5 Kg	TALLA: 1,67 mts

HALLAZGOS:
Regular estado general, afebril, llega por sus propios medios.
Poliartralgica, mialgias generalizadas, marcha difícil por cansancio.
Disminución de fuerza en articulaciones de miembros superiores e inferiores.
Cicatriz por Biopsia en muslo derecho.

RECIBIDO
PARA ESTUDIO
28 OCT. 1996
PRESTACIONES ARP
SEGUROS DE VIDA

Exámenes de diagnóstico:
Laboratorio Clínico, Rayos X,
Gamagrafia Osea,
Biopsias Muscular y sinovial.

Resultados interpretación
Granulocitopenia - Linfocitosis - Plaquetopenia.
Cambios inflamatorios en acetábulo, tarso izquierdo y hombros.

Los antecedentes son suficientes para el dictamen (si o no):	
En caso de no ser así, cuales estima necesarios	

I. DEFICIENCIAS:

Cap	CAUSALES	# orden	Diagnóstico
I	Sistema Musculo Esquelético		
II	Sistema Nervioso Periférico		
III	Reumatología	1	Enfermedad del Colageno
IV	Aparato Respiratorio		
V	Aparato Digestivo		
VI	Sistema Genito Urinario		
VII	Sistema Cardiovascular		
VIII	Enfermedad Neoplásica Maligna		
IX	Sistema Endocrino		
X	Piel		
XI	Sistema Nervioso Central		
XII	Enfermedad Mental		
XIII	Órganos de los Sentidos		
XIV	Sistema Hemato Poyetico		

Nota: # orden, corresponde al ordenamiento por gravedad de la deficiencia

# orden	Código CIE	DESCRIPCIÓN	% Asignado	Capitulo, paginas
1		Enfermedad del Tejido Conectivo Clase III.	29.9	Cap.III Num.3.4.3 Pág.150
SUMATORIA		A%+B%*(50%-A%)		29.9 %

Calificación máxima posible 50%

Dr. Humberto Gonzalez.
Firma del calificador
R.P.# 10463

Código	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Suma
Calificación											0.0
Descripción:											

2. DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Suma
Calificación											0.0
Descripción											

3 . DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Suma
Calificación				0.2	0.2	0.2	0.2			0.2	1.0
Descripción:											

4. DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	Suma
Descripción	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2				0.2	1.4
Descripción..											

5. DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	Suma
Calificación	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2			0.2		1.4
Descripción.											

6. DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	Suma
Calificación				0.2	0.2				0.2	0.2	0.8
Descripción.											

7. DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN

Código	70	71	72	73	74	75	76	77	78	Suma
Calificación		0.2	0.2	0.2						0.6
Descripción:										

8. DISCAPACIDADES DE UNA DETERMINADA APTITUD

Código	Suma
Calificación	1.0
Descripción	

9. NIVELES COMPLEMENTARIOS

NIVEL COMPLEMENTARIO DE GRAVEDAD

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación						1.0		1.0
Descripción.								

NIVEL COMPLEMENTARIO DE PRONOSTICO

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación							2.0	2.0
Descripción								

Nota: en el respaldo de la hoja encontrará el detalle de cada uno de los códigos y los porcentajes. En la casilla de detalle se deben consignar los hallazgos de cada sección que soportan el dictamen.

RESUMEN DELA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

#	DETALLE	Porcentaje Máximo	calificación total por sección
1	DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA	2%	0.0
2	DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN	2%	0.0
3	DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA	2%	1.0
4	DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN	2%	1.4
5	DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO	2%	1.4
6	DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA	2%	0.8
7	DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN	2%	0.6
8	DISCAPACIDAD DE UN DETERMINADA APTITUD	2%	1.0
	NIVELES COMPLEMENTARIOS DE GRAVEDAD DE PRONOSTICO	2% 2%	1.0 2.0
	Sumatoria Total (Calificación Máxima Posible: 20%)		9.2 %

Firma del calificador: Viviana Morales R.P.# 17047

Cristian Alonso R.

Cap	CRITERIO	%	Dado por
I	DEFICIENCIA	29.90	Humberto Gonzalez
II	DISCAPACIDADES	9.20	Viviana Morales
III	MINUSVALIA	17.75	Viviana Morales
	TOTAL	56.85 %	

DETERMINACIÓN DEL ORIGEN

Enfermedad	x	Accidente		Invalidez		Muerte	

Diagnóstico

Enfermedad de Tejido Conectivo	
Origen profesional	Origen común

Etiología probable

OTROS PRONUNCIAMIENTOS

Antigüedad y/o fecha de inicio: Un año

Fecha probable 50%:

Tratamientos efectivamente recibidos:

Médico, Fisioterapia.

CAMBIOS IMPORTANTES Y FECHA

ESTADO ACTUAL

Regular

TERAPEUTICA POSIBLE

POSIBLE RECUPERACIÓN O REHABILITACIÓN

Pronóstico reservado.

HUMBERTO GONZALEZ
FIRMA MD-CALIFICADOR
RP# 10463

Santafè de Bogotà, D.C., Octubre 31 de 1996
BEN-0350-mnl

DPC-
M0100106615400010015

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Cali

REF : Estudio Calificacion de Invalidez

2Apreciado Señor

*Concluido el trámite de calificación de Invalidez, nos permitimos comunicarle que la entidad legalmente autorizada para el efecto, emitió una calificación del **56.85 %**. Por lo tanto, se le otorga la calidad de **INVALIDO**, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 38 de la Ley 100/93 " **ESTADO DE INVALIDEZ**- Se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral".*

Para continuar con el trámite se hace necesarios los siguientes documentos:

1. Registro civil de nacimiento y fotocopia de la cédula de ciudadanía del afiliado.

2. Registro civil de matrimonio o dos (2) declaraciones extrajuicio para acreditar la calidad de compañero (a) permanente.

3. Registro civil de nacimiento de los beneficiarios para acreditar parentesco.

4. Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios mayores de edad.

*5. **Carta del empleador en donde conste fecha de ingreso, de retiro, último cargo desempeñado y salario devengado.***

BEN-0350-mnl

Pendientes de sus comentarios al respecto, los saludamos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Gerencia de Beneficios

C.C. MAYAGUEZ S.A. - Dr. Germán Jaramillo - Gerente General
Sr. Libardo González Truyo- Presidente del Sindicato

Santafè de Bogotà, D.C., noviembre 22 de 1.996
BEN-0380-mnl

COM-
M0100106816400030016

Señores:
MAYAGUEZ S.A.
Atn. Dr Germán Jaramillo
Gerente General

Apreciados Señores:

*En Complemento a nuestra comunicación **BEN-0350-mnl** de fecha Octubre 31 de 1996, nos permitimos informarle que de acuerdo con la calificación de Invalidez emitida por la entidad legalmente autorizada **" PREVENSEG"**, el señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** identificado con Cèdula de Ciudadanìa No.5.242.615, accederà a la pensiòn de Invalidez a partir de la fecha en la cual se dè por terminado su contrato de trabajo con su importante empresa.*

Por lo tanto, quedamos a la espera de la Certificaciòn laboral en donde conste: fecha de ingreso, de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y ùltimo salario devengado.

En espera de su pronta respuesta, los saludamos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO R.
Gerencia de Beneficios

Santafé de Bogotá, Noviembre 28 de 1.996.
BEN,0396, M.P.P.

COM-
M0100106615400010017

PARA: **AGENCIA DE CALI**
ATN: MARTHA LUCIA ARIAS
DIRECCION OPERATIVA

DE: **GERENCIA DE BENEFICIOS**
Dr. ORLANDO PALACIOS

ASUNTO: **ACLARACION CASO MAYAGUEZ S.A.**

Apreciado señorita,

De acuerdo con las dificultades que se han presentado en cuanto a la interpretación del caso de la referencia, nos permitimos realizar las siguientes precisiones:

1. De conformidad con el dictamen que profirió la entidad PREVENSEG, se le dio una calificación del 56.85 %, es decir, se le concedió al Sr. APOLINAR SANCHEZ la calidad de invalido al mencionado señor, en la medida en que alcanzó a cumplir los parámetros fijados por el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993. Lo anterior, fue notificado al Sr. APOLINAR SANCHEZ, de acuerdo con comunicación de fecha Octubre 31 de los corrientes, remitida a través de comunicación de la misma fecha a ustedes para su respectiva entrega.

Es importante anotar, que el contenido del dictamen otorgado por PREVENSEG, es de carácter confidencial de conformidad con lo establecido en la legislación vigente, salvo, que el mismo sea solicitado formalmente y en forma directa por el afectado.

2. En cuanto al monto mensual de la pensión de invalidez depende del grado de incapacidad y se determina de la siguiente manera:

a) Incapacidad igual o superior al 50% e inferior al 66%:

- 45% del IBL.
- Más el 1.5% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 500,

b) Incapacidad igual o superior al 66%:

- El 54% del IBL.

- Más el 2% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800.
Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación IBL y en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual. En 1.996 $ 142.125

En el caso que nos ocupa se tendría que aplicar lo indicado en ordinal a), por tratarse de una incapacidad superior al 50% pero inferior al 66%, es decir: 56.85 %.

3. En lo relacionado al reconocimiento y pago de la pensión de invalidez, la misma se reconocerá a solicitud de parte interesada y comenzará a pagarse, en forma retroactiva, desde la fecha en que se produzca tal estado.

Pero, para proceder a realizar el pago de la pensión por invalidez, se hace necesaria la remisión de los documentos solicitados por esta Sociedad, de conformidad con los parámetros fijados por la legislación para el efecto. Dichos requisitos han sido solicitados en las siguientes fechas respectivamente:

a. 16 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Gerente General de Manyaguez S.A..
b. 31 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Sr. Apolinar Sánchez Ordoñez.
c. 22 dé noviembre de 1.996, en comunicación remitida al Gerente General de Manyaguez S.A..

Por tanto, hasta que no se cumpla con la remisión de los requisitos exigidos en las comunicaciones enunciadas, el Fondo de Pensiones Colpatria, se encuentra en imposibilidad jurídica de iniciar los pagos respectivos, siendo preciso aclarar, que los mismos se harán en forma retroactiva a la fecha en la cual se le concedió la calidad de invalido.

Como consecuencia de lo anterior, es indispensable tratar de obtener en el menor tiempo posible la consecución de los mismos.

Adicionalmente, nos permitimos resaltar el carácter de " Urgente ", que tiene el envío de la Certificación que deberá expedir el empleador en donde consta: La fecha de ingreso, de retiro, cargo desempeñado , horario de trabajo y último salario devengado.

En espera de haber aclarado las dudas presentadas.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

GRI -330-96

COM-
M0100106616400030018

Candelaria, 4 de Diciembre de 1996

Doctor
JOSE ORLANDO PALACIO R.
Gerente de Beneficios
Pensiones y Cesantías Colpatria
Carrera 7a # 24-89 Piso 46
Santa Fé de Bogotá

En referencia a su carta BEN-0380 mnl Noviembre 22 de 1996 y en particular sobre la invalidéz de nuestro trabajador Apolinar Sánchez Ordoñez, me permito comunicarle que por legislación laboral es indispensable que primero se produzca oficialmente la calificación de invalidéz, se notifique a la Empresa el porcentaje de la misma, la clase de invalidéz temporal, definitiva o a plazo determinado para revisión, el valor mensual o cuantía final si es un solo pago etc.

Con los anteriores datos la Empresa definirá la cancelación del contrato avisando al trabajador con anticipación de 15 días mínimo.

La cancelación del contrato es una consecuencia de la calificación de invalidéz y no se puede hacer a la inversa.

Atentamente,

CARLOS MOLINA CABAL
Gerente de Relaciones Industriales

Copias: Dr. Alberto Montoya
Dra. Ana Cecilia Giraldo
Folder Trabajador
Consecutivo

Luz Nila M.

Recibido Cali
DIC. 20 1996

CFS-
M0100106616400110019

CERTIFICACION

EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL DEL INGENIO MAYAGUEZ

Hace constar que EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado con la cédula de ciudadanía No. 5.242.615 de LEIVA-NARIÑO está (XXXXX) estuvo ( ) vinculado (a) a esta Empresa desde el 22 DE ENERO DE 1992

Desempeñando el cargo de: LABORES DE CAMPO

asignación diaria de : SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS CON 0.12 M/CTE. ($ 7.173.12) mensual de: DOSCIENTOS QUINCE MIL CIENTO NOVENTA Y TRES PESOS CON 0.60 MDA/CTE. ($215.193.60).

Tipo de Contrato: INDEFINIDO

Mayaguez S.A.

OBSERVACIONES

EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ SE ENCUENTRA A LA FECHA LABORANDO EN LA EMPRESA CON UN HORARIO DE LUNES A MIERCOLES DE 6:00 A.M. a 11:00 A.M. y de 12:00 M a 5 :00 P.M. (10 horas) JUEVES Y VIERNES DE 6:00 A.M. a 11:00 A.M. y de 12:00 M a 4 ;00 P.M. (9 horas)

mayagüez s. a.

Ana Cecilia Giraldo V.

ANA CECILIA GIRALDO V.
Directora División de Personal

AUTORIZADA Y SELLO FECHA

FECHA Diciembre 13 de 1996

Santafé de Bogotá, Diciembre 23 de 1.996.
BEN,0452,M.P.P.

COM-
M0100106616400030020

DOCTOR
CARLOS MOLINA CABAL
GERENTE DE RELACIONES INDUSTRIALES
MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA

MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA
ENE 8 4:58 PM '97

Respetado Doctor,

En atención a su comunicación de fecha cuatro (4) de diciembre de los corrientes, procedemos a realizar el análisis jurídico que soporta la petición realizada por esta Sociedad, a través de la comunicación denominada BEN-0380-m.n.l., en los siguientes términos:

1. De conformidad con lo indicado en el artículo 62, se establece: " **Terminación del contrato por justa causa.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo: a) **Por parte del patrono:** ... 14) El reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación o invalidez estando al servicio de la empresa. "

2. Es importante observar, los planteamientos de la jurisprudencia con relación a lo indicado en el artículo 62, numeral 14, a saber:

" **La pensión que justifica al despido debe otorgarse cuando el trabajador está aún al servicio de la empresa.** Lo que la ley instituye como justa causa de terminación unilateral del contrato de trabajo es el reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación por parte del patrono o de la pensión de vejez por parte del Instituto de Seguros Sociales. Este reconocimiento equivale al otorgamiento de la pensión, y no puede confundirse con el simple cumplimiento de los presupuestos legales que dan derecho a exigirla o imponen la obligación de reconocerla y pagarla. El propósito inequívoco del legislador fue el de que no existiera solución de continuidad entre la cesación en el pago del salario y el comienzo del pago de la pensión y por ello exigió que el reconocimiento se efectuase antes de que se produjera la desvinculación del trabajador, o, en sus propias palabras, " estando al servicio de la empresa ", de tal suerte que al ponérsele fin al contrato estuviese en condiciones de percibir inmediatamente el valor de la pensión en sustitución del salario. (El subrayado es nuestro).

Sin estas consideraciones muy seguramente no habría podido consagrar como justa la aludida causal, pues precisamente de ellas, y sólo de ellas, se deriva su justificación. Lo contrario, esto es, permitir que el trabajador sea sometido a permanecer algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago oportuno de pensión, habría resultado flagrantemente injusto.

La circunstancia de que la pensión sea de cargo de los Seguros Sociales no autoriza al patrono para prescindir de los servicios del trabajador sin que previamente se le haya reconocido, ni hace inoperante la causal en el evento de que éste no gestione su reconocimiento. ". (El subrayado es nuestro).

De lo anterior, se desprende claramente:

a. El espíritu de la legislación se orienta a establecer que el trabajador al estar prestando el servicio para el cual fue contratado y se le concede la calidad de invalido (o pensionado por vejez o sobrevivencia), una vez se termine el contrato de trabajo, se sustituye el pago del salario por el pago de la mesada pensional correspondiente. Evitando con ello atentar contra los intereses del trabajador, por permitir con esta causal justa de terminación de contrato de trabajo que el empleado permanezca por algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago de su pensión., convirtiéndose en una causal injusta de despido y contraria a la sana crítica y a la esencia del derecho.

b. Es muy importante distinguir entre el reconocimiento de la calidad de pensionado, terminación del contrato de trabajo y el pago de la mesada pensional en sí misma. Como puede observarse la jurisprudencia es enérgica al exigir que exista relación de continuidad entre el momento en el que se produce el reconocimiento del estado de invalidez y el de terminación del contrato de trabajo, como se sustenta en el ordinal a. enunciado anteriormente; es decir, el reconocimiento se deberá dar cuando el trabajador aún se encuentra al servicio de la empresa respectiva, y una vez se da lugar a la desvinculación se procede con la tercera etapa de éste proceso que es el pago. Se procede al pago de la mesada pensional: En primer término: Se da el reconocimiento. En segundo término: Se desvincula el trabajador de la empresa. En tercer término: El salario se sustituye por el pago de la correspondiente mesada pensional. Como consecuencia de lo anterior, es claro discernir que según la interpretación que da la Jurisprudencia, separa cada uno de los momentos descritos, buscando como mecanismo de protección a los intereses de los trabajadores, que no se de primero la desvinculación laboral y luego el reconocimiento de la pensión, porque sería injusto que se desamparara al trabajador que se ve afectado por una incapacidad.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que el reconocimiento se produce como consecuencia de la solicitud de parte interesada, se comenzará a pagar en forma retroactiva, desde la fecha en que se produce tal estado.

3. Por tanto y como consecuencia de los anteriores planteamientos, se solicita nuevamente la fecha a partir de la cual se dio por terminado el contrato de trabajo, ya que una vez se ha reconocido el estado de invalido al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ (Primera etapa), se procede con la desvinculación laboral (Segunda etapa), para poder proceder con el pago de la mesada que ha sido reconocida.

Creándose la relación de continuidad entre la primera (reconocimiento) y segunda etapa (desvinculación) y así dar origen a la tercera etapa que es la consecuencia de todo el proceso: Pago de la mesada pensional. En ese orden de ideas no habría lugar al despido sin justa causa, por tratarse de una sustitución de conformidad con lo establecido por la Jurisprudencia porque en forma inmediata se procede al pago de la mesada pensional.

La C.S.J , Cas. Laboral, Sent.jun.10/87, indica: " **El reconocimiento de la pensión es justa causa de despido.** EL artículo 7o. numeral 14 del literal a) del Decreto Legislativo 2351 de 1.995 erige como justo motivo para que el patrono pueda fenecer un contrato de trabajo el hecho de reconocerle pensión de jubilación o invalidez a quien prestaba sus servicios, y el artículo 3o. de la Ley 48 de 1.968 que le dio vigencia permanente a este decreto, añade en su ordinal 6o. que el reconocimiento pensional por jubilación que legitima el despido del asalariado es el que regulan los artículos 260 del Código Sustantivo del Trabajo y 11 del Decreto 3041 de 1.966. ".

4. En comunicación de fecha Octubre 31 de 1.996, se notificó al Sr. Apolinar Sánchez Ordoñez con copia a su compañía, que se le reconoció el estado de invalidez con una calificación del 56.85 %, por tanto se da cumplimiento a lo establecido por el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993. En razón de lo anterior, se cumple el precepto a través del cual se debe realizar el reconocimiento del estado de invalidez, estando el trabajador al servicio de la empresa. Procediendo una vez se desvincule al pago de la mesada que le corresponde por su estado de invalido.

Es importante anotar, que se notificó directamente al afectado el porcentaje de calificación, pero dicha comunicación se remitió con copia a ustedes, por tanto, se surtió la notificación del porcentaje calificado.

Adicionalmente, nos permitimos informarles que la fecha en la cual se reconoció el Estado de invalidez, por PREVENSEG, entidad legalmente autorizada para el efecto., fue el día 20 de octubre 1.996.

5. Es importante aclarar, que la agilidad en el cumplimiento de los requisitos exigidos por la AFP Colpatria, facilita y acelera el proceso de pago de la mesada pensional a que tiene derecho el Sr. Sánchez Ordoñez. Los requisitos relacionados en el memorando de fecha octubre 16 de 1.996, con radicación BEN, 0323-M.P.P., fueron allegados a la A.F.P. Colpatria el día 26 de diciembre de los corrientes, quedando pendiente la certificación que deberá expedir la empresa, de conformidad con las siguientes solicitudes:

a. 31 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, con copia a la empresa.

b. 22 de noviembre de 1.996, en comunicación dirigida al Dr. Germán Jaramillo, Gerente General de Mayagüez.

Los requisitos que debe contener la misma son los siguientes: Fecha de ingreso, fecha de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y último salario devengado.

6. En lo relacionado con el cálculo y el monto de la pensión, dependerán el primero de los factores que a continuación se explican y en el segundo no será inferior a un salario mínimo legal mensual, su determinación estará sujeto a los datos de la historia laboral y del salario promedio de los últimos 10 años .

De conformidad con los parámetros fijados por el artículo 40 de la ley 100 de 1.993, se deberá proceder en los siguientes términos:

a) Incapacidad igual o superior al 50% e inferior al 66%:

- 45% del IBL.
- Más el 1.5% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 500,

b) Incapacidad igual o superior al 66%:

- 54% del IBL.
- Más el 2% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación IBL y en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual. En 1.996 $ 142.125. El pago de la mesada pensional se realizará en forma mensual.

En el caso que nos ocupa se tendria que aplicar lo indicado en el ordinal a), por tratarse de una incapacidad superior al 50 % pero inferior al 66%, es decir: 56.85%.

7. Es importante aclararle, que el estado de invalidez de una persona puede aumentar o disminuir o simplemente desaparecer, de acuerdo con la patología de la enfermedad que sufre el afiliado, por lo mismo la ley prevé un mecanismo de revisión:

Artículo 44. Revisión de las pensiones de Invalidez.

" El estado de invalidez podrá revisarse:

a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b. Por solicitud del pensiònado en cualquier tiempo y a su costa. ".

En espera de haber aclarado las dudas presentadas en el caso que nos ocupa, cualquier aclaración adicional, podrá remitirla a la Carrera 7 No. 27-52, piso 7. Gerencia de Beneficios, teléfono 2 86 00 17, Santafè de Bogotá.

Cordialmente,

P/

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

c.c. Expediente.

Nit 890.302.3943

Mayagüez, enero 17 de 1997
OPT-025-97

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Ficha: 2408-50
E. S. M.

COM-
M0100106616400030021

Nos permitimos informarle que PENSIONES Y CESANTIAS COLPATRIA mediante la comunicación BEN,0452,M.P.P. del 23 de diciembre de 1996, a partir del 20 de octubre de 1996, le ha concedido la pensión por invalidez. De acuerdo con lo anterior la Empresa se acoge al Decreto Ley N° 2351/65 Artículo 7o. Literal A Numeral 14 y dá por terminado su contrato de trabajo con justa causa.

Nos permitimos darle aviso de la finalización de su contrato de trabajo, con anticipación de quince (15) días, contados a partir del día siguiente de la notificación a usted de esta determinación. Al mismo tiempo la Empresa agradece la prestación de sus servicios durante todos estos años.

Procedase a la liquidación por retiro a partir del 03 de febrero de 1997.

En constancia se firma ante testigos a los 17 días del mes de enero de 1997.

Nota: Su pensión corre por cuenta íntegra y exclusiva de Pensiones y Cesantías Colpatria, sin que sea compartida con la Empresa MAYAGUEZ S.A.

Atentamente,

mayaguez s.a.

DIRECTORA DIVISION DE PERSONAL

TRABAJADOR NOTIFICADO

TESTIGOS:

Copias: Gerente Regional Dra. Ma. Fernanda Gonzalez Saez de Pensiones y Cesantias Colpatria, Ing. Oscar Ochoa, , Sra. Sonia Osorio, Folder Jubilados, Archivo trabajador, Sindicato de Dulce, Consecutivo.

luz/nelly

enero 23 de 199

COM-
M0100106616400030022

Señores colpatria:

Me permito saludarles tambien para comunicarles en cuanto a lo relacionado al pago de la pensión. Ustedes despues de yo haberles pedido que me remitieran el pago de pension a florida valle me pidieron que les comunicara cuantas entidades existian en dicho lugar me permito comunicarles existec coo desarrollo, el banco de colombia, el banco de bogota, coomzaen bal, la caja agraria.

Atentamente Apolinar cortes

52402645 Leiva N.

Santafè de Bogotá, febrero 24 de 1.997.
BEN-0132-mnl

Señor:
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Calle 8 No. 1-31 Piso 2
Cali

COM-
M0100106616400030023

Apreciado Señor:

Con base en los parámetros fijado en la Ley 100 y demás Decretos Reglamentarios, procedemos a fundamentarle jurídicamente las razones por las cuales esta Sociedad debe velar porque se realicen los correspondientes aportes al **Sistema de Seguridad Social en Salud**, cuya finalidad es vigilar y garantizar su protección, a saber.

1. La ley 100 de 1.993, en su artículo 11 denominado campo de aplicación establece: " El sistema General de Pensiones, con las excepciones previstas en el artículo 279 de la presente ley, se aplicará a todos los habitantes del territorio nacional, conservando adicionalmente todos los derechos, garantías, prerrogativas, servicios y beneficios adquiridos y establecidos conforme a disposiciones normativas anteriores para quienes a la fecha de vigencia de esta ley hayan cumplido con los requisitos para acceder a una pensión o se encuentren pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sustitución o sobrevivientes de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus ordenes, del Instituto de Seguros Sociales y del sector privado en general.

2. El artículo 1 del Decreto 692 indica: " Sistema de Seguridad Social Integral. El sistema de seguridad social integral, está conformado por:
- El sistema General de Pensiones.
- El sistema de Seguridad Social en Salud.
- El sistema General de riesgos profesionales.

La afiliación a cada uno de los sistemas que componen el sistema de seguridad social integral, es independiente. No será requisito demostrar la afiliación a uno de estos sistemas para afiliarse a otro de ellos.
Cada afiliado, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1.993, podrá escoger de manera separada la entidad administradora del régimen de salud y del régimen de pensiones, a la cual deseen estar vinculados. Los pensionados podrán escoger libremente la entidad administradora del régimen de salud que prefieran. ".

3. En el Decreto 1298 en su artículo 39 se define el régimen de afiliación en los siguientes términos: " Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. Todo habitante del territorio nacional, participará en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A) AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:
1) Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos , los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata este Estatuto.
2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

B) VINCULADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivo de incapacidad de pago y mientras logran ser afiliados al régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

A partir del año 2.000, todas las personas deberán estar vinculadas al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de Salud.
PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos y controles para garantizar la universalidad de la afiliación.
PARAGRAFO 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

4. El artículo 146 del Decreto 1298, en desarrollo del artículo 143 de la Ley 100 de 1.993, establece:

" REGIMEN CONTRIBUTIVO. ...
El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en su concurrencia entre éste y su empleador. ".

5. El artículo 143 de la Ley 100 de 1.993, establece: " REAJUSTE PENSIONAL PARA LOS ACTUALES PENSIONADOS.

A quienes con anterioridad al 1o. de enero de 1.994 se les hubiere reconocido la pensión de vejez o jubilación, invalidez o muerte, tendrán derecho, a partir de dicha fecha, a un reajuste mensual equivalente a la elevación en la cotización para salud que resulte de la aplicación de la presente ley.

La cotización para la salud establecida en el sistema general de salud para los pensionados está, en su totalidad, a cargo de éstos, quienes podrán cancelarla mediante una cotización complementaria durante su período de vinculación laboral.

6. El artículo 5 del Decreto 1298 de 1.994, indica: " CARACTERISTICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ...
b) AFILIACION OBLIGATORIA. Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales, salvo las excepciones establecidas en el presente Estatuto. "

En el Capitulo 11, Derechos y Deberes, artículo 6, del Decreto 1298: " PRINCIPIO GENERAL.
Todo habitante del territorio nacional tiene el derecho a las prestaciones de salud, en los términos previstos en este Estatuto, y el deber de proveer a la conservación de su salud y de salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de la comunidad. ".

7. El Decreto 692 de 1.994, en su artículo 42, indica: " REAJUSTE PENSIONAL POR INCREMENTO DE APORTES EN SALUD.

En consecuencia, las entidades pagadoras de pensiones procederán a efectuar el reajuste previsto en este artículo por la diferencia entre la cotización que venían efectuando los pensionados y la nueva cotización del 8% que rige a partir de Abril de 1.993, o la que se determine cuando rija lo cobertura familiar, sin exceder del 12%.

Las entidades pagadoras deberán descontar la cotización para salud, y transferirlo a la E.P.S. o entidad a la cual estè afiliado el pensionado en salud. ... ".

Como consecuencia de los anteriores planteamientos, se le descontarà de su mesada pensional a partir de la fecha en que se comience a sufragar, lo correspondiente al aporte que usted debe asumir en su totalidad, con la finalidad de ser consignado en Instituto del Seguro Social por concepto de salud.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

INFORMACION PARA CALCULO DE SUMA ADICIONAL

FONDO DE PENSIONES

COLPATRIA

DATOS GENERALES

SANTA FE DE BOGOTA D.C., FECHA DE ENVIO: 97 04 24 (AA MM DD)
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A

CONSEC. SINIEST.: STRO 095

POLIZA PIS: 004

FALLECIMIENTO [ ]

INVALIDEZ [X]

DATOS DEL AFILIADO

Sanchez Ordoñez — APELLIDOS

Apolinar — NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO: 52 5 12 (AA MM DD)

FECHA DEL SINIESTRO: ___ ___ ___ (AA MM DD)

FECHA CALIFIC. DE LA INV. 96 10 20 (AA MM DD)

CALIFICACION DE INVALIDEZ: 56.85 %

SEMANAS COTIZADAS AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES 264.67

IBL - $242385

HISTORIA LABORAL: SI [X] NO [ ] (Detalle adjunto)

BONO PENSIONAL: SI [X] NO [ ] VALOR: $ 3.072.000=

SALDO EN LA CUENTA INDIVIDUAL: $ 987320.36 (Detalle adjunto)

(INCLUYE BONO PENSIONAL : SI [ ] NO [X]) (Detalle adjunto)

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO AA	MM	DD	ESTUDIA		INVALIDEZ		CALIFICACION INVALIDEZ
Sanchez Ordoñez	Leodan	Hijo	89	10	18	SAI- M0100106616400210024				
Sanchez Ordoñez	Rudely	Hija	90	01	15					
Sanchez Ordoñez	Dany	Hija	96	09	14					
Sanchez Ordoñez	Rolando	Hijo	91	03	10					
Ordoñez Bastidas	Maria Dionilde	esposa	69	07	19					

OBSERVACIONES: Del valor de la mesada pensional que se pague al afiliado se debe descontar el 12% que corresponde a salud y por este valor girar cheque a favor del I.S.S.

ELABORADO POR: Mireya Niño L. (NOMBRE)

REVISADO POR: (GERENCIA DE BENEFICIOS)

RECIBIDO POR:

ASEGURADORA RECIBIDO PARA ESTUDIO
FECHA: 30 ABR 1997
GERENCIA TECNICA COLPATRIA

Santafè de Bogotà, D.C., Abril 24 de 1997
BEN-316-imcc

PARA: ***OFICINA cali***
Atn . Sta. Martha Lucia Arias

COM-
M0100106616400200025

ASUNTO: ***REMISION CARTA LEGALIZACION PENSION DE INVALIDEZ***
Sr.APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Apreciados Señores:

Para legalizar el pago realizado por ustedes al afiliado en referencia, por valor de ***$ 1.114.395.oo*** *correspondiente al pago retroactivo de las mesadas pensionales por invalidez, enviamos :*

La carta de aceptación, la cual deberà ser firmada por el beneficiario de la pensiòn, con nùmero de documento de identidad y colocando huella dactilar.

Realizada la entrega del cheque deberàn enviar por correspondencia interna a la Gerencia de Beneficios:

- *Original del comprobante de pago debidamente firmada.*
- *Original carta de aceptación debidamente firmada.*

Les aclaramos que el proceso seguido por ustedes para este pago, contraviene los procedimientos establecidos para estas casos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Gerencia de Beneficios

Adjunto: Lo enunciado

C.C. VICEPRESIDENCIA DE TECNOLOGIA Y OPERACIONES - Dr. Gustavo Von Walter

Santafè de Bogotà, D.C., Abril 25 de 1997

Señores:
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES S.A.
Ciudad.

Apreciados Señores:

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado (a) con Cèdula de Ciudadanìa No. 5.242.615 de Leiva (Nariño) por medio de este escrito declaro: **PRIMERO.** Que en mi condiciòn de pensionado por Invalidez de acuerdo al dictamen mèdico de fecha 20 de Octubre de 1996 emitido por PREVENSEG, me encuentro tramitando reclamaciòn ante Seguros de Vida Colpatria S.A. **SEGUNDO:** Que como quiera que la pensiòn de **invalidez** depende de la expediciòn del bono pensional y del pago de la garantìa estatal de pensiòn mìnima por parte del Gobierno Nacional, los cuales no han sido expedidos a la fecha, acepto recibir a cuenta de indemnizaciòn futura, pagos provisionales equivalentes al valor de la mesada pensional a la que tendrìa derecho, una vez se expida el Bono Pensional y el Gobierno Nacional pague el valor de la garantìa estatal. **TERCERO:** Que como consecuencia de lo anterior declaro recibido el cheque **No.** por valor de **1.114.395.oo** girado contra el Banco Colpatria de esta ciudad, por concepto de **Mesada de Noviembre/96 a Diciembre/96 cada una por valor de $142.125 para un total de $284.250;y Mesada adicional de Diciembre/96 por valor de $ 142.125;Mesada de Enero/97 a Abril/97 cada una por valor de $ 172.005 para un total de $ 688.020. CUARTO:** Que hasta tanto se acrediten las sumas restantes requeridas para el pago de la pensiòn, **declaro a Paz y Salvo a Seguros de Vida Colpatria S.A y a Colpatria Sociedad Administradora de Fondos de Cesantias y Pensiones S.A** por cualquier concepto relacionado con la pensiòn de la cual soy beneficiario y que me encuentro tramitando.

Atentamente,

Apolinar Sanchez
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C No. 5242.615

SEGUROS DE VIDA

SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. — COLPATRIA

COMPROBANTE DE PAGO No. 259-97

LIQUIDACION DE: PAGO INDEMNIZACION

FECHA: AÑO 97 MES 04 DIA 25

LOCALIDAD Y CODIGO		LOC
BOGOTA SAN DIEGO 084	POLIZA PIS - 004	LOC BOG

CUENTA	DEBITO	CREDITO	
510210055001 084	1.114.395		
111505319084		1.114.395	P 1652317

PAGUESE A: COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT. 800.139.690-2
TOMADOR : COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
ASEGURADO : APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
STRO. 95-97 DE 96-10-20
ANULA Y REEMPLAZA EN TODAS SUS PARTES AL CHEQUE NO. 1652301
MAL GIRADO

~~1.114.395~~

ELABORADO POR | APROBADO POR | RECIBI | C.C. o NIT | FIRMA Y HUELLA BENEFICIARIO DE PAGO

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías
NIT. 800.139.690-2
Recibí

SEGUROS DE VIDA

SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. — COLPATRIA

CHEQUE No. 1652317

PAGUESE AL PRIMER BENEFICIARIO POR CAJA O CANJE

DIA 25 MES 04 AÑO 97 $ 1.1

PAGUESE A: COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS XXXXXXXX

LA SUMA DE: UN MILLON CIENTO CATORCE MIL TRESCIENTOS NOVENTA [illegible] $ M/CTE XXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

COLPATRIA S.A. CTS

BANCO COLPATRIA

SUCURSAL CRA 7 No 24-89 EDIFICIO LA SANTAFE DE BOGOTA

CTA. CTE. No. 0121046578

FIRMA(S)

40432312401657 SPLIT 2348

Santafé de Bogotá, abril 25 de 1.997
BEN - 0330 op

CER-
M0100106615400070026

PARA : GERENCIA DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO
At. Dr. Gerardo López

ASUNTO: CONSIGNACIÓN CHEQUE No.: 1652301 EN LA CUENTA DE COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA

Apreciados señores:

Atentamente les solicitamos consignar en la cuenta de COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTÍAS Y PENSIONES S.A., el cheque numero 1652301, girado por un valor de $1.114.395, para cubrir el pago realizado por nuestra oficina de Cali, en el día de hoy, por concepto de Mesadas Pensionales provisionales del afiliado por Invalidez, señor: Apolinar Sánchez Ordoñez, identificado con la cédula número: 5.242.615.

Les agradecemos de antemano su colaboración.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO P.
Gerente de Beneficios

Copia: Tesorería Operativa. Dra Aracely Vasquez

SEGUROS DE VIDA
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

COLPATRIA

COMPROBANTE DE PAGO No. 259-97

LIQUIDACION DE PAGO INDEMNIZACION

FECHA: AÑO 97 MES 04 DIA 25

LOCALIDAD Y CODIGO		
BOGOTA SAN DIEGO 084	POLIZA PIS - 004	LOC BOG

CUENTA	DEBITO	CREDITO	
510210055001 084	1.114.395		
111505319084		1.114.395	P 1652301

COMPROBANTE

PAGUESE A: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ C.C. 5.242.615
TOMADOR : COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
ASEGURADO : APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
STRO. 95-97 DE 96-10-20

TOTAL A GIRAR $ 1.114.395

REVISADO POR:	APROBADO POR:

RECIBI _____ FIRMA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

C.C. ó NIT. _____

FORMA V-1122 JUN/96

ORIGINAL PARA EL BENEFICIARIO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA

Santafè de Bogotà, Abril 28 de 1997

BEN-332-imcc

PARA : SUCURSAL CALI

Sta. Martha Lucia Arias

COM-

M0100106616400030027

ASUNTO : TRAMITE EN SALUD Sr. APOLINAR SANCHEZ

De acuerdo a conversacion telefònica y para continuar con el tràmite de pensiòn de nuestro afiliado Sr. Apolinar Sanchez, requerimos:

- DILIGENCIAR Y PRESENTAR FORMULARIO DE INSCRIPCION ANTE EL I.S.S. EN SALUD.

Para llevar a cabo el anterior tràmite, adicional a la fotocopia de la **cèdula de ciudadania del afiliado,** se requiere la siguiente informaciòn:

1. **PENSIONADO POR : FONDO DE PENSIONES COLPATRIA**
2. **NIT : 800.229.361-0**
3. **INGRESO MENSUAL : $ 172.005.oo**

Cordialmente;

JOSE ORLANDO PALACIO P.

Gerente de Beneficios

Santafè de Bogotà, Abril 30 de 1997

Oficina o dependencia
Cali
Atn. Martha Lucia Arias

¡URGENTE!

REF. SINIESTRO SR(A) Apolinar Sanchez Ordoñez

Realizado el estudio preliminar de la reclamaciòn de pensiòn del afiliado en referencia, recibida el dia _____ se encuentran pendientes los siguientes documentos para tramitar :

- ☐ Auxilio Funerario
- ☐ Pensiòn de sobrevivientes
- ✱ Pensiòn de invalidez

COM-
M0100106616400100028

ESTADO ACTUAL DEL SINIESTRO

Docum. estudio	En objeciòn	Docum. pendientes	En calificaciòn	Aseguradora	Pago mesada
		✱			

DOCUMENTOS PENDIENTES

1. Copia afiliaciòn al ISS en salud
2.
3.
4.
5.

RECOMENDACIONES

1. La documentaciòn requerida **SIEMPRE** debera ser solicitada por escrito a los beneficiarios
2.
3.
4.

Cualquier aclaraciòn adicional comunicarse de inmediato con la Gerencia de Beneficios 2860017 / 2862054

" IMPORTANTE: LES RECORDAMOS QUE PARA EL TRAMITE AGIL DE LA PENSIÒN ES NECESARIO PRESENTAR COMPLETA LA DOCUMENTACIÒN. ES PARTE DE NUESTRA GESTION".

Favor atender esta comunicaciòn antes de las 10:00am

Gerencia de Beneficios

Santafè de Bogotà; Abril 30 de 1997

Oficina o dependencia
Cali

Atn. Martha Lucia Arias

¡URGENTE!

REF. SINIESTRO SR(A) Apolinar Sanchez; Edilberto Torres.

Realizado el estudio preliminar de la reclamaciòn de pensiòn del afiliado en referencia, recibida el dia _____ se encuentran pendientes los siguientes documentos para tramitar :

- ☐ Auxilio Funerario
- ☐ Pensiòn de sobrevivientes
- ☐ Pensiòn de invalidez :

ESTADO ACTUAL DEL SINIESTRO

Docum. estudio	En objeción	Docum. pendientes	En calificaciòn	Aseguradora	Pago mesada

DOCUMENTOS PENDIENTES

1 Se debe reportar al ISS la novedad de Vinculación
2 en salud de los Srs. Apolinar Sanchez y Edilberto
3 Torres Arboleda; el NIT del empleador es 800229361-0
4 (Fondo de Pensiones Colpatria) y no el de la Sociedad
5 como aparece en las afiliaciones enviadas via fax (*)

RECOMENDACIONES

1 La documentaciòn requerida **SIEMPRE** debera ser solicitada por escrito a
los beneficiarios
2 Hacer el reporte al ISS por escrito el dia 30 de
3 marzo y enviar copia radicada en el ISS a la
4 Gerencia de Beneficios.

Cualquier aclaraciòn adicional comunicarse de inmediato con la Gerencia de Beneficios 2860017 / 2862054

" IMPORTANTE: LES RECORDAMOS QUE PARA EL TRAMITE AGIL DE LA PENSIÒN ES NECESARIO PRESENTAR COMPLETA LA DOCUMENTACIÒN. ES PARTE DE NUESTRA GESTION".

Favor atender esta comunicaciòn antes de 5:00 pm Abril 30

P/P _____
Gerencia de Beneficios

* Ver memorando BEN-332-imcc para corroborar trámite en salud señalado.

REPUBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION E INSCRIPCION A LA E.P.S - REGIMEN CONTRIBUTIVO
DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

LAS INSTRUCCIONES SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

FECHA AÑO MES DIA

TRABAJADOR INDEPENDIENTE
PENSIONADO

TIPO DE PRESTACION TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

TIPO DE AFILIACION: PRINCIPAL | COLECTIVA | FECHA DE AFILIACION AL SISTEMA: 97 05 29

IDENTIFICACION DEL COTIZANTE

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES
Sanchez.	Ordoñez	Apolinar

No. DE IDENTIFICACION: 5.242.615. | DV | TD | FECHA DE NACIMIENTO: 62 5 4 | SEXO: X M F

DIRECCION DE RESIDENCIA PRINCIPAL: Av. 5ta Nk # 2gN-69 | TELEFONO: 667050S | FAX

CIUDAD: | DEPARTAMENTO:

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: Tarragona B/. La Esperanza. | TELEFONO:

CIUDAD: Florida | DEPARTAMENTO: Valle

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PENSION, SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O EPS: ISS | CODIGO:

ENTIDAD DONDE PREFIERE LOS SERVICIOS DE SALUD: | CODIGO:

INFORMACION BASICA DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES

ACTIVIDAD ECONOMICA: | CIIU: | ADV. RIESGOS PROF.: | CODIGO:

CLASE: PERSONA NATURAL / SOCIEDAD | CODIGO | DEPTO | MPIO | PRODUCTOR AGROPECUARIO: SI NO | NUMERO DE EMPLEADOS | TAMAÑO DE EMPRESA: PEQ MED

ANTIGUEDAD LABORAL TOTAL: AÑOS MESES | OFICIO | PATRIMONIO: ULTIMO AÑO GRAVADO | NIVEL EDUCATIVO: 1 2 3 4 5 | PATRON O EMPLEADOR: TRABAJADOR CUENTA PROPIA | INGRESO MENSUAL: $

CARGO QUE DESEMPEÑA: | FECHA INGRESO:

CARGO QUE DESEMPEÑO ANTES DE SU PENSION:

INGRESO MENSUAL DECLARADO O VALOR MESADA PENSIONAL:

INFORMACION DE LOS COTIZANTES Y BENEFICIARIOS

TIPO DE COTIZANTE	SUBTIPO	TD	NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS (1er. APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRES)	SEXO M	SEXO F	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DIA	CONYUGE	PADRES	COMPAÑERO	HIJOS	OTROS	USO EPS: CLASES DE DISCAPACIDAD
23791803			Sanchez Ordoñez Leodan	X		89	10	18				X		NO
23791803			Sanchez Ordoñez Dani		X	96	9	14				X		
15534472			Sanchez Ordoñez Rudely		X	90	01	15				X		NO
6824909			Sanchez Ordoñez Ronaldo	X		91	03	10				X		
59.760.014			Ordoñez Bastidas Maria		X	69	07	19	X					

RESIDENCIA DE PENSIONADOS	TELEFONO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	IPS	CODIGO
Tarragota B/La esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle	FEP.	
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		

MD10010661640007002S

FIRMA DEL TRABAJADOR: Apolinar sanchez
HUELLA: 5 ZURDO
C.C. TRABAJADOR: 5.242.615 Leiva (Nariño)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS

FIRMA AUTORIZADA | FIRMA Y FECHA

RECEPCION CAMPAÑA DE LA EPS

ARCHIVO | GRABADO | VALIDADO

COD. 6407075101150

C.A.A. LA FLORA PUESTO APELLIDO 998

Cocaina. 2C3.826

COLPATRIA

Santa Fe de Bogotá, junio 25 de 1997
SSD-388-DTC

Señores
FONDO DE PENSIONES COLPATRIA
Atn: Dr. Orlando Palacios
Santa Fe de Bogotá

DOCADI-
M0100106616400050030

REF: AJUSTE A LA SUMA ADICIONAL REQUERIDA
TOMADOR PENSIONES Y CESANTIAS COLPATRIA

Apreciados Señores:

En atención a la referencia adjunto entregamos cheque Nro 1231573 por concepto de valor ajuste a la suma adicional requerida para completar el capital pensional por valor total de $2.830.144, con el propósito de cubrir el valor del auxilio funerario para los siguientes siniestros que relacionamos a continuación:

NRO STRO	ASEGURADO	VALOR
76-96	OSCAR HERNAN JARAMILLO	$283.376
92-97	LUCILA ORTIZ RANGEL	$231.420
93-97	GUSTAVO A. TABARES	$297.254
94-97	EDILBERTO TORRES A.	$283.376
95-97	APOLINAR SANCHEZ	$301.023
97-97	MANUEL A. RODRIGUEZ	$290.080
98-97	HENRY OROZCO	$280.195
102-97	JAIME E. ROLDAN	$286.670
104-97	ALFREDO PEREZ DIAZ	$290.080
111-97	CARLOS I. HOYOS	$286.670

A favor del FONDO DE PENSIONES COLPATRIA.

Sin otro particular, los saludamos.

Cordialmente,

JAIME ARTURO PRIETO GONZALEZ
SUBGERENTE TECNICO COMERCIAL

UNIVERSIDAD JAVERIANA
SEGURIDAD SOCIAL- RIESGOS PROFESIONALES- MEDICINA LABORAL
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL – FUNDACION MAPFRE
MADRID - ESPAÑA
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ 1994-2002

Bogotá 15 de febrero de 2007

DPC-
M0100106616400010031

Señores
BBVA HORIZONTE
PENSIONES Y CESANTIAS
COORDINACION
BENEFICIOS PENSIONALES

Referencia: Revisión Pensional.

Respetados señores:

En relación con el asunto de la referencia, relacionado con el señor APOLINAR SANCHEZ, C.C. 5.242.615 , me permito manifestarle que por presentar diagnóstico de ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, le fue reconocida pensión de invalidez de origen común

Teniendo en cuenta que por sus características se trata de una lesión de carácter irreversible, considero que no es necesario realizar nuevas revisiones pensionales.

Atentamente,

RICARDO ALVAREZ C.
LIC. SO. 00886

Ortigal Cauca corregimiento de Miranda, 21 de Abril de 2012.

0059590
02630300595900002

Señores

HORIZONTE FONDO DE PENSIONES y CESANTIAS – antiguo COLPATRIA PENSIONES

KR 11 NO 87-51 PISO 7, Bogotá, Cundinamarca, Colombia

DERECHO DE PETICION: art 23 Constitucional.

DDP-
M01001066164026A0032

Cordial saludo,

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma solicito respetuosamente a ustedes con base en el derecho de petición del art 23, se digne expedir COPIA AUTENTICA DE LA RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ME PENSIONABA COMO TRABAJADOR del Ingenio Mayaguez en oficios varios en campo. Ella por supuesto es contentiva de la incapacidad laboral del 53. 6 % de invalidez emanada por Colpatria S.A.

Lo anterior se lo solicito con fines de trámites administrativos correspondientes. Pues al parecer aun permanezco activo en la empresa.

Me puede allegar contestación a la dirección Cra 19 Nro . 17 – 30 Puerto Tejada - Cauca

Al teléfono: 314 874 4050

Horizonte PALMIRA
11 MAY 2012
NOMBRE HORA

Apolinar Sánchez

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ.

C.C. Nro. 5.242.615 expedida en Leiva Nariño.

Dirección Alterna: en la ciudad de Popayán donde el señor Roosevelt Sotelo en la Calle 26 Norte Nro. 4A- 58 de la Ciudad de Popayán, Cauca.

HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS
2012 05 14
HORA
NOMBRE FUNCIONARIO
RADICACIÓN 2012-0514-1047-0470
RECIBIDO

7889157

Radicado - Porvenir S.A.

0203802029727600

2410
Bogotá, 17 JUN 2016

Doctora
DIANA MARCELA COBO VELASCO
Secretaria
JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
Calle 9 No 9 – 32
Telefax 2848253
Candelaria, Valle

REFERENCIA: Acción de Tutela No. 761304089002-2016-00155-00 del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** contra **PORVENIR S.A.**
Oficio 1626 del 13 de junio de 2016
Ref. Rad. Porvenir. 4107412008036300
C.C. 5242615
T.N. 8507077

Respetada Doctora:

En respuesta a su oficio 1626 del 13 de junio de 2016, radicado en esta Sociedad Administradora el 14 del mismo mes y año, respetuosamente nos permitimos informarle lo siguiente:

El señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**, mediante la acción de tutela solicita obtener respuesta de fondo al derecho de petición radicado el día 11 de abril de 2016.

Mediante comunicación del 16 de junio de 2016, esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo al señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**, en el cual se le resuelve de fondo la solicitud elevada. (Adjunto copia de la comunicación).

Así las cosas, en este caso concreto nos encontramos frente a un hecho superado, de conformidad con lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia número T-100 del 08 de Marzo de 1995, en la cual expresó lo siguiente:

> *"Si la situación de hecho que genera la violación o la amenaza ya ha sido superada, el instrumento constitucional de defensa pierde su razón de ser. Es decir la orden que pudiere impartir el juez, ningún efecto podría tener en cuanto la efectividad de los derechos presuntamente conculcados, el proceso carecería de objeto y la tutela resultaría, entonces, improcedente..."*

Por consiguiente y de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiteradas sentencias nos permitimos señalar que esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo a lo solicitado por el accionante.

En estas condiciones solicitamos de manera respetuosa desestimar la presente acción de tutela contra PORVENIR S.A. por las razones de hecho y de derecho antes expuestas, teniendo en cuenta que es un hecho superado y no se está vulnerado ningún derecho fundamental y las actuaciones de esta Sociedad Administradora se han desarrollado y surtido conforme a las normas que rigen la materia.

En los anteriores términos atendemos su solicitud y quedamos a disposición para brindar cualquier información adicional que considere necesaria.

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ DUBIDES
Directora de Litigios
Porvenir S.A.
DMC/ Yeny R.

Adjunto lo enunciado

porvenir

sólo hay uno

2410
Bogotá,

Doctora
DIANA MARCELA COBO VELASCO
Secretaria
JUZGADO SEGUNDO PROMISCUO MUNICIPAL
Calle 9 No 9 – 32
Telefax 2848253
Candelaria, Valle

REFERENCIA: Acción de Tutela No. 761304089002-2016-00155-00 del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** contra **PORVENIR S.A.**
Oficio 1626 del 13 de junio de 2016
Ref. Rad. Porvenir. 4107412008036300
C.C. 5242615
T.N. 8507077

Respetada Doctora:

En respuesta a su oficio 1626 del 13 de junio de 2016, radicado en esta Sociedad Administradora el 14 del mismo mes y año, respetuosamente nos permitimos informarle lo siguiente:

El señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ,** mediante la acción de tutela solicita obtener respuesta de fondo al derecho de petición radicado el día 11 de abril de 2016.

Mediante comunicación del 16 de junio de 2016, esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo al señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ,** en el cual se le resuelve de fondo la solicitud elevada. (Adjunto copia de la comunicación).

Así las cosas, en este caso concreto nos encontramos frente a un hecho superado, de conformidad con lo señalado por la Corte Constitucional en sentencia número T-100 del 08 de Marzo de 1995, en la cual expresó lo siguiente:

> *"Si la situación de hecho que genera la violación o la amenaza ya ha sido superada, el instrumento constitucional de defensa pierde su razón de ser. Es decir la orden que pudiere impartir el juez, ningún efecto podría tener en cuanto la efectividad de los derechos presuntamente conculcados, el proceso carecería de objeto y la tutela resultaría, entonces, improcedente..."*

porvenir

sólo hay uno

Por consiguiente y de acuerdo a lo manifestado por la Corte Constitucional en reiteradas sentencias nos permitimos señalar que esta Sociedad Administradora dio respuesta de fondo a lo solicitado por el accionante.

En estas condiciones solicitamos de manera respetuosa desestimar la presente acción de tutela contra PORVENIR S.A. por las razones de hecho y de derecho antes expuestas, teniendo en cuenta que es un hecho superado y no se está vulnerado ningún derecho fundamental y las actuaciones de esta Sociedad Administradora se han desarrollado y surtido conforme a las normas que rigen la materia.

En los anteriores términos atendemos su solicitud y quedamos a disposición para brindar cualquier información adicional que considere necesaria.

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ QUBICES
Directora de Litigios
Porvenir S.A.
DMC/ Yeny R.

Adjunto lo anunciado

Radicado Porvenir S A

0200001132967900

2410
Bogota D C 16 JUN 2016

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Carrera 12 No 11 – 16 de Villa Gorgona
Telefono 3148744050 – 3146386238
Candelaria Valle

Ref Rad Porvenir N A
CC 5242615
T N N A
DEF - BEN

Respetado Señor Sanchez

Reciba un cordial saludo de PORVENIR S A

En atencion a su solicitud del dia del 08 de abril de 2016, adjunto encontrara el respectivo expediente de tramite de pension por Invalidez radicado en nuestras oficinas bajo radicado PI 73991

Porvenir S A , es una entidad privada y en consecuencia sus comunicados no son actos administrativos ni son susceptibles de recursos

Cualquier aclaracion, informacion, o solicitud sobre el tramite de la prestacion economica reclamada podra ser atendida en cualquiera de nuestras oficinas Tenga en cuenta que el tramite de su solicitud no tiene ningun costo Por favor abstengase de entregar dineros a personas que se lo soliciten Denuncie cualquier anomalia a nuestra auditoria interna fax No 3390101 en Bogota o al A A 241800 de Bogota

Cordialmente

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Direccion de Litigios
Yeny R / Kelly R

Servientrega S.A. NIT 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C., Colombia Av Calle 8 No. 34A - 11
Atención al usuario: www.servientrega.com. 7 700 200 FAX: 7 700 380 ext 110045.

Piezas: 1

Fecha:16/06/2016 Hora:15:51
Fecha prog entrega:20/06/2016

DOCUMENTO UNITARIO GUIA No. **260738332**

DESTINATARIO

CAN 1919	CIUDAD: CANDELARIA	
	ATLANTICO	F.P: CREDITO
	NORMAL	M.T: TERRESTRE

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CRA 12 NO. 11 - 16 DE VILLA GORGONA

Tel: 1 D.I/NIT: Cod. Postal:763570
País: COLOMBIA E-mail:

DATOS ENVIO

Dice Contener: SP-925727

Vr. Declarado:	$ 5.000	Vol	0 / 0 / 0
Vr. Flete:	$ 13,100.00	Peso (Vol)	0 Peso(Kg): 1
Vr. Sobreflete:	$ 300.00	No. Factura:	
Vr. Total:	$ 13,400.00	No Remisión:	
		No Sobreporte:	
		No Guia Retorno:	260738339
		Ref1:	200001132967900

Observaciones para la entrega: C.C. 2410 DIANA MARTINEZ

REMITENTE

Nombre: PORVENIR S.A.
Dirección: CRA. 13 26 A -65

Tel: 3393000 D.I/NIT: 800144331 Cod. Postal: : 110311
Ciudad: BOGOTA Departamento: CUNDINAMARCA
País: COLOMBIA e-mail: demartinezm@porvenir.com.co

Ministerio de Transporte: Licencia No. 665 de Marzo 5/2001. MINTIC: Licencia No. 1775 de Sept. 7/2010.
DG-6-CL-10-MF-57 V.2

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

ALCALDIA MUNICIPAL
LEIVA

RCMA-
M0100106616400030001

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL DE LEIVA NARIÑO

C E R T I F I C A :

Que en el libro civil de matrimonios a Folio No. 194, ~~se encuentra el acta de matrimonio~~ de APOLINAR SANCHEZ ORDOÑES Y MARIA DIONILDE ORDOÑES CASTIDAS.-

En La Republica de Colombia, Departamento de Nariño-Municipio de Leiva, a las 11 de la mañana, del día veintitres del mes de septiembre de mil novecientos ochenta y siete (1.987)., contrajeron matrimonio civil en el Juzgado Promiscuo Municipal de Leiva Nariño, el señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑES, de 25 años de edad, natural de la Florida Leiva, Republica de Colombia, vecino del Municipio de Leiva, de estado civil anterior soltero, de profesión agricultor y la señorita MARIA DIONELDA ORDOÑES BASTIDAS de 18 años de edad natural del Cucho Leiva, Republica de Colombia, vecina del Municipio de Leiva, de estado civil anterior soltera, de profesión oficios domesticos, la ceremonia la celebró el Juez Promiscuo Municipalde Leiva - El Contrayente (Fdo)APOLINAR SANCHEZ C.C. No.5.242.615 de El Palmar Leiva. La Contrayente (Fdo). MARIA DIONILDE ORDOÑES C.C. No. 59.760.014 Cañaduzal Leiva .El Testigo (Fdo).ilegible C.C. No. 13.078.089 de Leiva Nariño .El - Testigo (Fdo). ALIRIO SANCHEZ. C.C. No. 13.078.152 de -- Leiva Nariño. Hay firma y sello del funcionario que extiende el Acta.

Es fiel copia tomada de su original. Expedida hoy veintitres de septiembre de mil novecientos ochenta y siete -- (1.987).

EDUARDO ARAUJO MARTINEZ
Alcalde Municipal

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA C.
CERTIFICO
Que la presente fotocopia corresponde al original que he tenido a la vista
MAR. 25 1992
El Notario
Edgar Arturo Ramírez Montoya

NOTARIA DEL CIRCUITO PUERTO TEJADA CAUCA
XIMENA PATRICIA VALENCIA
NOTARIA ENCARGADA

RCNA-
M0100106616400030002

EL SUSCRITO REGISTRADOR MUNICIPAL DE LEIVA NARIÑO

C E R T I F I C A :

Que en el libro de Registro Civil de Nacimiento Fol. No. 268 fecha de inscripción 12 de Mayo de 1962, se encuentra inscrito APOLINAR SANCHEZ, hijo de ALEJANDRINA ORDOÑEZ, y de ISMAEL SANCHEZ, de sexo masculino, nacido en la vereda la Florida el 4 de Mayo de 1962.

Se expide de conformidad con el Decreto Ley 1260 de 1970

Leiva, 14 de Diciembre de 1990

NOTARIA UNICA DE LA CRUZ
Que lo anterior es fotocopia fiel y exacta del original que he tenido a la vista.
OCT 23 1991
El Notario
Edgar Arturo Ba...

NOTARIA CIRCUITO PUERTO TEJADA CAUCA

Alfonso Tovar Castro
Registrador Municipal

Cauca

CERTIFICA:

Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero
Agencia Pto. Tejada (Cauca)
25 ABR. 1991
Revisor Subsidio Familiar

Que en el SERIAL NRO 5894909

Se encuentra el Registro Civil de ROLANDO SANCHEZ ORDOÑEZ

Sexo MASCULINO Nació en este municipio el día 10

del mes de MARZO De mil novecientos

NOVENTA Y UNO 19 91 Hijo RECONOCIDO

Del señor: APOLINAR SANCHEZ.

Y la señora: MARIA DIONILDE SANCHEZ.

Se expide para: DOCUMENTOS

Exonerado de papel sellado y timbre nacional Ley 2a. de 1976
Decreto 1260 de 1970

Puerto Tejada 19 MAR. 1991

XIMENA PATRICIA VALENCIA U

NOTARIA ENCARGADA

Edgar Arturo Ramírez Montero
Notario Uni

RCNB-
M0100106616400030003

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

C E R T I F I C O

Que la presente fotocopia corresponde al original que he tenido a la vista

Puerto Tejada 25 ABR. 1991

El Notario, EDGAR ARTURO RAMIREZ MONTERO

NOTARIA DEL CIRCULO PUERTO TEJADA CAUCA

República de Colombia

Florida - Valle

Carrera 18 No. 9-25 Tel. 2437

Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero
Agencia Pto. Tejada (Cauca).
25 ABR. 1991
Revisor Subsidio Familiar

EL SUSCRITO NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE FLORIDA - VALLE

C E R T I F I C A:

Que al Tomo ... Folio 25534472 . se halla el Acta de Nacimiento

de: RUDELY SANCHEZ ORDOÑEZ .

Sexo FEMENINO . Lugar FLORIDA (VALLE) .

Fecha Nacimiento: ENERO 15 de 1.990 .

Hijo de: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ .

MARIA DIONILDE ORDOÑEZ BASTIDAS .

Fecha de Expedición ENERO 03 de 1.991

Válido para: SUBSIDIO .

NOTA HIJA LEGITIMA .

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL

EXENTO TIMBRE Y PEPEL SELLADO LEY 2a. DE ENERO 21 DE 1976

DR. JORGE HECTOR ZAMBRANO MELO
NOTARIO

NOTARIA DEL CIRCULO - FLORIDA - VALLE

vchco.-

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

C E R T I F I C O

Que la presente fotocopia corresponde al original que he tenido a la vista.

Puerto Tejada, 25 ABR. 1991

El Notario,

EDGAR ARTURO [illegible]

NOTARIA UNICA DEL CIRCUITO
PEDRO TORRES
CAUCA

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

96/09/14

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte consul.
9,6,0,9,1,4	

2377183

OFICINA REGISTRO CIVIL	(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	(4) Municipio y Departamento	(5) Código
	REGISTRADURIA MUNICIPAL	CANDELARIA-VALLE	9762

SECCION GENERICA

INSCRITO	(6) Primer apellido: SANCHEZ	(7) Segundo apellido: ORDOÑEZ	(8) Nombres: DANY			
SEXO	(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO	(10) Día: 14	(11) Mes: SEPTIEMBRE	(12) Año: 1996
LUGAR DE NACIMIENTO	(13) País: COLOMBIA	(14) Departamento: VALLE	(15) Municipio: CANDELARIA			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	(16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: CASA DE HABITACION CR.10 No.11-48-B.MUNICIPAL-CANDELARIA(VALLE)			(17) Hora: 10:00
	(18) Documento presentado (Antecedente) (Certificado, Acta, Providencia, etc.): PRESENTACION DE TESTIGOS	(19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento:		(20) No. licencia:
MADRE	(21) Apellidos (de soltera): ORDOÑEZ BASTIDAS	(22) Nombres: MARIA DIONILDE		(23) Edad cumplida: 27
	(24) Identificación (clase y número): C.C.59.760.014-Leiva(Nariño)	(25) Nacionalidad: COLOMBIANA	(26) Profesión u oficio: HOGAR	
PADRE	(27) Apellidos: SANCHEZ ORDOÑEZ	(28) Nombres: APOLINAR		(29) Edad cumplida: 34
	(30) Identificación (clase y número): C.C.5.242.615-Leiva(Nariño)	(31) Nacionalidad: COLOMBIANA	(32) Profesión u oficio: OBRERO	

DENUNCIANTE	(33) Identificación (clase y número): C.C.5.242.615-Leiva(Nariño)	(34) Firma (autógrafa): Apolinar Sanchez	
	(35) Dirección postal: Cr.10 No.11-48-Candelaria(Valle)	(36) Nombre: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	
TESTIGO	(37) Identificación (clase y número): C.C.6.218.916-Candelaria(Valle)	(38) Firma (autógrafa): Jose Revelo Montenegro	
	(39) Domicilio (Municipio): Cr.10 No.11-48-Candelaria(Valle)	(40) Nombre: JOSE REVELO MONTENEGRO	
TESTIGO	(41) Identificación (clase y número): C.C.16.252.099-Palmira(Valle)	(42) Firma (autógrafa):	
	(43) Domicilio (Municipio): Cr.5 No.32-04-B.Popular-Palmira	(44) Nombre: ALFONSO HURTADO	
FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) (45) Día: 24 (46) Mes: SEPTIEMBRE (47) Año: 1996	Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro: HANS MARTINEZ MARTINEZ	
		(48) Nombre del funcionario ante quien se hace el registro	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Firma tomada de su cédula de ciudadanía que reposa en los archivos de esta dependencia.

Candelaria, 23 SEP 1996 199

VALIDO SIN SELLO
Dcto. 2150 - 5-Dic. - 95

HANS MARTINEZ MARTINEZ
Registrador Municipal

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL	3679792	DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION: NARIÑO LEIVA	FECHA DE INSCRIPCION	DIA: 22	MES: Junio	AÑO: 89	
INSCRITO	APELLIDOS: SANCHEZ ORDOÑEZ	NOMBRES: LEODAN	SEXO: M X F				
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: NARIÑO	MUNICIPIO: LEIVA	FECHA DE NACIMIENTO	DIA: 18	MES: Octubre	AÑO: 89
CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA: 3	MES: Octubre	AÑO: 90	SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO LEY 1260 DE 1970			

NOTA:

ES HIJO DE APOLINAR SANCHEZ Y DE MARIA LEONILDE ORDOÑEZ .

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE: Leiva Nar.

Alfonso Tovar C.

Nombre Registrador Municipal

Firma y Sello

Registraduría Municipal del Estado Civil Leiva - Nariño

F - 4100 - 020

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

C E R T I F I C O

Que la presente fotocopia corresponde al original que ha tenido a la vista.

Puerto Tejada, 25 ABR 1991

El Notario,

EDGAR ARTURO [illegible] MONTERO

NOTARIA DEL CIRCUITO PUERTO TEJADA CAUCA

Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero
Agencia Pto. Tejada

25 ABR. 1991

Revisor Subsidio Familiar

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL No.	I.B=10 EOL=378	DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION: EL ROSARIO NARIÑO	FECHA DE INSCRIPCION	DIA: 27	MES: Julio	AÑO: 69	
INSCRITO	APELLIDOS: ORDOÑEZ BASTIDAS	NOMBRES: MARIA DIONILDE	SEXO M:	F: X			
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS: Colombia	DEPARTAMENTO: Nariño	MUNICIPIO: El Rosario	FECHA DE NACIMIENTO	DIA: 9	MES: Julio	AÑO: 1969
MADRE	APELLIDOS: BASTIDAS	NOMBRES: MATILDE					
PADRE	APELLIDOS: ORDOÑEZ	NOMBRES: VICTOR					
SOLICITANTE DEL CERTIFICADO	APELLIDOS: ORDOÑEZ	NOMBRES: VICTOR	C. C. DE				
CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA: 18	MES: sept=	AÑO: /96	SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO Y CON ESA SOLA FINALIDAD. ARTICULO 135 DECRETO LEY 1260 DE 1970			

NOTA:

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE : El Rosario Nariño
LUGAR

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL EL ROSARIO NARIÑO

CARLOS EFRAIN GUERRA LOPEZ.
Nombre del Registrador Municipal

Firma y Sello

F - 4100 - 018

REPUBLICA DE COLOMBIA
CEDULA DE CIUDADANIA No. 5.242.615
El Palmar-Leiva (Nar.)
SANCHEZ ORDONEZ
Apolinar
4-May-1962 EL PALMAR (NAR.)
1.67 COLOR
Ninguna
28-Agt-87

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
5242615
PERTENECE AL CONTIG. DE
1A LINEA 2A LINEA 3A LINEA
APELLIDOS Y NOMBRES
SANCHEZ ORDONEZ
APOLINAR
PROFESION AGRICULTOR

DDIA-
M0100106616400030004

REPUBLICA DE COLOMBIA
CEDULA DE CIUDADANIA No. 59.760.014
De Canalizal-Leiva (Nar.)
APELLIDOS ORDONEZ-BASTIDAS
NOMBRES Maria Dioni
NACIDO 19-Jul-1969
1.50 COLOR
ALEG Ninguna
FECHA 30-Nov-87

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

C.C. 5.242.615
Afiliación I.S.S. 905242615
Residencia área rural Candelaria

Dirección Calle 8 1 - 31 2do. Piso Oficinas Mayagüez - Cali / Calle 70 nº 9-58
Teléfono 92 261 10 10 (Oficina Mayagüez - Candelaria) Tel. 264-87-52
Preguntar por el Doctor Alberto Montoya Duque, Jefe Departamento de Salud Ocupacional

SINDICATO INDUSTRIAL INGENIO MAYAGUEZ. AT. SRTA. SOL ANGEL SOLICITAR PARA COORDINAR CITA

Fue atendido en la Clínica Rafael Uribe Uribe I.S.S. - Cali
Calle 25N 2BN - 17
Teléfono 667 61 49
Fax 668 14 32

FAD-
M0100106616400410005

Mayaguez S.A.

SEGUROS
LA EQUIDAD
ORGANISMO COOPERATIVO
NIT 860.028.415-5

Santiago de Cali, 08 de 1997
No. 31730

COM-
M0100106616400010006

Señor
Edinson Vidal
Gerente
Cootraim
Candelaria

Asunto: Incapacidad Total - Apolinar Sánchez Ordoñez.

Para continuar con el estudio de la reclamación por la incapacidad total y permanente del asociado citado en referencia, es necesario que nos remitan resolución mediante la cual se declaro ésta.

Es importante resaltar que el documento remitido es el concepto juridico por terminación del contrato.

Quedamos a la espera de sus comentarios sobre el particular.

Hasta otra oportunidad.

Nury Pérez Rengifo
Indemnizaciones.

C.C. Consecutivo.
Archivo.

CUENTA INDIVIDUAL DE PENSIONES — NIT. 800.139.690-2

11 — HOJA 1 DE 3

PERIODO

APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ
MAYAGUEZ
CALI - VALLE DEL CAUCA
TELS: 823238 - 823235
MAYAGUEZ S A

DESDE: 1994/04/01 HASTA: 1997/04/09

No. DE DOCUMENTO	RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL
5.242.615	PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
		CIA: MAYAGUEZ S.A	
95/11/07	$182.421	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Oct/95	22.834,92
95/11/07		PRIMA DE SEGURO	3.836,27
95/11/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.357,51
96/02/07	$251.260	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ene/96	33.920,00
96/02/07		PRIMA DE SEGURO	5.276,44
96/02/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.517,63
96/03/07	$167.821	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Feb/96	22.655,00
96/03/07		PRIMA DE SEGURO	3.524,11
96/03/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.349,41
96/04/08	$165.391	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Mar/96	22.327,00
96/04/08		PRIMA DE SEGURO	3.473,09
96/04/08		COMISION ADMINISTRADORA	2.315,39
96/05/07	$150.753	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Abr/96	20.351,00
96/05/07		PRIMA DE SEGURO	3.165,71
96/05/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.110,47
96/06/07	$167.503	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. May/96	22.612,00
96/06/07		PRIMA DE SEGURO	3.517,42
96/06/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.344,95
96/07/08	$156.336	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Jun/96	21.105,00
96/07/08		PRIMA DE SEGURO	3.283,00
96/07/08		COMISION ADMINISTRADORA	2.188,67
96/08/08	$156.336	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Jul/96	21.105,00
96/08/08		PRIMA DE SEGURO	3.283,00
96/08/08		COMISION ADMINISTRADORA	2.188,67
96/09/09	$21.927	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ago/96	2.960,00
96/09/09		PRIMA DE SEGURO	460,44
96/09/09		COMISION ADMINISTRADORA	306,96
96/10/07	$215.193	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Sep/96	29.051,00
96/10/07		PRIMA DE SEGURO	4.519,04
96/10/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.012,70

CONTINUA...

CEPO-

M0100106616400420007

CUENTA INDIVIDUAL DE PENSIONES NIT. 800.139.690-2

11 HOJA 2 DE 3

PERIODO

APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ
MAYAGUEZ
CALI - VALLE DEL CAUCA
TELS: 823238 - 823238
MAYAGUEZ S A

DESDE: 1994/04/01 HASTA: 1997/04/09

No. DE DOCUMENTO | RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL
5.242.615 | PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
...VIENE			
96/11/07	$35.365	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Oct/96	4.841,00
96/11/07		PRIMA DE SEGURO	753,04
96/11/07		COMISION ADMINISTRADORA	502,03
96/12/09	$197.261	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Nov/96	26.630,00
96/12/09		PRIMA DE SEGURO	4.142,44
96/12/09		COMISION ADMINISTRADORA	2.761,63
97/01/07	$193.675	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Dic/96	26.146,00
97/01/07		PRIMA DE SEGURO	4.067,16
97/01/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.711,44
.2/07	$232.529	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ene/97	31.391,00
./02/07		PRIMA DE SEGURO	4.883,04
97/02/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.255,36
			CONTINUA...

CUENTA INDIVIDUAL DE PENSIONES — NIT. 800.139.690-2

11 — HOJA 3 DE 3

PERIODO

APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ
MAYAGUEZ
CALI - VALLE DEL CAUCA
TELS: 823238 - 823238
MAYAGUEZ S A

DESDE: 1994/04/01 HASTA: 1997/04/09

No. DE DOCUMENTO | RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL
5.242.615 | PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
...VIENE			

RESUMEN DE LA CUENTA INDIVIDUAL

	UNIDADES	PESOS ($)
SALDO INICIAL	0,000000	0,00
ABONOS A CUENTA	112,496880	227.621,90
RENDIMIENTOS		59.698,46
SALDO FINAL	112,496880	287.320,36

VALOR UNIDAD

VALOR INICIAL	VALOR FINAL
1.000,000000	2.554,029505

FECHA AFILIACION : 1997/03/13

DETERMINACION DE HISTORIA PARA BONO PENSIONAL TIPO B

COLPATRIA
NIT.800.139.690 - 2

C.C. 5'242,615 SANCHEZ ORBOBEZ APOLINAR SOL.01 PAG 1
Nacimiento 15/MAY/1962 Corrijala aqui si es el caso: (dd/mm/aa) / /
Administradora actual COLPATRIA Traslado al regimen 01/FEB/1995
Redencion anticipada por INVALIDEZ ocurrida el 20/OCT/1996

CSC-
M0100106616400110008

CON AFILIACION AL ISS (ARCHIVO MASIVO)

Afiliacion 905242615 Patronal 15050101059 INVERSIONES SANINT PELAEZ L		
29/OCT/1990 INGRESO		$41,040
01/ENE/1991 CAMBIO SALARIO		$54,630
01/ENE/1992 CAMBIO SALARIO		$61,950
14/FEB/1992 RETIRO		$61,950
Afiliacion 905242615 Patronal 04070104280 MAYABUEZ S A (ALA)		
02/ENE/1992 INGRESO		$41,025
29/FEB/1992 RETIRO		$60,843
01/ABR/1992 INGRESO		$131,990
01/MAY/1992 CAMBIO SALARIO		$83,074
30/JUN/1992 SALARIO BASE		$83,074
01/JUL/1992 CAMBIO SALARIO		$126,233
01/AGO/1992 CAMBIO SALARIO		$109,582
01/SEP/1992 CAMBIO SALARIO		$103,717
01/OCT/1992 CAMBIO SALARIO		$115,039
[illegible]V/1992 CAMBIO SALARIO		$101,816
DIC/1992 CAMBIO SALARIO		$113,449
01/ENE/1993 CAMBIO SALARIO		$110,038
28/FEB/1993 INIC LICENCIA		$115,701
01/MAR/1993 CAMBIO SALARIO		$107,211
01/MAR/1993 FIN LICENCIA		$115,701
01/ABR/1993 CAMBIO SALARIO		$153,471
01/JUN/1993 CAMBIO SALARIO		$116,939
31/JUL/1993 INIC LICENCIA		$205,267
01/AGO/1993 CAMBIO SALARIO		$143,769
01/AGO/1993 FIN LICENCIA		$205,267
01/SEP/1993 CAMBIO SALARIO		$182,630
01/OCT/1993 CAMBIO SALARIO		$139,937
01/NOV/1993 CAMBIO SALARIO		$115,695
01/DIC/1993 CAMBIO SALARIO		$141,436
31/ENE/1994 INIC LICENCIA		$159,599
01/FEB/1994 CAMBIO SALARIO		$112,948
01/FEB/1994 FIN LICENCIA		$159,599
01/MAR/1994 CAMBIO SALARIO		$158,606
3[illegible]/1994 INIC LICENCIA		$145,212
[illegible]AY/1994 FIN LICENCIA		$145,212
31/MAY/1994 INIC LICENCIA		$154,192
01/JUN/1994 FIN LICENCIA		$154,102
30/JUN/1994 INIC LICENCIA		$183,145
01/JUL/1994 CAMBIO SALARIO		$177,483
01/JUL/1994 FIN LICENCIA		$183,145
31/AGO/1994 INIC LICENCIA		$167,291
01/SEP/1994 FIN LICENCIA		$167,291
29/SEP/1994 INIC LICENCIA		$192,997

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. OFICINA DE BONOS PENSIONALES

C.C. 5'242,615 SANCHEZ ORDOBEZ APOLINAR SOL.01 PAG 2

01/OCT/1994	FIN LICENCIA	$192,997
30/OCT/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/NOV/1994	FIN LICENCIA	$154,102
30/NOV/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/DIC/1994	CAMBIO SALARIO	$172,476
01/DIC/1994	FIN LICENCIA	$154,102
31/DIC/1994	SIGUE ACTIVO	$172,476

COM-
M0100106616400030009

Santafè de Bogotà, D.C. agosto 30 de 1996
BEN-0242-mnl

PARA: **OFICINA CALI**
Atn : Sta. Martha Lucia Arias

ASUNTO: **Estudio Pensión por Invalidez- Apolinar Sànchez Ordoñez**

Apreciados Señores:

Revisada nuestra base de datos encontramos que del afiliado de la referencia, no se encuentra documento físico de la afiliación, por tanto, es necesario que el mismo sea solicitado a la empresa Mayagüez.

En espera de su amable y su pronta colaboración.

Atentamente,

P/p Mireya Nari

JOSE ORLANDO PALACIO
Dirección de Beneficios

COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT. 800.139.690 - 2

COLPATRIA

17

Santafè de Bogotà, D.C.,septiembre 12 de 1996
BEN-0267-mnl

RECIBIDO
PARA ESTUDIO
12 SEP. 1996
GERENCIA - Riesgos Profesionales
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA

Señores:
A.R.P. COLPATRIA
Atn : Dr. Camilo Sàenz.
Gerente.

REF: Calificaciòn de Invalidez del : Sr. Apolinar Sànchez Ordoñez

COM-
M0100106616400030010

Apreciados Señores:

De acuerdo al procedimiento establecido con ustedes, les adjuntamos los documentos de nuestro afiliado en referencia, con el fin de que ustedes se sirvan colaborarnos en la calificaciòn de invalidez a travès de los señores PREVENSEG.

1. *Comunicaciòn escrita informando nombre completo, cedula de ciudadania, direcciòn y telèfono actual del afiliado para envio de correspondencia.*

- *Intituciones de Seguridad Social donde se encuentra actualmente afiliado por riesgo de salud (E.P.S), o por riesgo profesional (A.R.P).*

- *I.P.S. donde es atendido actualmente, nombre de los mèdico (s) tratantes y telèfono(s).*

2. *Fotocopia de la Historia Clinica*

Cualquier aclaraciòn con gusto les serà atendida.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Direcciòn de Beneficios

Adjunto. Lo anunciado

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

I. DATOS PERSONALES:

CEDULA DE CIUDADANIA :		*5.242.615*
DIRECCIÒN	:	*Calle 8 No. 1-31 Piso 2. Oficinas Mayaguéz - Cali*
TELEFONOS	:	*Dr. Alberto Montoya Duque* *Jefe del Departamento de Salud ocupacional* *92.261 10 10 (oficina Mayagüez-Candelaria).* *92-264-81-52 (para coordinar cita médica con la Sta. Solangel Salazar).*

II. ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL DONDE SE ENCUENTRA

RIESGOS		*ENTIDAD*
PENSION	:	*FONDO DE PENSIONES COLPATRIA*
SALUD	:	*I.S.S.*
I.P.S.	:	*Clinica Rafael Uribe Uribe - Cali*
A.R.P.	:	*I.S.S.*
HISTORIA CLINICA N.	:	*905242615*
MEDICOS TRATANTES	:	*Dr. OSCAR DELGADO RODRIGUEZ* *Medicina Interna* *Clinica Rafael Uribe Uribe-Cali*
TELEFONOS	:	*Dr. JUAN C. BEDOYA* *Traumatologia- y Ortopedia* *Clinica Rafael Uribe U.-Cali*
TELEFONOS	:	*667 61 49 Fax. 668 14 32*

COM-
M01001086164001000 11

FONDOS DE PENSIONES

LEY 100

Tal como les habíamos advertido a todos los trabajadores a través de comunicados y boletines del peligro que había el precipitarnos a afiliarnos a los Fondos de Pensiones y a las entidades Promotoras de Salud, el tiempo nos ha dado la razón y es que cuando nos ofrecían afiliarnos a dichos Fondos, nos prometían muchas cosas, una de ellas era que podíamos pensionarnos con mas de 40 años y muchos trabajadores desafortunadamente creyeron y hoy en día la realidad es otra, por ejemplo el compañero COLMAR SANCHEZ 2408-50, de la sección 50, trabajador de la Hacienda llegaron a dicha sección y les prometieron una cantidad de cosas, el compañero tiene en el momento 34 años de edad y el ISS por intermedio de la Oficina de Medicina Laboral ha conceptuado que él, debe pensionado por invalidez. De acuerdo con la ley, pasados 180 días, si el trabajador se ha desafiliado del ISS y se ha afiliado a algún Fondo de Pensión, debe de acudir a la E.P.S. a la cual esté afiliado, hasta aquí llega el ISS, pero resulta que el compañero cuando nos informó que el ISS le había comunicado que tenía que pensionarlo pero el ISS no lo podía asumir, fue que nos enteramos que el compañero se había afiliado a los Fondos de Pensiones de Colpatria, inmediatamente la Junta Directiva del Sindicato se apersonó del caso del compañero y nos dirigimos con él, mismo a Colpatria, esto hace más o menos dos meses y hasta la fecha Colpatria no ha iniciado los tramites de evaluación de dicha pensión, disque porque la orden la tiene que dar Bogotá y no conocemos siquiera los médicos que hagan esta evaluación, o sea que este compañero se encuentra en este momento sin incapacidad ni del ISS ni de Colpatria y no se sabe cuándo le irán a resolver el problema.

Esto lo informamos para que los trabajadores no se vayan a precipitar afiliándose a dichos Fondos de Pensiones.

Casos como estos, se vienen presentando tanto en los Fondos de Pensiones como en las E.P.S. que algunos trabajadores se han afiliado.

Es nuestra obligación estar informandoles a los trabajadores de lo que está sucediendo, ya que muchos nos han preguntado que como hacen para desafiliarse de estas entidades, al respecto queremos manifestarles que para desafiliarse de los Fondos de Pensiones, deben esperar 150 semanas y para las E.P.S. un año.

Igualmente informamos a todos los compañeros que los que a la fecha Abril de 1993 tenían 40 años de edad los hombres y 35 años las mujeres ó 15 años de cotización, éstos tienen plazo para regresar al Fondo de Pensiones del Seguro hasta el 31 de Diciembre de 1996, sin perder los derechos que dá el Regimen de Transición de la Ley 100 de 1993.

Santafè de Bogotà, 16 Octubre de 1.996.
BEN, 0323, M.P.P.

MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA
NOV 1 2 29 PM '96

DOCTOR
GERMAN JARAMILLO VILLEGAS
GERENTE GENERAL
MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA VALLE

COM-
M0100106616400030012

Respetado Doctor,

Hemos tenido conocimiento de la comunicación emitida por el sindicato de la empresa, en relación con el caso del Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, afiliado a nuestro fondo de pensiones, y por tanto, nos permitimos presentar ante ustedes una breve aclaracion sobre el tramite que debe seguir el sistema (Tanto en el Regimen Solidario de Prima Media con Prestacion Definida, I.S.S, como en el Regimen de Ahorro Indrvidual con Solidaridad, A.F.P.) cuando se solicita la calificación de un estado de invalidez, a saber:

1. El procedimiento a considerar en el evento de una solicitud de calificación del Estado de Invalidez, es el siguiente:

a. El primer paso debe ser la consecución de todos las pruebas documentales, que permitan establecer a la entidad correspondiente, que el caso remitido para su estudio cumple con los requisitos establecidos en la ley, para el otorgamiento de la calificación de invalidez, como lo son: Historia clinica completa, incapacidades, aporte de datos necesarios para complementar la hoja de vida del paciente: Nombre completo, documento de identidad, dirección actualizada, teléfono actualizado, el nombre de las instituciones de seguridad social en donde se encuentra actualmente el afiliado por riesgo de salud (E.P.S.), por riesgo profesional (A.R.P.) y la I.P.S. en donde le están atendiendo actualmente y los nombres completos, direcciòn actualizada, telèfono actualizado de los mèdicos tratantes.

b. Una vez se reúne la totalidad de los requisitos fijados en el anterior ordinal, se procede a la remisión del caso a la entidad legalmente autorizada para èste efecto, PREVENSEG (En el caso del I.S.S. seria la oficina de Incapacidad Laboral), con la finalidad de determinar el grado de invalidez con base en las pruebas aportadas.

c. Una vez PREVENSEG analiza técnicamente las pruebas aportadas en la solicitud. Procede a la valoración médica del afiliado, es decir, se somete a la evaluaciòn mèdica laboral ante mèdicos altamente calificados y especializados en el ramo.

d. Una vez se realiza dicha valoración, se procede a la determinación del grado de invalidez, para determinar si se concede o no pensiòn por invalidez, de conformidad con los paràmetros fijados en la ley, a saber:

" Artículo 69. **Pensión de Invalidez.** El estado de invalidez, los requisitos para obtener la pensión de invalidez, el monto y el sistema de su calificación en el régimen de ahorro individual con solidaridad, se regirá por las disposiciones contenidas en los artículos 38, 39, 40 y 41 de la presente ley. ".

*" Artículo 38. **Estado de Invalidez.** Para los efectos del presente capítulo se considera invàlida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral. ".* (El subrayado es nuestro.)

e. La entidad legalmente autorizada para èste efecto, en nuestro caso PREVENSEG, notifica a la entidad pagadora de la pensiòn sobre la calificación que ha otorgado.

f. La entidad pagadora de la pensiòn notifica al afectado la decisiòn, que la entidad legalmente autorizada, es decir, PREVENSEG ha tomado en relaciòn con su peticiòn.

g. Se procederà a la verificaciòn con el empleador, para determinar si el afectado, se encuentra desvinculado de la empresa (De conformidad con los paràmetros fijados por la ley laboral para ese efecto), o a partir de que fecha se darà por terminado el contrato de trabajo, para iniciar una vez reunidos los demàs requisitos, el pago de la pensiòn a que haya lugar.

2. En el evento en el cual la calificación sea declarando que no es procedente el estado de invalidez, o que confiriò un porcentaje inferior al 50%, el afectado con dicha decisiòn dispondrà de una serie de mecanismos legales para obtener revisiòn de la decisiòn que afectò su situaciòn. Estos medios estàn establecidos en los términos de los artículos 41, 42, 43 y 44 de la Ley 100 de 1.993, Decreto 692 de 1.995 y demàs que los reglamenten y adicionen, a saber:

" Artículo 41. **Calificación del Estado de Invalidez.** El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por la pérdida de la capacidad laboral.

Artículo 42. **Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.** En las capitales de departamento y en aquellas ciudades en las cuales el volumen de afiliados así lo requiera, se conformará una comisión interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen.

Las comisiones estarán compuestas por un número impar de expertos, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quienes actuarán de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Los honorarios de los miembros de la comisión serán pagados por la entidad de previsión o seguridad social o la sociedad administradora a la que esté afiliado el solicitante.

Artículo 43. **Junta Nacional de Calificación de Invalidez.** Crease la Junta Nacional para la Calificación de los Riesgos de Invalidez con sede en la capital de la República, integrada por un número impar de miembros designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
Esta Junta, que será interdisciplinaria, tiene a su cargo la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las juntas regionales o seccionales respectivas.
Los honorarios de los miembros de la Junta serán pagados, en todo caso por la entidad de previsión o seguridad social correspondiente.
El Gobierno Nacional reglamentará la integración, financiación y funcionamiento de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, de su secretaría técnica y de las Juntas regionales o seccionales, el procedimiento de apelación, el manual único para la calificación de la invalidez y demás normas necesarias para su adecuado funcionamiento.
Parágrafo. Los miembros de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez de que trata el artículo anterior, no tienen carácter de servidores públicos.

Artículo 44. **Revisión de las Pensiones de Invalidez.** El estado de invalidez podrá revisarse:
a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de radicar modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.
El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.
Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa. ".

3. Es importante resaltar, el estado en el que se encuentra la calificación de invalidez del Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ con corte a la fecha de la presente comunicaciòn: Los médicos de PREVENSEG realizaron la semana pasada el examen medico y de acuerdo con el informe telefónico que nos dio esa entidad, en el transcurso de ésta semana se expedirá el documento que soporta el dictamen, por tanto, a más tardar en la semana del 21 de los corrientes se notificara al afiliado la calificación de su estado de invalidez

4. Una vez sea calificado el estado de invalidez y con base en el resultado del dictamen, se procederá a iniciar los trámites conducentes al otorgamiento de la calidad de pensionado y el pago de la correspondiente pensión, una vez se reúnan los requisitos para el efecto.

Deberán ser remitidos en el menor tiempo posible los siguientes documentos:

a. Registro Civil de Nacimiento y fotocopia de la cédula de ciudadanía del afiliado.

b. Registro Civil de matrimonio o dos (2) Declaraciones Extrajuicio para acreditar calidad de compañero (a) permanente.

c. Registro Civil de Nacimiento de beneficiarios para acreditar parentesco.

d. Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios mayores de edad.

La celeridad en la remisión de los documentos enunciados anteriormente, dará claridad y efectividad en el resultado trazado, es decir, al otorgamiento de la pensiòn en el evento de proceder de conformidad con el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993.

Cualquier informaciòn adicional, serà atendida en la Carrera 7 No. 27-52, piso 7, Colpatria Sociedad Administradora de Fondos de Cesantìas y Pensiones S.A., Gerencia de Beneficios.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

c.c. Sr. Libardo Gonzalez Truyo.
Presidente
Sindicato.

COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES S.A.

COLPATRIA

SEGURO PREVISIONAL DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA
AVISO DE SINIESTRO

NOMBRE DEL AFILIADO: Apolinar Sanchez Ordoñez | POLIZA No.:

CEDULA DE CIUDADANIA No.: 5.242.615 | SEXO: M ☐ F ☐ | FECHA DE NACIMIENTO: /AA /MM /DD

ULTIMA OCUPACION:

FECHA DE AFILIACION AL FONDO: /AA /MM /DD | FECHA DEL SINIESTRO: /AA /MM /DD

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO O DE LA INVALIDEZ:

☐ CARDIOVASCULAR ☐ NUROLOGICA ☐ PULMONAR ☐ SIDA ☐ HEPATICA ☐ CANCER
☐ ACCID. TRANSITO ☐ OTROS ACCIDENTES ☐ SUICIDIO ☐ HOMICIDIO
☐ OTRAS CAUSAS:
(ESPECIFIQUE)

-SAI-
M0100106616400210013

AMPAROS AFECTADOS: ☐ AUXILIO GASTOS FUNERARIOS
☐ SUMA ADICIONAL PARA PENSION DE SOBREVIVENCIA ☐ SUMA ADICIONAL PARA PENSION POR INVALIDEZ

DATOS ADICIONALES:

SALDO TOTAL EN LA CUENTA INDIVIDUAL DEL AFILIADO: $ 142.250.68 96-19-11

NUMERO DE SEMANAS COTIZADAS EN EL FONDO: | NUMERO DE SEMANAS COTIZADAS EN EL SISTEMA:

ULTIMO INGRESO BASE DE COTIZACION REGISTRADO EN EL SISTEMA AS-400: $

CALCULO TEORICO DEL VALOR DEL BONO PENSIONAL: $

FECHA DE AVISO A SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.: /AA /MM /DD

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE | FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

OFICINA QUE RECIBE EL AVISO: | FECHA DE RECIBIDO: /AA /MM /DD

NUMERO DE RADICACION:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE | FIRMA

FORMA FP-022 MAYO /95

ORIGINAL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA 1ra. COPIA: FONDO DE PENSIONES COLPATRIA 2da. COPIA: CARPETA DE AFILIADO

Código	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Total
Calificación										0.00
Descripción										

2. MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FÍSICA

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Total
Calificación				1.25						1.25
Descripción										

3. MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción										

4. MINUSVALIA DE OCUPACIONAL

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	Total
Calificación								9.0		9.00
Descripción										

5. MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción.										

6. MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	Total
Calificación						2.0				2.00
Descripción										

7. MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Código	70	71	72	73	74	75	76			Total
Calificación				3.5						3.50
Descripción										

Nota: en el respaldo de la hoja encontrará el detalle de cada uno de los códigos y su puntaje. En la casilla de detalle se deben consignar los hallazgos de cada sección que sopesan el dictamen.

RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN POR MINUSVALIA

#		Puntaje Máximo	Calificación total por sección
1.	MINUSVALIA DE ORIENTACIÓN	5.0%	0.00
2.	MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FÍSICA	2.5%	1.25
3.	MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD	2.5%	1.00
4.	MINUSVALIA DE OCUPACIONAL	10.0%	9.00
5.	MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	2.5%	1.00
6.	MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA	2.5%	2.00
7.	MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD	5.0%	3.50
	Calificación Máxima Posible	30.0%	
	Sumatoria Total		17.75 %

Descripción:

Firma del calificador: Viviana Morales

DPC-

M0100106616400010014

FORMULARIO PARA EL DICTAMEN DE INVALIDEZ

Entidad solicitante:	SEGUROS COLPATRIA	Nº de Radicación:	216
Ciudad: Cali		fecha: 20 de Octubre de 1996	

Motivo de la solicitud

Calificación grado de invalidez	x	Origen común			x
Origen profesional		Enfermedad Profesional		Accidente de trabajo	

Identificación del trabajador:

Nombre: APOLINAR SANCHEZ	C.C.o T.I.: 5.242.615 de Leiva (Nariño)
Edad: 34 años.	Sexo: Masculino
Dirección : Ingenio Mayaguez Hacienda Arauca.	Teléfono:

Condición :

Afiliado	x	Beneficiario	
Cargo actual: Oficios varios del campo		Labor que desempeña:	

ANTECEDENTES GENERALES:

Personales

Patológicos	x	Médicos		Quirúrgicos		Otros	
tóxicos		Fracturas		Traumáticos			
Alérgicos		Malformaciones		Secuelas			

Ampliación.
Poliartralgia, Sinusitis, Ulcera péptica.
Tuberculosis pulmonar hace 8 años.

Familiares
Padres vivos y sanos.

Revisión por sistemas:

EXAMEN FÍSICO:

TA: 120 / 80 mmHg	FC: 80 por min	FR: 18 por min
T°: 36.5 °C	PESO: 51.5 Kg	TALLA: 1,67 mts

HALLAZGOS:
Regular estado general, afebril, llega por sus propios medios.
Poliartralgica, mialgias generalizadas, marcha difícil por cansancio.
Disminución de fuerza en articulaciones de miembros superiores e inferiores.
Cicatriz por Biopsia en muslo derecho.

RECIBIDO
PARA ESTUDIO
28 OCT. 1996
PRESTACIONES ARP
SEGUROS DE VIDA

Exámenes de diagnóstico:
Laboratorio Clínico, Rayos X,
Gamagrafia Osea,
Biopsias Muscular y sinovial.

Resultados interpretación
Granulocitopenia - Linfocitosis - Plaquetopenia.
Cambios inflamatorios en acetábulo, tarso izquierdo y hombros.

Los antecedentes son suficientes para el dictamen (si o no):	
En caso de no ser así, cuales estima necesarios	

I. DEFICIENCIAS:

Cap	CAUSALES	# orden	Diagnóstico
I	Sistema Musculo Esquelético		
II	Sistema Nervioso Periférico		
III	Reumatología	1	Enfermedad del Colageno
IV	Aparato Respiratorio		
V	Aparato Digestivo		
VI	Sistema Genito Urinario		
VII	Sistema Cardiovascular		
VIII	Enfermedad Neoplásica Maligna		
IX	Sistema Endocrino		
X	Piel		
XI	Sistema Nervioso Central		
XII	Enfermedad Mental		
XIII	Órganos de los Sentidos		
XIV	Sistema Hemato Poyetico		

Nota: # orden, corresponde al ordenamiento por gravedad de la deficiencia

# orden	Código CIE	DESCRIPCIÓN	% Asignado	Capitulo, paginas
1		Enfermedad del Tejido Conectivo Clase III.	29.9	Cap.III Num.3.4.3 Pág.150
SUMATORIA		A%+B%*(50%-A%)		29.9 %

Calificación máxima posible 50%

Dr. Humberto Gonzalez.
Firma del calificador
R.P.# 10463

Código	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Suma
Calificación											0.0
Descripción:											

2. DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Suma
Calificación											0.0
Descripción											

3 . DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Suma
Calificación				0.2	0.2	0.2	0.2			0.2	1.0
Descripción:											

4. DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	Suma
Descripción	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2				0.2	1.4
Descripción..											

5. DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	Suma
Calificación	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2			0.2		1.4
Descripción.											

6. DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	Suma
Calificación				0.2	0.2				0.2	0.2	0.8
Descripción.											

7. DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN

Código	70	71	72	73	74	75	76	77	78	Suma
Calificación		0.2	0.2	0.2						0.6
Descripción:										

8. DISCAPACIDADES DE UNA DETERMINADA APTITUD

Código	Suma
Calificación	1.0
Descripción	

9. NIVELES COMPLEMENTARIOS

NIVEL COMPLEMENTARIO DE GRAVEDAD

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación						1.0		1.0
Descripción.								

NIVEL COMPLEMENTARIO DE PRONOSTICO

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación							2.0	2.0
Descripción								

Nota: en el respaldo de la hoja encontrará el detalle de cada uno de los códigos y los porcentajes. En la casilla de detalle se deben consignar los hallazgos de cada sección que soportan el dictamen.

RESUMEN DELA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

#	DETALLE	Porcentaje Máximo	calificación total por sección
1	DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA	2%	0.0
2	DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN	2%	0.0
3	DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA	2%	1.0
4	DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCIÓN	2%	1.4
5	DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO	2%	1.4
6	DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA	2%	0.8
7	DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN	2%	0.6
8	DISCAPACIDAD DE UN DETERMINADA APTITUD	2%	1.0
	NIVELES COMPLEMENTARIOS DE GRAVEDAD DE PRONOSTICO	2% 2%	1.0 2.0
	Sumatoria Total (Calificación Máxima Posible: 20%)		9.2 %

Firma del calificador: Viviana Morales R.P.# 17047

Cristian Alonso R.

Cap	CRITERIO	%	Dado por
I	DEFICIENCIA	29.90	Humberto Gonzalez
II	DISCAPACIDADES	9.20	Viviana Morales
III	MINUSVALIA	17.75	Viviana Morales
	TOTAL	56.85 %	

DETERMINACIÓN DEL ORIGEN

Enfermedad	x	Accidente		Invalidez		Muerte	

Diagnóstico

Enfermedad de Tejido Conectivo	
Origen profesional	Origen común

Etiología probable

OTROS PRONUNCIAMIENTOS

Antigüedad y/o fecha de inicio: Un año

Fecha probable 50%:

Tratamientos efectivamente recibidos:

Médico, Fisioterapia.

CAMBIOS IMPORTANTES Y FECHA

ESTADO ACTUAL

Regular

TERAPEUTICA POSIBLE

POSIBLE RECUPERACIÓN O REHABILITACIÓN

Pronóstico reservado.

HUMBERTO GONZALEZ
FIRMA MD-CALIFICADOR
RP# 10463

Santafè de Bogotà, D.C., Octubre 31 de 1996
BEN-0350-mnl

DPC-
M0100106615400010015

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Cali

REF : Estudio Calificacion de Invalidez

2Apreciado Señor

*Concluido el trámite de calificación de Invalidez, nos permitimos comunicarle que la entidad legalmente autorizada para el efecto, emitió una calificación del **56.85 %**. Por lo tanto, se le otorga la calidad de **INVALIDO**, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 38 de la Ley 100/93 " **ESTADO DE INVALIDEZ**- Se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral".*

Para continuar con el trámite se hace necesarios los siguientes documentos:

1. Registro civil de nacimiento y fotocopia de la cédula de ciudadanía del afiliado.

2. Registro civil de matrimonio o dos (2) declaraciones extrajuicio para acreditar la calidad de compañero (a) permanente.

3. Registro civil de nacimiento de los beneficiarios para acreditar parentesco.

4. Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios mayores de edad.

*5. **Carta del empleador en donde conste fecha de ingreso, de retiro, último cargo desempeñado y salario devengado.***

BEN-0350-mnl

Pendientes de sus comentarios al respecto, los saludamos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Gerencia de Beneficios

C.C. MAYAGUEZ S.A. - Dr. Germán Jaramillo - Gerente General
Sr. Libardo González Truyo- Presidente del Sindicato

Santafè de Bogotà, D.C., noviembre 22 de 1.996
BEN-0380-mnl

COM-
M0100106816400030016

Señores:
MAYAGUEZ S.A.
Atn. Dr Germán Jaramillo
Gerente General

Apreciados Señores:

*En Complemento a nuestra comunicación **BEN-0350-mnl** de fecha Octubre 31 de 1996, nos permitimos informarle que de acuerdo con la calificación de Invalidez emitida por la entidad legalmente autorizada **" PREVENSEG"**, el señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ** identificado con Cèdula de Ciudadanìa No.5.242.615, accederà a la pensiòn de Invalidez a partir de la fecha en la cual se dè por terminado su contrato de trabajo con su importante empresa.*

Por lo tanto, quedamos a la espera de la Certificaciòn laboral en donde conste: fecha de ingreso, de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y ùltimo salario devengado.

En espera de su pronta respuesta, los saludamos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO R.
Gerencia de Beneficios

Santafé de Bogotá, Noviembre 28 de 1.996.
BEN,0396, M.P.P.

COM-
M0100106615400010017

PARA: **AGENCIA DE CALI**
ATN: MARTHA LUCIA ARIAS
DIRECCION OPERATIVA

DE: **GERENCIA DE BENEFICIOS**
Dr. ORLANDO PALACIOS

ASUNTO: **ACLARACION CASO MAYAGUEZ S.A.**

Apreciado señorita,

De acuerdo con las dificultades que se han presentado en cuanto a la interpretación del caso de la referencia, nos permitimos realizar las siguientes precisiones:

1. De conformidad con el dictamen que profirió la entidad PREVENSEG, se le dio una calificación del 56.85 %, es decir, se le concedió al Sr. APOLINAR SANCHEZ la calidad de invalido al mencionado señor, en la medida en que alcanzó a cumplir los parámetros fijados por el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993. Lo anterior, fue notificado al Sr. APOLINAR SANCHEZ, de acuerdo con comunicación de fecha Octubre 31 de los corrientes, remitida a través de comunicación de la misma fecha a ustedes para su respectiva entrega.

Es importante anotar, que el contenido del dictamen otorgado por PREVENSEG, es de carácter confidencial de conformidad con lo establecido en la legislación vigente, salvo, que el mismo sea solicitado formalmente y en forma directa por el afectado.

2. En cuanto al monto mensual de la pensión de invalidez depende del grado de incapacidad y se determina de la siguiente manera:

a) Incapacidad igual o superior al 50% e inferior al 66%:

- 45% del IBL.
- Más el 1.5% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 500,

b) Incapacidad igual o superior al 66%:

- El 54% del IBL.

- Más el 2% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800.
Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación IBL y en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual. En 1.996 $ 142.125

En el caso que nos ocupa se tendría que aplicar lo indicado en ordinal a), por tratarse de una incapacidad superior al 50% pero inferior al 66%, es decir: 56.85 %.

3. En lo relacionado al reconocimiento y pago de la pensión de invalidez, la misma se reconocerá a solicitud de parte interesada y comenzará a pagarse, en forma retroactiva, desde la fecha en que se produzca tal estado.

Pero, para proceder a realizar el pago de la pensión por invalidez, se hace necesaria la remisión de los documentos solicitados por esta Sociedad, de conformidad con los parámetros fijados por la legislación para el efecto. Dichos requisitos han sido solicitados en las siguientes fechas respectivamente:

a. 16 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Gerente General de Manyaguez S.A..
b. 31 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Sr. Apolinar Sánchez Ordoñez.
c. 22 dé noviembre de 1.996, en comunicación remitida al Gerente General de Manyaguez S.A..

Por tanto, hasta que no se cumpla con la remisión de los requisitos exigidos en las comunicaciones enunciadas, el Fondo de Pensiones Colpatria, se encuentra en imposibilidad jurídica de iniciar los pagos respectivos, siendo preciso aclarar, que los mismos se harán en forma retroactiva a la fecha en la cual se le concedió la calidad de invalido.

Como consecuencia de lo anterior, es indispensable tratar de obtener en el menor tiempo posible la consecución de los mismos.

Adicionalmente, nos permitimos resaltar el carácter de " Urgente ", que tiene el envío de la Certificación que deberá expedir el empleador en donde consta: La fecha de ingreso, de retiro, cargo desempeñado , horario de trabajo y último salario devengado.

En espera de haber aclarado las dudas presentadas.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

GRI -330-96

COM-
M0100106616400030018

Candelaria, 4 de Diciembre de 1996

Doctor
JOSE ORLANDO PALACIO R.
Gerente de Beneficios
Pensiones y Cesantías Colpatria
Carrera 7a # 24-89 Piso 46
Santa Fé de Bogotá

En referencia a su carta BEN-0380 mnl Noviembre 22 de 1996 y en particular sobre la invalidéz de nuestro trabajador Apolinar Sánchez Ordoñez, me permito comunicarle que por legislación laboral es indispensable que primero se produzca oficialmente la calificación de invalidéz, se notifique a la Empresa el porcentaje de la misma, la clase de invalidéz temporal, definitiva o a plazo determinado para revisión, el valor mensual o cuantía final si es un solo pago etc.

Con los anteriores datos la Empresa definirá la cancelación del contrato avisando al trabajador con anticipación de 15 días mínimo.

La cancelación del contrato es una consecuencia de la calificación de invalidéz y no se puede hacer a la inversa.

Atentamente,

CARLOS MOLINA CABAL
Gerente de Relaciones Industriales

Copias: Dr. Alberto Montoya
Dra. Ana Cecilia Giraldo
Folder Trabajador
Consecutivo

Luz Nila M.

Recibido Cali
DIC. 20 1996

CFS-
M0100106616400110019

CERTIFICACION

EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL DEL INGENIO MAYAGUEZ

Hace constar que EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado con la cédula de ciudadanía No. 5.242.615 de LEIVA-NARIÑO está (XXXXX) estuvo ( ) vinculado (a) a esta Empresa desde el 22 DE ENERO DE 1992

Desempeñando el cargo de: LABORES DE CAMPO

asignación diaria de : SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS CON 0.12 M/CTE. ($ 7.173.12) mensual de: DOSCIENTOS QUINCE MIL CIENTO NOVENTA Y TRES PESOS CON 0.60 MDA/CTE. ($215.193.60).

Tipo de Contrato: INDEFINIDO

Mayaguez S.A.

OBSERVACIONES

EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ SE ENCUENTRA A LA FECHA LABORANDO EN LA EMPRESA CON UN HORARIO DE LUNES A MIERCOLES DE 6:00 A.M. a 11:00 A.M. y de 12:00 M a 5 :00 P.M. (10 horas) JUEVES Y VIERNES DE 6:00 A.M. a 11:00 A.M. y de 12:00 M a 4 ;00 P.M. (9 horas)

mayagüez s. a.

Ana Cecilia Giraldo V.

ANA CECILIA GIRALDO V.
Directora División de Personal

AUTORIZADA Y SELLO FECHA

FECHA Diciembre 13 de 1996

Santafé de Bogotá, Diciembre 23 de 1.996.
BEN,0452,M.P.P.

COM-
M0100106616400030020

DOCTOR
CARLOS MOLINA CABAL
GERENTE DE RELACIONES INDUSTRIALES
MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA

MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA
ENE 8 4:58 PM '97

Respetado Doctor,

En atención a su comunicación de fecha cuatro (4) de diciembre de los corrientes, procedemos a realizar el análisis jurídico que soporta la petición realizada por esta Sociedad, a través de la comunicación denominada BEN-0380-m.n.l., en los siguientes términos:

1. De conformidad con lo indicado en el artículo 62, se establece: " **Terminación del contrato por justa causa.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo: a) **Por parte del patrono:** ... 14) El reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación o invalidez estando al servicio de la empresa. "

2. Es importante observar, los planteamientos de la jurisprudencia con relación a lo indicado en el artículo 62, numeral 14, a saber:

" **La pensión que justifica al despido debe otorgarse cuando el trabajador está aún al servicio de la empresa.** Lo que la ley instituye como justa causa de terminación unilateral del contrato de trabajo es el reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación por parte del patrono o de la pensión de vejez por parte del Instituto de Seguros Sociales. Este reconocimiento equivale al otorgamiento de la pensión, y no puede confundirse con el simple cumplimiento de los presupuestos legales que dan derecho a exigirla o imponen la obligación de reconocerla y pagarla. El propósito inequívoco del legislador fue el de que no existiera solución de continuidad entre la cesación en el pago del salario y el comienzo del pago de la pensión y por ello exigió que el reconocimiento se efectuase antes de que se produjera la desvinculación del trabajador, o, en sus propias palabras, " estando al servicio de la empresa ", de tal suerte que al ponérsele fin al contrato estuviese en condiciones de percibir inmediatamente el valor de la pensión en sustitución del salario. (El subrayado es nuestro).

Sin estas consideraciones muy seguramente no habría podido consagrar como justa la aludida causal, pues precisamente de ellas, y sólo de ellas, se deriva su justificación. Lo contrario, esto es, permitir que el trabajador sea sometido a permanecer algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago oportuno de pensión, habría resultado flagrantemente injusto.

La circunstancia de que la pensión sea de cargo de los Seguros Sociales no autoriza al patrono para prescindir de los servicios del trabajador sin que previamente se le haya reconocido, ni hace inoperante la causal en el evento de que éste no gestione su reconocimiento. ". (El subrayado es nuestro).

De lo anterior, se desprende claramente:

a. El espíritu de la legislación se orienta a establecer que el trabajador al estar prestando el servicio para el cual fue contratado y se le concede la calidad de invalido (o pensionado por vejez o sobrevivencia), una vez se termine el contrato de trabajo, se sustituye el pago del salario por el pago de la mesada pensional correspondiente. Evitando con ello atentar contra los intereses del trabajador, por permitir con esta causal justa de terminación de contrato de trabajo que el empleado permanezca por algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago de su pensión., convirtiéndose en una causal injusta de despido y contraria a la sana crítica y a la esencia del derecho.

b. Es muy importante distinguir entre el reconocimiento de la calidad de pensionado, terminación del contrato de trabajo y el pago de la mesada pensional en sí misma. Como puede observarse la jurisprudencia es enérgica al exigir que exista relación de continuidad entre el momento en el que se produce el reconocimiento del estado de invalidez y el de terminación del contrato de trabajo, como se sustenta en el ordinal a. enunciado anteriormente; es decir, el reconocimiento se deberá dar cuando el trabajador aún se encuentra al servicio de la empresa respectiva, y una vez se da lugar a la desvinculación se procede con la tercera etapa de éste proceso que es el pago. Se procede al pago de la mesada pensional: En primer término: Se da el reconocimiento. En segundo término: Se desvincula el trabajador de la empresa. En tercer término: El salario se sustituye por el pago de la correspondiente mesada pensional. Como consecuencia de lo anterior, es claro discernir que según la interpretación que da la Jurisprudencia, separa cada uno de los momentos descritos, buscando como mecanismo de protección a los intereses de los trabajadores, que no se de primero la desvinculación laboral y luego el reconocimiento de la pensión, porque sería injusto que se desamparara al trabajador que se ve afectado por una incapacidad.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que el reconocimiento se produce como consecuencia de la solicitud de parte interesada, se comenzará a pagar en forma retroactiva, desde la fecha en que se produce tal estado.

3. Por tanto y como consecuencia de los anteriores planteamientos, se solicita nuevamente la fecha a partir de la cual se dio por terminado el contrato de trabajo, ya que una vez se ha reconocido el estado de invalido al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ (Primera etapa), se procede con la desvinculación laboral (Segunda etapa), para poder proceder con el pago de la mesada que ha sido reconocida.

Creándose la relación de continuidad entre la primera (reconocimiento) y segunda etapa (desvinculación) y así dar origen a la tercera etapa que es la consecuencia de todo el proceso: Pago de la mesada pensional. En ese orden de ideas no habría lugar al despido sin justa causa, por tratarse de una sustitución de conformidad con lo establecido por la Jurisprudencia porque en forma inmediata se procede al pago de la mesada pensional.

La C.S.J , Cas. Laboral, Sent.jun.10/87, indica: " **El reconocimiento de la pensión es justa causa de despido.** EL artículo 7o. numeral 14 del literal a) del Decreto Legislativo 2351 de 1.995 erige como justo motivo para que el patrono pueda fenecer un contrato de trabajo el hecho de reconocerle pensión de jubilación o invalidez a quien prestaba sus servicios, y el artículo 3o. de la Ley 48 de 1.968 que le dio vigencia permanente a este decreto, añade en su ordinal 6o. que el reconocimiento pensional por jubilación que legitima el despido del asalariado es el que regulan los artículos 260 del Código Sustantivo del Trabajo y 11 del Decreto 3041 de 1.966. ".

4. En comunicación de fecha Octubre 31 de 1.996, se notificó al Sr. Apolinar Sánchez Ordoñez con copia a su compañía, que se le reconoció el estado de invalidez con una calificación del 56.85 %, por tanto se da cumplimiento a lo establecido por el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993. En razón de lo anterior, se cumple el precepto a través del cual se debe realizar el reconocimiento del estado de invalidez, estando el trabajador al servicio de la empresa. Procediendo una vez se desvincule al pago de la mesada que le corresponde por su estado de invalido.

Es importante anotar, que se notificó directamente al afectado el porcentaje de calificación, pero dicha comunicación se remitió con copia a ustedes, por tanto, se surtió la notificación del porcentaje calificado.

Adicionalmente, nos permitimos informarles que la fecha en la cual se reconoció el Estado de invalidez, por PREVENSEG, entidad legalmente autorizada para el efecto., fue el día 20 de octubre 1.996.

5. Es importante aclarar, que la agilidad en el cumplimiento de los requisitos exigidos por la AFP Colpatria, facilita y acelera el proceso de pago de la mesada pensional a que tiene derecho el Sr. Sánchez Ordoñez. Los requisitos relacionados en el memorando de fecha octubre 16 de 1.996, con radicación BEN, 0323-M.P.P., fueron allegados a la A.F.P. Colpatria el día 26 de diciembre de los corrientes, quedando pendiente la certificación que deberá expedir la empresa, de conformidad con las siguientes solicitudes:

a. 31 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, con copia a la empresa.

b. 22 de noviembre de 1.996, en comunicación dirigida al Dr. Germán Jaramillo, Gerente General de Mayagüez.

Los requisitos que debe contener la misma son los siguientes: Fecha de ingreso, fecha de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y último salario devengado.

6. En lo relacionado con el cálculo y el monto de la pensión, dependerán el primero de los factores que a continuación se explican y en el segundo no será inferior a un salario mínimo legal mensual, su determinación estará sujeto a los datos de la historia laboral y del salario promedio de los últimos 10 años .

De conformidad con los parámetros fijados por el artículo 40 de la ley 100 de 1.993, se deberá proceder en los siguientes términos:

a) Incapacidad igual o superior al 50% e inferior al 66%:

- 45% del IBL.
- Más el 1.5% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 500,

b) Incapacidad igual o superior al 66%:

- 54% del IBL.
- Más el 2% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación IBL y en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual. En 1.996 $ 142.125. El pago de la mesada pensional se realizará en forma mensual.

En el caso que nos ocupa se tendria que aplicar lo indicado en el ordinal a), por tratarse de una incapacidad superior al 50 % pero inferior al 66%, es decir: 56.85%.

7. Es importante aclararle, que el estado de invalidez de una persona puede aumentar o disminuir o simplemente desaparecer, de acuerdo con la patología de la enfermedad que sufre el afiliado, por lo mismo la ley prevé un mecanismo de revisión:

Artículo 44. Revisión de las pensiones de Invalidez.

" El estado de invalidez podrá revisarse:

a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b. Por solicitud del pensiònado en cualquier tiempo y a su costa. ".

En espera de haber aclarado las dudas presentadas en el caso que nos ocupa, cualquier aclaración adicional, podrá remitirla a la Carrera 7 No. 27-52, piso 7. Gerencia de Beneficios, teléfono 2 86 00 17, Santafè de Bogotá.

Cordialmente,

P/

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

c.c. Expediente.

Nit 890.302.3943

Mayagüez, enero 17 de 1997
OPT-025-97

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Ficha: 2408-50
E. S. M.

COM-
M0100106616400030021

Nos permitimos informarle que PENSIONES Y CESANTIAS COLPATRIA mediante la comunicación BEN,0452,M.P.P. del 23 de diciembre de 1996, a partir del 20 de octubre de 1996, le ha concedido la pensión por invalidez. De acuerdo con lo anterior la Empresa se acoge al Decreto Ley N° 2351/65 Artículo 7o. Literal A Numeral 14 y dá por terminado su contrato de trabajo con justa causa.

Nos permitimos darle aviso de la finalización de su contrato de trabajo, con anticipación de quince (15) días, contados a partir del día siguiente de la notificación a usted de esta determinación. Al mismo tiempo la Empresa agradece la prestación de sus servicios durante todos estos años.

Procedase a la liquidación por retiro a partir del 03 de febrero de 1997.

En constancia se firma ante testigos a los 17 días del mes de enero de 1997.

Nota: Su pensión corre por cuenta íntegra y exclusiva de Pensiones y Cesantías Colpatria, sin que sea compartida con la Empresa MAYAGUEZ S.A.

Atentamente,

mayaguez s.a.

DIRECTORA DIVISION DE PERSONAL

TRABAJADOR NOTIFICADO

TESTIGOS:

Copias: Gerente Regional Dra. Ma. Fernanda Gonzalez Saez de Pensiones y Cesantias Colpatria, Ing. Oscar Ochoa, , Sra. Sonia Osorio, Folder Jubilados, Archivo trabajador, Sindicato de Dulce, Consecutivo.

luz/nelly

enero 23 de 199

COM-
M0100106616400030022

Señores colpatria:

Me permito saludarles tambien para comunicarles en cuanto a lo relacionado al pago de la pensión. Ustedes despues de yo haberles pedido que me remitieran el pago de pension a florida valle me pidieron que les comunicara cuantas entidades existian en dicho lugar me permito comunicarles existec coo desarrollo, el banco de colombia, el banco de bogota, coomzaen bal, la caja agraria.

Atentamente Apolinar cortes

52402645 Leiva N.

Santafè de Bogotá, febrero 24 de 1.997.
BEN-0132-mnl

Señor:
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Calle 8 No. 1-31 Piso 2
Cali

COM-
M0100106616400030023

Apreciado Señor:

Con base en los parámetros fijado en la Ley 100 y demás Decretos Reglamentarios, procedemos a fundamentarle jurídicamente las razones por las cuales esta Sociedad debe velar porque se realicen los correspondientes aportes al **Sistema de Seguridad Social en Salud**, cuya finalidad es vigilar y garantizar su protección, a saber.

1. La ley 100 de 1.993, en su artículo 11 denominado campo de aplicación establece: " El sistema General de Pensiones, con las excepciones previstas en el artículo 279 de la presente ley, se aplicará a todos los habitantes del territorio nacional, conservando adicionalmente todos los derechos, garantías, prerrogativas, servicios y beneficios adquiridos y establecidos conforme a disposiciones normativas anteriores para quienes a la fecha de vigencia de esta ley hayan cumplido con los requisitos para acceder a una pensión o se encuentren pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sustitución o sobrevivientes de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus ordenes, del Instituto de Seguros Sociales y del sector privado en general.

2. El artículo 1 del Decreto 692 indica: " Sistema de Seguridad Social Integral. El sistema de seguridad social integral, está conformado por:
- El sistema General de Pensiones.
- El sistema de Seguridad Social en Salud.
- El sistema General de riesgos profesionales.

La afiliación a cada uno de los sistemas que componen el sistema de seguridad social integral, es independiente. No será requisito demostrar la afiliación a uno de estos sistemas para afiliarse a otro de ellos.
Cada afiliado, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1.993, podrá escoger de manera separada la entidad administradora del régimen de salud y del régimen de pensiones, a la cual deseen estar vinculados. Los pensionados podrán escoger libremente la entidad administradora del régimen de salud que prefieran. ".

3. En el Decreto 1298 en su artículo 39 se define el régimen de afiliación en los siguientes términos: " Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. Todo habitante del territorio nacional, participará en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A) AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:
1) Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos , los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata este Estatuto.
2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

B) VINCULADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivo de incapacidad de pago y mientras logran ser afiliados al régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

A partir del año 2.000, todas las personas deberán estar vinculadas al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de Salud.
PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos y controles para garantizar la universalidad de la afiliación.
PARAGRAFO 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

4. El artículo 146 del Decreto 1298, en desarrollo del artículo 143 de la Ley 100 de 1.993, establece:

" REGIMEN CONTRIBUTIVO. ...
El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en su concurrencia entre éste y su empleador. ".

5. El artículo 143 de la Ley 100 de 1.993, establece: " REAJUSTE PENSIONAL PARA LOS ACTUALES PENSIONADOS.

A quienes con anterioridad al 1o. de enero de 1.994 se les hubiere reconocido la pensión de vejez o jubilación, invalidez o muerte, tendrán derecho, a partir de dicha fecha, a un reajuste mensual equivalente a la elevación en la cotización para salud que resulte de la aplicación de la presente ley.

La cotización para la salud establecida en el sistema general de salud para los pensionados está, en su totalidad, a cargo de éstos, quienes podrán cancelarla mediante una cotización complementaria durante su período de vinculación laboral.

6. El artículo 5 del Decreto 1298 de 1.994, indica: " CARACTERISTICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ...
b) AFILIACION OBLIGATORIA. Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales, salvo las excepciones establecidas en el presente Estatuto. "

En el Capitulo 11, Derechos y Deberes, artículo 6, del Decreto 1298: " PRINCIPIO GENERAL.
Todo habitante del territorio nacional tiene el derecho a las prestaciones de salud, en los términos previstos en este Estatuto, y el deber de proveer a la conservación de su salud y de salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de la comunidad. ".

7. El Decreto 692 de 1.994, en su artículo 42, indica: " REAJUSTE PENSIONAL POR INCREMENTO DE APORTES EN SALUD.

En consecuencia, las entidades pagadoras de pensiones procederán a efectuar el reajuste previsto en este artículo por la diferencia entre la cotización que venían efectuando los pensionados y la nueva cotización del 8% que rige a partir de Abril de 1.993, o la que se determine cuando rija lo cobertura familiar, sin exceder del 12%.

Las entidades pagadoras deberán descontar la cotización para salud, y transferirlo a la E.P.S. o entidad a la cual estè afiliado el pensionado en salud. ... ".

Como consecuencia de los anteriores planteamientos, se le descontarà de su mesada pensional a partir de la fecha en que se comience a sufragar, lo correspondiente al aporte que usted debe asumir en su totalidad, con la finalidad de ser consignado en Instituto del Seguro Social por concepto de salud.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

INFORMACION PARA CALCULO DE SUMA ADICIONAL

FONDO DE PENSIONES

COLPATRIA

DATOS GENERALES

SANTA FE DE BOGOTA D.C., FECHA DE ENVIO: 97 04 24 (AA MM DD)
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A

CONSEC. SINIEST.: STRO 095

POLIZA PIS: 004

FALLECIMIENTO [ ]

INVALIDEZ [X]

DATOS DEL AFILIADO

Sanchez Ordoñez — APELLIDOS

Apolinar — NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO: 52 5 12 (AA MM DD)

FECHA DEL SINIESTRO: ___ ___ ___ (AA MM DD)

FECHA CALIFIC. DE LA INV. 96 10 20 (AA MM DD)

CALIFICACION DE INVALIDEZ: 56.85 %

SEMANAS COTIZADAS AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES 264.67

IBL - $242385

HISTORIA LABORAL: SI [X] NO [ ] (Detalle adjunto)

BONO PENSIONAL: SI [X] NO [ ] VALOR: $ 3.072.000=

SALDO EN LA CUENTA INDIVIDUAL: $ 987320.36 (Detalle adjunto)

(INCLUYE BONO PENSIONAL : SI [ ] NO [X]) (Detalle adjunto)

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO AA	MM	DD	ESTUDIA		INVALIDEZ		CALIFICACION INVALIDEZ
Sanchez Ordoñez	Leodan	Hijo	89	10	18	SAI- M0100106616400210024				
Sanchez Ordoñez	Rudely	Hija	90	01	15					
Sanchez Ordoñez	Dany	Hija	96	09	14					
Sanchez Ordoñez	Rolando	Hijo	91	03	10					
Ordoñez Bastidas	Maria Dionilde	esposa	69	07	19					

OBSERVACIONES: Del valor de la mesada pensional que se pague al afiliado se debe descontar el 12% que corresponde a salud y por este valor girar cheque a favor del I.S.S.

ELABORADO POR: Mireya Niño L. (NOMBRE)

REVISADO POR: (GERENCIA DE BENEFICIOS)

RECIBIDO POR:

ASEGURADORA RECIBIDO PARA ESTUDIO
FECHA: 30 ABR 1997
GERENCIA TECNICA COLPATRIA

Santafè de Bogotà, D.C., Abril 24 de 1997
BEN-316-imcc

PARA: ***OFICINA cali***
Atn . Sta. Martha Lucia Arias

COM-
M0100106616400200025

ASUNTO: ***REMISION CARTA LEGALIZACION PENSION DE INVALIDEZ***
Sr.APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Apreciados Señores:

Para legalizar el pago realizado por ustedes al afiliado en referencia, por valor de ***$ 1.114.395.oo*** *correspondiente al pago retroactivo de las mesadas pensionales por invalidez, enviamos :*

La carta de aceptación, la cual deberà ser firmada por el beneficiario de la pensiòn, con nùmero de documento de identidad y colocando huella dactilar.

Realizada la entrega del cheque deberàn enviar por correspondencia interna a la Gerencia de Beneficios:

- *Original del comprobante de pago debidamente firmada.*
- *Original carta de aceptación debidamente firmada.*

Les aclaramos que el proceso seguido por ustedes para este pago, contraviene los procedimientos establecidos para estas casos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Gerencia de Beneficios

Adjunto: Lo enunciado

C.C. VICEPRESIDENCIA DE TECNOLOGIA Y OPERACIONES - Dr. Gustavo Von Walter

Santafè de Bogotà, D.C., Abril 25 de 1997

Señores:
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES S.A.
Ciudad.

Apreciados Señores:

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado (a) con Cèdula de Ciudadanìa No. 5.242.615 de Leiva (Nariño) por medio de este escrito declaro: **PRIMERO.** Que en mi condiciòn de pensionado por Invalidez de acuerdo al dictamen mèdico de fecha 20 de Octubre de 1996 emitido por PREVENSEG, me encuentro tramitando reclamaciòn ante Seguros de Vida Colpatria S.A. **SEGUNDO:** Que como quiera que la pensiòn de **invalidez** depende de la expediciòn del bono pensional y del pago de la garantìa estatal de pensiòn mìnima por parte del Gobierno Nacional, los cuales no han sido expedidos a la fecha, acepto recibir a cuenta de indemnizaciòn futura, pagos provisionales equivalentes al valor de la mesada pensional a la que tendrìa derecho, una vez se expida el Bono Pensional y el Gobierno Nacional pague el valor de la garantìa estatal. **TERCERO:** Que como consecuencia de lo anterior declaro recibido el cheque **No.** por valor de **1.114.395.oo** girado contra el Banco Colpatria de esta ciudad, por concepto de **Mesada de Noviembre/96 a Diciembre/96 cada una por valor de $142.125 para un total de $284.250;y Mesada adicional de Diciembre/96 por valor de $ 142.125;Mesada de Enero/97 a Abril/97 cada una por valor de $ 172.005 para un total de $ 688.020. CUARTO:** Que hasta tanto se acrediten las sumas restantes requeridas para el pago de la pensiòn, **declaro a Paz y Salvo a Seguros de Vida Colpatria S.A y a Colpatria Sociedad Administradora de Fondos de Cesantias y Pensiones S.A** por cualquier concepto relacionado con la pensiòn de la cual soy beneficiario y que me encuentro tramitando.

Atentamente,

Apolinar Sanchez
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C No. 5242.615

SEGUROS DE VIDA

SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. — COLPATRIA

COMPROBANTE DE PAGO No. 259-97

LIQUIDACION DE: PAGO INDEMNIZACION

FECHA: AÑO 97 MES 04 DIA 25

LOCALIDAD Y CODIGO		LOC
BOGOTA SAN DIEGO 084	POLIZA PIS - 004	LOC BOG

CUENTA	DEBITO	CREDITO	
510210055001 084	1.114.395		
111505319084		1.114.395	P 1652317

PAGUESE A: COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT. 800.139.690-2
TOMADOR : COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
ASEGURADO : APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
STRO. 95-97 DE 96-10-20
ANULA Y REEMPLAZA EN TODAS SUS PARTES AL CHEQUE NO. 1652301
MAL GIRADO

~~1.114.395~~

ELABORADO POR | APROBADO POR | RECIBI | C.C. o NIT | FIRMA Y HUELLA BENEFICIARIO DE PAGO

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías
NIT. 800.139.690-2
Recibí

SEGUROS DE VIDA

SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. — COLPATRIA

CHEQUE No. 1652317

PAGUESE AL PRIMER BENEFICIARIO POR CAJA O CANJE

DIA 25 MES 04 AÑO 97 $ 1.1

PAGUESE A: COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS XXXXXXXX

LA SUMA DE: UN MILLON CIENTO CATORCE MIL TRESCIENTOS NOVENTA [illegible] $ M/CTE XXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

COLPATRIA S.A. CTS

BANCO COLPATRIA

SUCURSAL CRA 7 No 24-89 EDIFICIO LA SANTAFE DE BOGOTA

CTA. CTE. No. 0121046578

FIRMA(S)

40432312401657 SPLIT 2348

Santafé de Bogotá, abril 25 de 1.997
BEN - 0330 op

CER-
M0100106615400070026

PARA : GERENCIA DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO
At. Dr. Gerardo López

ASUNTO: CONSIGNACIÓN CHEQUE No.: 1652301 EN LA CUENTA DE COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA

Apreciados señores:

Atentamente les solicitamos consignar en la cuenta de COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTÍAS Y PENSIONES S.A., el cheque numero 1652301, girado por un valor de $1.114.395, para cubrir el pago realizado por nuestra oficina de Cali, en el día de hoy, por concepto de Mesadas Pensionales provisionales del afiliado por Invalidez, señor: Apolinar Sánchez Ordoñez, identificado con la cédula número: 5.242.615.

Les agradecemos de antemano su colaboración.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO P.
Gerente de Beneficios

Copia: Tesorería Operativa. Dra Aracely Vasquez

SEGUROS DE VIDA
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

COLPATRIA

COMPROBANTE DE PAGO No. 259-97

LIQUIDACION DE PAGO INDEMNIZACION

FECHA: AÑO 97 MES 04 DIA 25

LOCALIDAD Y CODIGO		
BOGOTA SAN DIEGO 084	POLIZA PIS - 004	LOC BOG

CUENTA	DEBITO	CREDITO	
510210055001 084	1.114.395		
111505319084		1.114.395	P 1652301

COMPROBANTE

PAGUESE A: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ C.C. 5.242.615
TOMADOR : COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
ASEGURADO : APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
STRO. 95-97 DE 96-10-20

TOTAL A GIRAR $ 1.114.395

REVISADO POR:	APROBADO POR:

RECIBI _____ FIRMA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

C.C. ó NIT. _____

FORMA V-1122 JUN/96

ORIGINAL PARA EL BENEFICIARIO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA

Santafè de Bogotà, Abril 28 de 1997

BEN-332-imcc

PARA : SUCURSAL CALI

Sta. Martha Lucia Arias

COM-

M0100106616400030027

ASUNTO : TRAMITE EN SALUD Sr. APOLINAR SANCHEZ

De acuerdo a conversacion telefònica y para continuar con el tràmite de pensiòn de nuestro afiliado Sr. Apolinar Sanchez, requerimos:

- DILIGENCIAR Y PRESENTAR FORMULARIO DE INSCRIPCION ANTE EL I.S.S. EN SALUD.

Para llevar a cabo el anterior tràmite, adicional a la fotocopia de la **cèdula de ciudadania del afiliado,** se requiere la siguiente informaciòn:

1. **PENSIONADO POR : FONDO DE PENSIONES COLPATRIA**
2. **NIT : 800.229.361-0**
3. **INGRESO MENSUAL : $ 172.005.oo**

Cordialmente;

JOSE ORLANDO PALACIO P.

Gerente de Beneficios

Santafè de Bogotà, Abril 30 de 1997

Oficina o dependencia
Cali
Atn. Martha Lucia Arias

¡URGENTE!

REF. SINIESTRO SR(A) Apolinar Sanchez Ordoñez

Realizado el estudio preliminar de la reclamaciòn de pensiòn del afiliado en referencia, recibida el dia _____ se encuentran pendientes los siguientes documentos para tramitar :

- ☐ Auxilio Funerario
- ☐ Pensiòn de sobrevivientes
- ✱ Pensiòn de invalidez

COM-
M0100106616400100028

ESTADO ACTUAL DEL SINIESTRO

Docum. estudio	En objeciòn	Docum. pendientes	En calificaciòn	Aseguradora	Pago mesada
		✱			

DOCUMENTOS PENDIENTES

1. Copia afiliaciòn al ISS en salud
2.
3.
4.
5.

RECOMENDACIONES

1. La documentaciòn requerida **SIEMPRE** debera ser solicitada por escrito a los beneficiarios
2.
3.
4.

Cualquier aclaraciòn adicional comunicarse de inmediato con la Gerencia de Beneficios 2860017 / 2862054

" IMPORTANTE: LES RECORDAMOS QUE PARA EL TRAMITE AGIL DE LA PENSIÒN ES NECESARIO PRESENTAR COMPLETA LA DOCUMENTACIÒN. ES PARTE DE NUESTRA GESTION".

Favor atender esta comunicaciòn antes de las 10:00am

Gerencia de Beneficios

Santafè de Bogotà; Abril 30 de 1997

Oficina o dependencia
Cali

Atn. Martha Lucia Arias

¡URGENTE!

REF. SINIESTRO SR(A) Apolinar Sanchez; Edilberto Torres.

Realizado el estudio preliminar de la reclamaciòn de pensiòn del afiliado en referencia, recibida el dia _____ se encuentran pendientes los siguientes documentos para tramitar :

- ☐ Auxilio Funerario
- ☐ Pensiòn de sobrevivientes
- ☐ Pensiòn de invalidez :

ESTADO ACTUAL DEL SINIESTRO

Docum. estudio	En objeción	Docum. pendientes	En calificaciòn	Aseguradora	Pago mesada

DOCUMENTOS PENDIENTES

1 Se debe reportar al ISS la novedad de Vinculación
2 en salud de los Srs. Apolinar Sanchez y Edilberto
3 Torres Arboleda; el NIT del empleador es 800229361-0
4 (Fondo de Pensiones Colpatria) y no el de la Sociedad
5 como aparece en las afiliaciones enviadas via fax (*)

RECOMENDACIONES

1 La documentaciòn requerida **SIEMPRE** debera ser solicitada por escrito a
los beneficiarios
2 Hacer el reporte al ISS por escrito el dia 30 de
3 marzo y enviar copia radicada en el ISS a la
4 Gerencia de Beneficios.

Cualquier aclaraciòn adicional comunicarse de inmediato con la Gerencia de Beneficios 2860017 / 2862054

" IMPORTANTE: LES RECORDAMOS QUE PARA EL TRAMITE AGIL DE LA PENSIÒN ES NECESARIO PRESENTAR COMPLETA LA DOCUMENTACIÒN. ES PARTE DE NUESTRA GESTION".

Favor atender esta comunicaciòn antes de 5:00 pm Abril 30

P/P _____
Gerencia de Beneficios

* Ver memorando BEN-332-imcc para corroborar trámite en salud señalado.

REPUBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION E INSCRIPCION A LA E.P.S - REGIMEN CONTRIBUTIVO
DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

LAS INSTRUCCIONES SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

FECHA AÑO MES DIA

TRABAJADOR INDEPENDIENTE
PENSIONADO

TIPO DE PRESTACION TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

TIPO DE AFILIACION: PRINCIPAL | COLECTIVA | FECHA DE AFILIACION AL SISTEMA: 97 05 29

IDENTIFICACION DEL COTIZANTE

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRES
Sanchez.	Ordoñez	Apolinar

No. DE IDENTIFICACION: 5.242.615. | DV | TD | FECHA DE NACIMIENTO: 62 5 4 | SEXO: X M F

DIRECCION DE RESIDENCIA PRINCIPAL: Av. 5ta Nk # 2gN-69 | TELEFONO: 667050S | FAX

CIUDAD: | DEPARTAMENTO:

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: Tarragona B/. La Esperanza. | TELEFONO:

CIUDAD: Florida | DEPARTAMENTO: Valle

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PENSION, SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O EPS: ISS | CODIGO:

ENTIDAD DONDE PREFIERE LOS SERVICIOS DE SALUD: | CODIGO:

INFORMACION BASICA DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES

ACTIVIDAD ECONOMICA: | CIIU: | ADV. RIESGOS PROF.: | CODIGO:

CLASE: PERSONA NATURAL / SOCIEDAD | CODIGO | DEPTO | MPIO | PRODUCTOR AGROPECUARIO: SI NO | NUMERO DE EMPLEADOS | TAMAÑO DE EMPRESA: PEQ MED

ANTIGUEDAD LABORAL TOTAL: AÑOS MESES | OFICIO | PATRIMONIO: ULTIMO AÑO GRAVADO | NIVEL EDUCATIVO: 1 2 3 4 5 | PATRON O EMPLEADOR: TRABAJADOR CUENTA PROPIA | INGRESO MENSUAL: $

CARGO QUE DESEMPEÑA: | FECHA INGRESO:

CARGO QUE DESEMPEÑO ANTES DE SU PENSION:

INGRESO MENSUAL DECLARADO O VALOR MESADA PENSIONAL:

INFORMACION DE LOS COTIZANTES Y BENEFICIARIOS

TIPO DE COTIZANTE	SUBTIPO	TD	NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS (1er. APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRES)	SEXO M	SEXO F	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DIA	CONYUGE	PADRES	COMPAÑERO	HIJOS	OTROS	USO EPS: CLASES DE DISCAPACIDAD
23791803			Sanchez Ordoñez Leodan	X		89	10	18				X		NO
23791803			Sanchez Ordoñez Dani		X	96	9	14				X		
15534472			Sanchez Ordoñez Rudely		X	90	01	15				X		NO
6824909			Sanchez Ordoñez Ronaldo	X		91	03	10				X		
59.760.014			Ordoñez Bastidas Maria		X	69	07	19	X					

RESIDENCIA DE PENSIONADOS	TELEFONO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	IPS	CODIGO
Tarragota B/La esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle	FEP.	
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		

MD10010661640007002S

FIRMA DEL TRABAJADOR: Apolinar sanchez
HUELLA: 5 ZURDO
C.C. TRABAJADOR: 5.242.615 Leiva (Nariño)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS

FIRMA AUTORIZADA | FIRMA Y FECHA

RECEPCION CAMPAÑA DE LA EPS

ARCHIVO | GRABADO | VALIDADO

COD. 6407075101150

C.A.A. LA FLORA PUESTO APELLIDO 998

Cocaina. 2C3.826

COLPATRIA

Santa Fe de Bogotá, junio 25 de 1997
SSD-388-DTC

Señores
FONDO DE PENSIONES COLPATRIA
Atn: Dr. Orlando Palacios
Santa Fe de Bogotá

DOCADI-
M0100106616400050030

REF: AJUSTE A LA SUMA ADICIONAL REQUERIDA
TOMADOR PENSIONES Y CESANTIAS COLPATRIA

Apreciados Señores:

En atención a la referencia adjunto entregamos cheque Nro 1231573 por concepto de valor ajuste a la suma adicional requerida para completar el capital pensional por valor total de $2.830.144, con el propósito de cubrir el valor del auxilio funerario para los siguientes siniestros que relacionamos a continuación:

NRO STRO	ASEGURADO	VALOR
76-96	OSCAR HERNAN JARAMILLO	$283.376
92-97	LUCILA ORTIZ RANGEL	$231.420
93-97	GUSTAVO A. TABARES	$297.254
94-97	EDILBERTO TORRES A.	$283.376
95-97	APOLINAR SANCHEZ	$301.023
97-97	MANUEL A. RODRIGUEZ	$290.080
98-97	HENRY OROZCO	$280.195
102-97	JAIME E. ROLDAN	$286.670
104-97	ALFREDO PEREZ DIAZ	$290.080
111-97	CARLOS I. HOYOS	$286.670

A favor del FONDO DE PENSIONES COLPATRIA.

Sin otro particular, los saludamos.

Cordialmente,

JAIME ARTURO PRIETO GONZALEZ
SUBGERENTE TECNICO COMERCIAL

UNIVERSIDAD JAVERIANA
SEGURIDAD SOCIAL- RIESGOS PROFESIONALES- MEDICINA LABORAL
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL – FUNDACION MAPFRE
MADRID - ESPAÑA
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ 1994-2002

Bogotá 15 de febrero de 2007

DPC-
M0100106616400010031

Señores
BBVA HORIZONTE
PENSIONES Y CESANTIAS
COORDINACION
BENEFICIOS PENSIONALES

Referencia: Revisión Pensional.

Respetados señores:

En relación con el asunto de la referencia, relacionado con el señor APOLINAR SANCHEZ, C.C. 5.242.615 , me permito manifestarle que por presentar diagnóstico de ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, le fue reconocida pensión de invalidez de origen común

Teniendo en cuenta que por sus características se trata de una lesión de carácter irreversible, considero que no es necesario realizar nuevas revisiones pensionales.

Atentamente,

RICARDO ALVAREZ C.
LIC. SO. 00886

Ortigal Cauca corregimiento de Miranda, 21 de Abril de 2012.

0059590
02630300595900002

Señores

HORIZONTE FONDO DE PENSIONES y CESANTIAS – antiguo COLPATRIA PENSIONES

KR 11 NO 87-51 PISO 7, Bogotá, Cundinamarca, Colombia

DERECHO DE PETICION: art 23 Constitucional.

DDP-
M01001066164026A0032

Cordial saludo,

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma solicito respetuosamente a ustedes con base en el derecho de petición del art 23, se digne expedir COPIA AUTENTICA DE LA RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ME PENSIONABA COMO TRABAJADOR del Ingenio Mayaguez en oficios varios en campo. Ella por supuesto es contentiva de la incapacidad laboral del 53. 6 % de invalidez emanada por Colpatria S.A.

Lo anterior se lo solicito con fines de trámites administrativos correspondientes. Pues al parecer aun permanezco activo en la empresa.

Me puede allegar contestación a la dirección Cra 19 Nro . 17 – 30 Puerto Tejada - Cauca

Al teléfono: 314 874 4050

Horizonte PALMIRA
11 MAY 2012
NOMBRE HORA

Apolinar Sánchez

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ.

C.C. Nro. 5.242.615 expedida en Leiva Nariño.

Dirección Alterna: en la ciudad de Popayán donde el señor Roosevelt Sotelo en la Calle 26 Norte Nro. 4A- 58 de la Ciudad de Popayán, Cauca.

HORIZONTE PENSIONES Y CESANTIAS
2012 05 14
HORA
NOMBRE FUNCIONARIO
RADICACIÓN 2012-0514-1047-0470
RECIBIDO

Pedraza Mendez Daniela Alejandra (DIRECCIÓN DE SERVICIOS PENSIONALES)

De: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS)
Enviado el: miércoles, 16 de abril de 2025 1:03 p. m.
Para: JOSE ELIAN CASTILLO SANTAMARIA
Asunto: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 16042025 (Prev COLPATRIA)
Datos adjuntos: Solicitud cotizaciòn especial 16_04_2025 (Prev Colpatria).xls

Solicitud Cotización Stock Siniestros (Prev.COLPATRIA) 16_04_2025

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Sobrevivencia e Invalidez, relacionado en el archivo anexo 276 casos.

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Cordialmente

Diana Marcela López Gil
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
dlopezg@porvenir.com.co
Direccion General

Pedraza Mendez Daniela Alejandra (DIRECCIÓN DE SERVICIOS PENSIONALES)

De: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS)
Enviado el: miércoles, 16 de abril de 2025 1:02 p. m.
Para: Carlos Miguel MADERA CARDENAS
Asunto: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 16042025 (Prev COLPATRIA)
Datos adjuntos: Solicitud cotizaciòn especial 16_04_2025 (Prev Colpatria).xlsx

Solicitud Cotización
Stock Siniestros
(Prev.COLPATRIA)
16_04_2025

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Sobrevivencia e Invalidez, relacionado en el archivo anexo 276 casos.

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Cordialmente

Diana Marcela López Gil
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
dlopezg@porvenir.com.co
Direccion General

Pedraza Mendez Daniela Alejandra (DIRECCIÓN DE SERVICIOS PENSIONALES)

De: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS)
Enviado el: miércoles, 16 de abril de 2025 1:01 p. m.
Para: G_Cotizacion_Siniestros
Asunto: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 16042025 (Prev COLPATRIA)
Datos adjuntos: Solicitud cotizaciòn especial 16_04_2025 (Prev Colpatria)_.xlsx

Solicitud Cotización Stock Siniestros (Prev.COLPATRIA) 16_04_2025

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Sobrevivencia e Invalidez, relacionado en el archivo anexo 276 casos.

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Cordialmente

Diana Marcela López Gil
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
dlopezg@porvenir.com.co
Direccion General

Pedraza Mendez Daniela Alejandra (DIRECCIÓN DE SERVICIOS PENSIONALES)

De: Lina Katherine Huertas Castro
Enviado el: lunes, 21 de abril de 2025 8:27 a. m.
Para: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS)
CC: G_Cotizacion_Siniestros
Asunto: RE: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 16042025 (Prev COLPATRIA)

Solicitud Cotización Stock Siniestros (Prev.COLPATRIA) 16_04_2025

Reciban un cordial saludo por parte de Seguros de Vida Alfa S.A.

De manera atenta nos permitimos dar respuesta a su solicitud de cotización de póliza de renta vitalicia en el siguiente sentido:

Ante todo, manifestamos nuestros agradecimientos por haber incluido a Seguros de Vida Alfa dentro de las empresas que consideró para hacer la invitación a participar en el proceso de cotización de la póliza de renta vitalicia.

Ahora bien, actualmente Seguros de Vida Alfa S.A. está cotizando y contratando la póliza de renta vitalicia para los casos en los cuales esta misma compañía haya expedido y pagado el seguro previsional para las pensiones de Invalidez y Sobrevivencia, lo anterior en concordancia con el Decreto 876 de 1994 en su artículo 5º que señala:

"(...) Artículo 5º Garantía de la renta vitalicia. Con sujeción a lo previsto en el Decreto 719 de 1994 y las normas que lo adicionen o modifiquen, la entidad aseguradora de vida que hubiere expedido el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia deberá garantizar a la respectiva sociedad administradora, a sus afiliados y beneficiarios:

1. La expedición de un seguro de renta vitalicia inmediata o el retiro programado con renta vitalicia diferido como modalidades para obtener su pensión, cuando así lo solicite expresamente el afiliado, el pensionado o sus beneficiarios según el caso, y

2. Que el seguro de renta vitalicia comprenda el pago de una pensión mensual no inferior al cien por ciento (100%) de la pensión de referencia utilizada para el cálculo del capital necesario. (...)"

De acuerdo con lo anterior en este momento no es posible acceder a su solicitud toda vez que el caso en concreto no pertenece a un reconocimiento del contrato del seguro previsional efectuado por esta compañía aseguradora.

DIRECCIÓN DE RENTAS VITALIC
PBX: 601- 7435333. Bogotá - Co
www.segurosalfa.com.co

De: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS) <dlopezg@porvenir.com.co>
Enviado el: miércoles, 16 de abril de 2025 1:01 p. m.
Para: G_Cotizacion_Siniestros <cotizacionsiniestros@segurosalfa.com.co>
Asunto: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 16042025 (Prev COLPATRIA)

Solicitud Cotización
Stock Siniestros
(Prev.COLPATRIA)
16_04_2025

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Sobrevivencia e Invalidez, relacionado en el archivo anexo 276 casos.

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Cordialmente

Diana Marcela López Gil
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
dlopezg@porvenir.com.co
Direccion General

COTIZACIÓN										
No. expediente AFP	**Tipo Id**	**Num. Identificación**	**Nombre**	**Origen de Contratación**	**Parentesco**	**Estado**	**Valor Mesada Actual**	**% Nomina**	**Numero de mesadas al año**	**Saldo CAI**

#ExponentialThinkers

avista

Bogotá D.C. 2 de mayo 2025.

Señores
División de Nomina
Dirección de Pensionados y Pagos
PORVENIR

REF: Cancelados nómina mayo 2025.

Respetados señores por medio de la presente enviamos información de inactivación de créditos, para efectuar las cancelaciones de descuentos a partir del mes de abril 2025.

Adjuntamos información Correspondiente:

- Paz y Salvos Cancelaciones totales.
- Paz y salvos Refinanciaciones.

CEDULA	NOMBRES	CREDITO	CUOTA
5242615	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	772024268833	$ 623.900
6321446	JHON JAIRO SANCHEZ OBREGON	772024210305	$ 67.200
6321446	JHON JAIRO SANCHEZ OBREGON	772023134664	$ 135.904
7362619	ARISTIDES CORDOBA RINCON	772024194442	$ 67.249
8744675	JORGE LUIS DIAZ MEJIA	772023141733	$ 953.728
16472854	LUIS ARNALDO ASPRILLA QUINTANA	772023122002	$ 74.809
16640385	EDUARDO DE JESUS MEJIA CABEZA	77202282617	$ 360.003
19338028	JULIO ARMANDO SUAREZ PASTRAN	77202272283	$ 629.348
34998760	MILADIS DEL CARMEN VILLALBA ALVAREZ	772023169341	$ 551.800
36551315	CARMEN CECILIA TRONCOSO SILVA	772023134565	$ 153.887
39538449	LUZ YOLANDA TUTA GALINDO	772024250815	$ 623.996
42764294	ANGELA MARIA HURTADO LOPEZ	772023152776	$ 551.800
43471744	DORA MARIA CASTRO MARTINEZ	772023116250	$ 185.644
45492749	MIRNA DEL CARMEN HERNANDEZ BENITEZ	772024246013	$ 624.000
51840239	JAQUELINE APONTE PINEDA	772024254605	$ 619.000
53099876	MYRIAM STEFANY SANTOYO LOPEZ	772023186829	$ 551.800
63333036	MARIA ROSARIO COGOLLO MONTERROSA	772025277999	$ 430.757
70523475	JUSTO ELIAS RICARDO TORDECILLA	772024238023	$ 65.423
77016830	LUIS RAFAEL ORTEGA PARODI	772023145948	$ 300.680
77016830	LUIS RAFAEL ORTEGA PARODI	772024217706	$ 293.401

Atentamente,

YENNY ALEXANDRA GOMEZ CASTRO
Analista de Incorporaciones/Operaciones Financieras.

Garzon Valbuena Carolina (COORDINACION DE PENSIONADOS)

De: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS)
Enviado el: viernes, 17 de enero de 2025 8:39 a. m.
Para: Carlos Miguel MADERA CARDENAS; JOSE ELIAN CASTILLO SANTAMARIA; cevidayrentas@suramericana.com.co
Asunto: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 17012025 (Prev COLPATRIA)
Datos adjuntos: Solicitud Cotizaciòn 17_01_2025 (Prev Colpatria).xls; Solicitud Cotizaciòn 17_01_2025 (Prev Colpatria).xlsx

Solicitud Cotización Stock Siniestros (Prev.COLPATRIA) 17_01_2025

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Sobrevivencia e Invalidez, relacionado en el archivo anexo 277 casos.

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Cordialmente

Diana Marcela López Gil
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
dlopezg@porvenir.com.co
Direccion General

Garzon Valbuena Carolina (COORDINACION DE PENSIONADOS)

De: Lina Katherine Huertas Castro
Enviado el: viernes, 17 de enero de 2025 5:27 p. m.
Para: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS)
CC: G_Cotizacion_Siniestros
Asunto: RE: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 17012025 (Prev COLPATRIA)

Solicitud Cotización Stock Siniestros (Prev.COLPATRIA) 17_01_2025

Reciban un cordial saludo por parte de Seguros de Vida Alfa S.A.

De manera atenta nos permitimos dar respuesta a su solicitud de cotización de póliza de renta vitalicia en el siguiente sentido:

Ante todo, manifestamos nuestros agradecimientos por haber incluido a **Seguros de Vida Alfa** dentro de las empresas que consideró para hacer la invitación a participar en el proceso de cotización de la póliza de renta vitalicia.

Ahora bien, actualmente Seguros de Vida Alfa S.A. está cotizando y contratando la póliza de renta vitalicia para los casos en los cuales esta misma compañía haya expedido y pagado el seguro previsional para las pensiones de Invalidez y Sobrevivencia, lo anterior en concordancia con el Decreto 876 de 1994 en su artículo 5º que señala:

"(...) Artículo 5º Garantía de la renta vitalicia. Con sujeción a lo previsto en el Decreto 719 de 1994 y las normas que lo adicionen o modifiquen, la entidad aseguradora de vida que hubiere expedido el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia deberá garantizar a la respectiva sociedad administradora, a sus afiliados y beneficiarios:

1. La expedición de un seguro de renta vitalicia inmediata o el retiro programado con renta vitalicia diferido como modalidades para obtener su pensión, cuando así lo solicite expresamente el afiliado, el pensionado o sus beneficiarios según el caso, y

2. Que el seguro de renta vitalicia comprenda el pago de una pensión mensual no inferior al cien por ciento (100%) de la pensión de referencia utilizada para el cálculo del capital necesario. (...)"

De acuerdo con lo anterior en este momento no es posible acceder a su solicitud toda vez que el caso en concreto no pertenece a un reconocimiento del contrato del seguro previsional efectuado por esta compañía aseguradora.

seguros alfa
DIRECCIÓN DE RENTAS VITALICIAS
PBX: 601- 7435333. Bogotá - Colombia
Celular corporativo:
www.segurosalfa.com.co

De: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS) <dlopezg@porvenir.com.co>
Enviado el: viernes, 17 de enero de 2025 8:40 a. m.
Para: G_Cotizacion_Siniestros <cotizacionsiniestros@segurosalfa.com.co>
Asunto: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 17012025 (Prev COLPATRIA)

Solicitud Cotización
Stock Siniestros
(Prev.COLPATRIA)
17_01_2
025

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Sobrevivencia e Invalidez, relacionado en el archivo anexo 277 casos.

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Cordialmente

Diana Marcela López Gil
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
dlopezg@porvenir.com.co
Direccion General

Garzon Valbuena Carolina (COORDINACION DE PENSIONADOS)

De: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS)
Enviado el: viernes, 17 de enero de 2025 8:40 a. m.
Para: G_Cotizacion_Siniestros
Asunto: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 17012025 (Prev COLPATRIA)
Datos adjuntos: Solicitud Cotizaciòn 17_01_2025 (Prev Colpatria)_.xlsx

Solicitud Cotización
Stock Siniestros
(Prev.COLPATRIA)
17_01_2025

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Sobrevivencia e Invalidez, relacionado en el archivo anexo 277 casos.

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Cordialmente

Diana Marcela López Gil
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
dlopezg@porvenir.com.co
Direccion General

Garzon Valbuena Carolina (COORDINACION DE PENSIONADOS)

De: JOSE ELIAN CASTILLO SANTAMARIA <JCASTI8@MAPFRE.COM.CO>
Enviado el: martes, 4 de febrero de 2025 5:08 p. m.
Para: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS)
CC: CAMILA ANDREA CANAVERAL ASTUDILLO
Asunto: [CORREO EXTERNO] - RE: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 170 12025 (Prev COLPATRIA)

¡PRECAUCIÓN, este correo electrónico fue enviado desde una dirección de CORREO EXTERNA!

Si sospechas de la procedencia y/o contenido de este correo, envíalo adjunto en un nuevo correo al buzón de Seguridad de la información y Ciberseguridad.

Señores

AFP PORVENIR

Referencia: Respuesta Solicitud cotización Renta Vitalicia.
SOLICITUD COTIZACIONES RENTAS VITALICIAS

Apreciado(a) Diana,

Acusamos recibido de su comunicación del 17 de enero de 2025 mediante la cual solicita cotización de renta vitalicia.

Sobre el particular, MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A., lamenta comunicarle que no podrá acceder de manera favorable a su solicitud por los motivos que continuación se exponen;

En la actualidad esta compañía aseguradora está cotizando y contratando la póliza de renta vitalicia para los casos en las cuales esta misma compañía haya expedido y pagado el seguro previsional para las pensiones de Invalidez y Sobrevivencia, Lo anterior en concordancia con el Decreto 2555 de 2010 que establece la garantía de la renta Vitalicia, a saber;

"(...) Decreto 2555 de 2010. Artículo 2.31.1.6.5 (Artículo 5 del Decreto 876 de 1994). Garantía de la renta vitalicia. Con sujeción a lo previsto en el Decreto 719 de 1994 y las normas que lo adicionen o modifiquen, la entidad aseguradora de vida que hubiere expedido el seguro previsional de invalidez y sobrevivencia deberá garantizar a la respectiva sociedad administradora, a sus afiliados y beneficiarios: 1. La expedición de un seguro de renta vitalicia inmediata o el retiro programado con renta vitalicia diferido como modalidades para obtener su pensión, cuando así lo solicite expresamente el afiliado, el pensionado o sus beneficiarios según el caso, y 2. Que el seguro de renta vitalicia comprenda el pago de una pensión mensual no inferior al cien por ciento (100%) de la pensión de referencia utilizada para el cálculo del capital necesario. En todo caso, la sociedad administradora deberá informar a los afiliados y sus beneficiarios la opción prevista en este artículo, la cual se incluirá en los formatos que con carácter general señale la Superintendencia Financiera de Colombia, según lo prevé el parágrafo del artículo 3º del Decreto 719 de 1994. La sociedad administradora respetará la libertad de contratación de seguros de renta vitalicia por parte del afiliado, según las disposiciones pertinentes. (...)"

Por lo anterior, en esta oportunidad no es posible acceder a su solicitud toda vez que el caso en concreto no pertenece a un reconocimiento del contrato del seguro previsional efectuado por esta compañía aseguradora.

¡Muchas gracias por la atención!

Quedo atento ante cualquier inquietud y/o comentario.

Cordialmente,

Josè Eliàn Castillo Santamarìa
Profesional Rentas, Previsionales y ARL
Direccion Rentas, Previsionales y ARL
MAPFRE COLOMBIA
jcasti8@mapfre.com.co

-----Mensaje original-----
De: Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS) <dlopezg@porvenir.com.co> Enviado el: viernes, 17 de enero de 2025 8:54 a. m.
Para: JOSE ELIAN CASTILLO SANTAMARIA <JCASTI8@MAPFRE.COM.CO>
Asunto: CONFIDENCIAL - SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS 170 12025 (Prev COLPATRIA)

REMITENTE EXTERNO: ATENCIÓN, especialmente con enlaces y archivos adjuntos / EXTERNAL SENDER: be CAUTIOUS, particularly with links and attachments / REMETENTE EXTERNO: ATENÇAO, principalmente com links e anexos.

Usted ha recibido un correo seguro de:

Lopez Gil Diana Marcela (COORDINACION DE PENSIONADOS) <dlopezg@porvenir.com.co>

ADVERTENCIA: Los adjuntos incluidos no han sido analizados en búsqueda de virus.

Por contener información personal y confidencial hemos asignado una clave al documento adjunto.
Para consultar su contenido ingrese su número de identificación.

- Si usted es persona NATURAL digite su número de identificación.
- Si usted es persona JURIDICA digite su número de NIT sin digito de verificación.

Para abrir el archivo es necesario tener instalado Adobe Reader. Si no posee esta aplicación, puede descargarla desde el sitio Web de Adobe.
DISCLAIMER

Este mensaje, así como los archivos adjuntos son confidenciales, especialmente en lo que respecta a los datos personales, y se dirigen exclusivamente al destinatario referenciado y/o autorizado. Si usted no lo es y lo ha recibido por error, o tiene conocimiento del mismo por cualquier motivo, por favor comunicárnoslo de forma inmediata por este medio y proceda a destruirlo o borrarlo. Cualquier utilización, reproducción, alteración, archivo o comunicar a terceros el presente mensaje y archivos anexos, podrá ser considerado ilegal. El presente mensaje se ajusta a lo establecido por las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y demás normas que adicionen, modifiquen o deroguen lo relacionado con este tema.

Este mensaje, así como los archivos adjuntos son confidenciales, especialmente en lo que respecta a los datos personales, y se dirigen exclusivamente al destinatario referenciado y/o autorizado. Si usted no lo es y lo ha recibido por error, o tiene conocimiento del mismo por cualquier motivo, por favor comunicárnoslo de forma inmediata por este medio y proceda a destruirlo o borrarlo. Cualquier utilización, reproducción, alteración, archivo o comunicar a terceros el presente mensaje y archivos anexos, podrá ser considerado ilegal. El presente mensaje se ajusta a lo establecido por las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y demás normas que adicionen, modifiquen o deroguen lo relacionado con este tema.

MAPFRE Seguros Generales y MAPFRE Colombia Vida seguros informan que: A través del Defensor del Consumidor Financiero usted tiene la posibilidad de interponer quejas por fallas y deficiencias en los servicios.

Estas quejas pueden ser radicadas mediante alguno de los siguientes canales:

Defensor principal MAPFRE: Dr. Manuel Guillermo Rueda Serrano; E-mail: defensoriamapfre@gmail.com<mailto:defensoriamapfre@gmail.com>; dirección física: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221 – Bogotá D.C.; en el celular: 3123426229; Defensor suplente Dr. Jorge Humberto Martínez Luna; Dirección: Transversal 17 A Bis # 36-60 – Bogotá D.C.; Teléfono Celular: 3102234304; Correo electrónico: martiluabog@cable.net.co<mailto:martiluabog@cable.net.co>; Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Jornada Continua; o en la página web MAPFRE.COM.CO, oficinas y líneas telefónicas de MAPFRE en Colombia.

COTIZACION										
No. expediente AFP	**Tipo Id**	**Num. Identificación**	**Nombre**	**Origen de Contratación**	**Parentesco**	**Estado**	**Valor Mesada Actual**	**% Nomina**	**Numero de mesadas al año**	**Saldo CAI**
52042	C.C	406532	BALLEN SILVA RAMIRO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO	2285848	100	14	322085204
65100	C.C	623531	SERNA POSADA CARLOS EMIRO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO	1423500	100	14	128028884
65740	C.C	845641	RODRIGUEZ CERVANTES NAZARIO VICENTE	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO	5694000	400	14	253746440
121978	C.C	3103548	TRIVIÑO FORERO JAVIER	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO	5694000	400	14	278763126
65417	C.C	3117473	MURCIA CORTES MISAEL	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO	1423500	100	14	269938895

547

BOGOTÁ D.C, 07 de enero de 2025

4208014420364900

Señor(a)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Delegado(a) N.A
mirleysanchezerazo@hotmail.com
31825 1/3

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: INVALIDEZ
CC: 5.242.615
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
T.N. N.A
COR - BEN

Recibe un saludo cordial.

Al comenzar este 2025, desde **Porvenir** queremos agradecerte por confiar en nosotros y formar parte de nuestra gran familia de pensionados. Ya son **más de 170,000** colombianos que hoy disfrutan de su pensión con nosotros, y nos llena de alegría poder acompañarte en este camino. Queremos que sepas que **seguimos comprometidos contigo y con tu familia**. Tú eres nuestra prioridad, y seguimos trabajando para ofrecerte siempre soluciones que te ayuden a disfrutar al máximo de tu pensión y tener las mejores experiencias en esta etapa.

Queremos contarte que el valor de tu mesada pensional[1][2] para el 2025 será de $ 1.423.500.

Este valor lo verás reflejado en la **nómina de enero de 2025.** Te recordamos que en Porvenir tu pensión **se paga de manera anticipada.**

Mesada de enero

Temas importantes por recordar

El descuento de cotización salud-EPS para el 2025 se mantiene:

4% Para mesadas de 1 SMLMV

Medio de Pago

Queremos ofrecerte la **cuenta pensional,** un servicio exclusivo para los pensionados, ésta la podrás abrir en cualquier oficina del:

Banco de Bogotá BBVA

La cual no tiene cobro de manejo, ni costo por apertura, entre otros beneficios.
Una vez tengas la cuenta, debes informarnos para su **respectiva actualización.**

1. Descuentos EPS-Entidades Promotoras de Salud a partir del 2024: Resolución 1271 de 2023.
2. SMLMV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.
3. Art 35 del Decreto 758 de 1990. Las mesadas pensionales se reconocerán y pagarán por mensualidades vencidas

Recuerda que te puedes afiliar a una Caja de compensación Familiar- CCF y disfrutar de sus beneficios, para más información ingresa a:
https://www.porvenir.com.co/web/disfrutando/pensiones-obligatorias/que-debo-hacer-como-pensionado
O escanea el código QR

Información sobre tus beneficiarios

Queremos recordarte que es un deber de tu parte como Pensionado informar a Porvenir S.A sobre cualquier cambio en la composición de tu núcleo familiar, lo anterior con el propósito de mantener actualizados tus beneficiaros ante una eventual pensión por fallecimiento. Tu grupo familiar podrá presentar reclamación de sustitución previo cumplimiento de requisitos legales.

Conoce tus beneficios por ser pensionado de Porvenir

Se parte de la Comunidad del pensionado; durante el 2024 más de 10.000 de nuestros pensionados vivieron experiencias de aprendizaje y bienestar a través de nuestra comunidad donde podrás:

- Participar de talleres de independencia digital y liderazgo.
- Celebrar fechas tan especiales como la navidad en el gran Bingo de Pensionados.
- Ser parte de la Feria de Emprendimiento del Pensionado de la mano con la Universidad el Rosario
- Recibir información de tu interés como pensionado a través del Boletín al pensionado.

¡Queremos que seas parte de la Comunidad del Pensionado!

Escanea el código QR con tu celular para unirte

Mantén tus datos de localización actualizados. Queremos que estes informado y continues disfrutando de los beneficios de nuestra comunidad de pensionados

Además, tenemos estos beneficios para ti durante el 2025:

Ecosistema Virtual de Emprendimiento: Ingresa a la plataforma digital y accede a formación certificada, incubación de ideas y aceleración de proyectos, facilitando la conexión con expertos y el desarrollo empresarial.

Academia del ahorro: accede de forma gratuita a contenidos y herramientas enfocadas en promover una mejor salud financiera para ti y tu familia.

Iniciativa de Empleabilidad Senior: conoce las oportunidades laborales perfiladas para personas mayores de 50 años junto con elempleo.com

Universidad Porvenir: se parte de la nueva plataforma de autoaprendizaje y aprende sobre habilidades blandas, productividad y emprendimiento.

Canales Digitales creados para ti:

Te invitamos a realizar tus consultas y solicitudes en los canales de servicio Servifácil Porvenir[466]:

Porvenir Web
https://www.porvenir.com.co

Línea exclusiva al pensionado
Bogotá 601390688!
Nivel nacional sin costo
018000517170

DIRECCIÓN DE PENSIONADOS Y PAGOS
DPP /S.B.P.

4. No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en porvenir no tienen costo, si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 601 7434441 ext. 77777 en Bogotá o ingresando a https://porvenir.com.co/web/acerca-de@porvenir/linea-etica
5. Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet
6. Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la Carrera 10 N° 97 A - 13 oficina 502 en Bogotá, Teléfono: 601 6108164, Correo electrónico: defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita, o ingresando a https://www.porvenir.com.co/web/canales-de-servicio/defensor-del@consumidor-financiero

1345307

aprobado

Bogotá, 7-NOV-2024

Señores
FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

Asunto: Autorización de descuento mesada pensional

Yo Apolinar Sanchez Ordoñez identificado (a) con número de cédula 5242615 de Neiva, en calidad de pensionado, autorizo para que de mi mesada pensional sean descontadas 120 cuotas por valor de $623.900 hasta completar la suma de $74.868.000, a favor de PATRIMONIO AUTONOMO AVISTA, a fin de cancelar la obligación adquirida mediante pagaré o libranza Nr. 7720242688833

Atentamente,

Apolinar Sanchez. O

Firma del Pensionado
C.C. 5242615

Huella

NOTARIA OCTAVA DEL CIRCULO DE CALI

RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO
Identificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
2024-11-07 09:49:30

r8hh0

Al despacho notarial se presentó:
SANCHEZ ORDOÑEZ APOLINAR
C.C. 5242615
y manifestó que el anterior documento es cierto y que la firma que aparece al pie, es suya. Autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biográficos contra la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento

x Apolinar sanchez
FIRMA

ESPACIO EN BLANCO

12 NOV 2024

ESPACIO EN BLANCO

AUTENTICACIÓN BIOMÉTRICA EN ESTE ACTO JURÍDICO POR SOLICITUD DEL USUARIO EN CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR 3296 DEL 29 DE AGOSTO DE 2019

NOTARIO (E) 8 DEL CIRCULO DE CALI
ORISSON OLMEDO ARIAS LEAL
RESOLUCION No. 11156 DE 09-10-2024

7953

Santafè de Bogotá, Diciembre 23 de 1.996.
BEN,0452,M.P.P.

Recibí copia Firmada
Rep. Mayaguez.

COM-
M0100106616400030020

DOCTOR
CARLOS MOLINA CABAL
GERENTE DE RELACIONES INDUSTRIALES
MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA

MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA
ENE 0 4 58 PM '97

Respetado Doctor,

En atención a su comunicación de fecha cuatro (4) de diciembre de los corrientes, procedemos a realizar el análisis jurídico que soporta la petición realizada por esta Sociedad, a través de la comunicación denominada BEN-0380-m.n.l., en los siguientes términos:

1. De conformidad con lo indicado en el artículo 62, se establece: " **Terminación del contrato por justa causa.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo: a) **Por parte del patrono:** ... 14) El reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación o invalidez estando al servicio de la empresa. "

2. Es importante observar, los planteamientos de la jurisprudencia con relación a lo indicado en el artículo 62, numeral 14, a saber:

" **La pensión que justifica al despido debe otorgarse cuando el trabajador está aún al servicio de la empresa.** Lo que la ley instituye como justa causa de terminación unilateral del contrato de trabajo es el reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación por parte del patrono o de la pensión de vejez por parte del Instituto de Seguros Sociales. Este reconocimiento equivale al otorgamiento de la pensión, y no puede confundirse con el simple cumplimiento de los presupuestos legales que dan derecho a exigirla o imponen la obligación de reconocerla y pagarla. El propósito inequívoco del legislador fue el de que no existiera solución de continuidad entre la cesación en el pago del salario y el comienzo del pago de la pensión y por ello exigió que el reconocimiento se efectuase antes de que se produjera la desvinculación del trabajador, o, en sus propias palabras, " estando al servicio de la empresa ", de tal suerte que al ponèrsele fin al contrato estuviese en condiciones de percibir inmediatamente el valor de la pensión en sustitución del salario. (El subrayado es nuestro).

Sin estas consideraciones muy seguramente no habría podido consagrar como justa la aludida causal, pues precisamente de ellas, y sólo de ellas, se deriva su justificación. Lo contrario, esto es, permitir que el trabajador sea sometido a permanecer algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago oportuno de pensión, habría resultado flagrantemente injusto.

La circunstancia de que la pensión sea de cargo de los Seguros Sociales no autoriza al patrono para prescindir de los servicios del trabajador sin que previamente se le haya reconocido, ni hace inoperante la causal en el evento de que éste no gestione su reconocimiento. ". (El subrayado es nuestro).

De lo anterior, se desprende claramente:

a. El espíritu de la legislación se orienta a establecer que el trabajador al estar prestando el servicio para el cual fue contratado y se le concede la calidad de invalido (o pensionado por vejez o sobrevivencia), una vez se termine el contrato de trabajo, se sustituye el pago del salario por el pago de la mesada pensional correspondiente. Evitando con ello atentar contra los intereses del trabajador, por permitir con esta causal justa de terminación de contrato de trabajo que el empleado permanezca por algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago de su pensión., convirtiéndose en una causal injusta de despido y contraria a la sana crítica y a la esencia del derecho.

b. Es muy importante distinguir entre el reconocimiento de la calidad de pensionado, terminación del contrato de trabajo y el pago de la mesada pensional en sí misma. Como puede observarse la jurisprudencia es enérgica al exigir que exista relación de continuidad entre el momento en el que se produce el reconocimiento del estado de invalidez y el de terminación del contrato de trabajo, como se sustenta en el ordinal a. enunciado anteriormente; es decir, el reconocimiento se deberá dar cuando el trabajador aún se encuentra al servicio de la empresa respectiva, y una vez se da lugar a la desvinculación se procede con la tercera etapa de éste proceso que es el pago. Se procede al pago de la mesada pensional: En primer término: Se da el reconocimiento. En segundo término: Se desvincula el trabajador de la empresa. En tercer término: El salario se sustituye por el pago de la correspondiente mesada pensional. Como consecuencia de lo anterior, es claro discernir que según la interpretación que da la Jurisprudencia, separa cada uno de los momentos descritos, buscando como mecanismo de protección a los intereses de los trabajadores, que no se de primero la desvinculación laboral y luego el reconocimiento de la pensión, porque sería injusto que se desamparara al trabajador que se ve afectado por una incapacidad.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que el reconocimiento se produce como consecuencia de la solicitud de parte interesada, se comenzará a pagar en forma retroactiva, desde la fecha en que se produce tal estado.

---

3. Por tanto y como consecuencia de los anteriores planteamientos, se solicita nuevamente la fecha a partir de la cual se dio por terminado el contrato de trabajo, ya que una vez se ha reconocido el estado de invalido al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ (Primera etapa), se procede con la desvinculación laboral (Segunda etapa), para poder proceder con el pago de la mesada que ha sido reconocida.

Creàndose la relación de continuidad entre la primera (reconocimiento) y segunda etapa (desvinculaciòn) y así dar origen a la tercera etapa que es la consecuencia de todò el proceso: Pago de la mesada pensional. En ese orden de ideas no habría lugar al despido sin justa causa, por tratarse de una sustitución de conformidad con lo establecido por la Jurisprudencia porque en forma inmediata se procede al pago de la mesada pensional.

La C.S.J , Cas. Laboral, Sent.jun.10/87, indica: " **El reconocimiento de la pensión es justa causa de despido.** EL artículo 7o. numeral 14 del literal a) del Decreto Legislativo 2351 de 1.995 erige como justo motivo para que el patrono pueda fenecer un contrato de trabajo el hecho de reconocerle pensión de jubilación o invalidez a quien prestaba sus servicios, y el artículo 3o. de la Ley 48 de 1.968 que le dio vigencia permanente a este decreto, añade en su ordinal 6o. que el reconocimiento pensional por jubilación que legitima el despido del asalariado es el que regulan los artículos 260 del Código Sustantivo del Trabajo y 11 del Decreto 3041 de 1.966. "

4. En comunicación de fecha Octubre 31 de 1.996, se notificó al Sr. Apolinar Sánchez Ordoñez con copia a su compañía, que se le reconoció el estado de invalidez con una calificación del 56.85 %, por tanto se da cumplimiento a lo establecido por el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993. En razón de lo anterior, se cumple el precepto a través del cual se debe realizar el reconocimiento del estado de invalidez, estando el trabajador al servicio de la empresa. Procediendo una vez se desvincule al pago de la mesada que le corresponde por su estado de invalido.

Es importante anotar, que se notificó directamente al afectado el porcentaje de calificación, pero dicha comunicación se remitió con copia a ustedes, por tanto, se surtió la notificación del porcentaje calificado.

Adicionalmente, nos permitimos informarles que la fecha en la cual se reconoció el Estado de invalidez, por PREVENSEG, entidad legalmente autorizada para el efecto., fue el día 20 de octubre 1.996.

5. Es importante aclarar, que la agilidad en el cumplimiento de los requisitos exigidos por la AFP Colpatria, facilita y acelera el proceso de pago de la mesada pensional a que tiene derecho el Sr. Sánchez Ordoñez. Los requisitos relacionados en el memorando de fecha octubre 16 de 1.996, con radicación BEN, 0323-M.P.P., fueron allegados a la A.F.P. Colpatria el dia 26 de diciembre de los corrientes, quedando pendiente la certificación que deberá expedir la empresa, de conformidad con las siguientes solicitudes:

a. 31 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, con copia a la empresa.

b. 22 de noviembre de 1.996, en comunicación dirigida al Dr. Germàn Jaramillo, Gerente General de Mayagüez.

Los requisitos que debe contener la misma son los siguientes: Fecha de ingreso, fecha de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y último salario devengado.

6. En lo relacionado con el cálculo y el monto de la pensión, dependerán el primero de los factores que a continuación se explican y en el segundo no será inferior a un salario mínimo legal mensual, su determinación estará sujeto a los datos de la historia laboral y del salario promedio de los últimos 10 años .

De conformidad con los parámetros fijados por el artículo 40 de la ley 100 de 1.993, se deberá proceder en los siguientes términos:

a) Incapacidad igual o superior al 50% e inferior al 66%:

- 45% del IBL.
- Más el 1.5% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 500,

b) Incapacidad igual o superior al 66%:

- 54% del IBL.
- Más el 2% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación IBL y en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual. En 1.996 $ 142.125. El pago de la mesada pensional se realizará en forma mensual.

En el caso que nos ocupa se tendría que aplicar lo indicado en el ordinal a), por tratarse de una incapacidad superior al 50 % pero inferior al 66%, es decir: 56.85%.

7. Es importante aclararle, que el estado de invalidez de una persona puede aumentar o disminuir o simplemente desaparecer, de acuerdo con la patología de la enfermedad que sufre el afiliado, por lo mismo la ley prevé un mecanismo de revisión:

Artículo 44. Revisión de las pensiones de Invalidez.

" El estado de invalidez podrá revisarse:

a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa. ".

En espera de haber aclarado las dudas presentadas en el caso que nos ocupa, cualquier aclaración adicional, podrá remitirla a la Carrera 7 No. 27-52, piso 7. Gerencia de Beneficios, teléfono 2 86 00 17, Santafé de Bogotá.

Cordialmente,

P/

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

c.c. Expediente.

547

4208014338576700

Bogotá D.C, 15 de enero de 2024

Señor(a)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Delegado(a) N.A
mirleysanchezerazo@hotmail.com
15833 1/3

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: INVALIDEZ
CC: 5.242.615
Afiliado: SANCHEZ ORDOÑEZ APOLINAR
T.N. N.A
COR - BEN

Recibe un saludo cordial.

Comienza este 2024 y desde Porvenir queremos agradecerte por mantener la confianza depositada en nosotros al hacer parte de la gran familia de pensionados que hoy asciende **a más de 150 mil colombianos disfrutando su pensión.** Es por lo que hoy queremos reafirmar nuestro compromiso contigo y toda tu familia. Tú eres nuestra prioridad #1 y continuaremos trabajando para brindarte siempre soluciones que te hagan vivir las mejores experiencias como pensionado.

Queremos contarte que, al estar bajo la modalidad de ***Retiro Programado***[1], realizamos el cálculo de tu mesada pensional[2] para el 2024, de acuerdo con las siguientes variables:

- El capital acumulado en tu cuenta individual.
- La tasa de rendimiento esperada del Fondo Especial de Retiro Programado.
- Tu expectativa de vida y la de tu grupo familiar.
- Nuevo salario mínimo e IPC.

Queremos contarte que el valor de tu mesada pensional para el 2024 será de $1.300.000.

Este valor lo verás reflejado en la nómina de enero de 2024.

Te recordamos que en Porvenir tu pensión se paga de manera anticipada.

Temas importantes por recordar[3][4]

A continuación, te informamos cómo será el descuento a salud durante el 2024*

- 4% Para mesadas de 1 SMLMV.
- 10% Para mesadas mayores de 1 SMLMV e igual o menor a 3 SMLMV.
- 12% Para mesadas mayores a 3 SMLMV.

1.Artículo 81 de la Ley 100 de 1993. Retiro Programado.
2.IPC: índice de precios al consumidor
3.Descuentos EPS-Entidades Promotoras de Salud a partir del 2024: Resolución 1271 de 2023.
4.SMLMV: Salario Mínimo Legal Mensual Vigente.

¿Por qué incrementó el valor de tu mesada pensional?

En 2023, el Fondo Especial de Retiro Programado de Porvenir logró excelentes rentabilidades, acumulando un rendimiento del 26% y ganancias de más de 3 billones de pesos para nuestros pensionados en esta modalidad. Además, vale la pena destacar que el desempeño favorable no solo se ha evidenció en términos nominales sino también ha superado las elevadas cifras de inflación que presentaron a lo largo de este año. Con cifras a diciembre de 2023, la rentabilidad real del portafolio es de más del 15,3%, un resultado extraordinario que garantiza que los pensionados puedan cuidar de su poder adquisitivo en una coyuntura particular de elevados precios de la economía.

El desempeño favorable del Fondo Especial de Retiro Programado se explicó por el comportamiento sobresaliente de la renta fija local tasa fija y aquella indexada a la inflación, clases de activos predominantes en el portafolio y en línea con nuestra estrategia de inversión para este 2023 que anticipaba un año sobresaliente dada la estabilidad en las tasas de interés del Banco de la República y la respuesta positiva por parte del mercado ante esto luego de la desvalorización del año anterior.

Medio de Pago

Queremos ofrecerte un servicio exclusivo para los pensionados que es la cuenta pensional, ésta la podrás abrir en cualquier oficina del;

Banco de Bogotá BBVA

la cual no tiene cobro de manejo, ni costo por apertura, entre otros beneficios. Si decides contar con este tipo de cuenta, infórmanos para su respectiva actualización.

Recuerda que te puedes afiliar a una Caja de Compensación Familiar-CCF y disfrutar de sus beneficios, para más información, consulta el siguiente código QR:

Conoce tus beneficios por ser pensionado a Porvenir

Se parte de la Comunidad del pensionado; durante el 2023 más de 10.000 de nuestros pensionados vivieron experiencias de aprendizaje y bienestar a través de nuestra comunidad donde podrás:

- Participar de talleres de independencia digital y liderazgo.
- Celebrar fechas tan especiales como la navidad en el gran Bingo de Pensionados.
- Ser parte de la Feria de Emprendimiento del Pensionado de la mano con la Universidad el Rosario
- Recibir información de tu interés como pensionado a través del Boletín al pensionado.

porvenir

¡Queremos que seas parte de la Comunidad del Pensionado! Escanea el código QR con tu celular para unirte

Mantén tus datos de localización actualizados. Para mantenerte informado y continuar disfrutando de los beneficios de nuestra comunidad de pensionados.

Canales Digitales creados para ti:

Te invitamos a realizar tus consultas y solicitudes en los canales de servicio Servifácil Porvenir[567]:

Porvenir Web
https://www.porvenir.com.co

Línea exclusiva al pensionado
Bogotá 6013906851
Nivel nacional sin costo
018000517170

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Pensionados y Pagos
LRR /S.B.P.

5.. No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en porvenir no tienen costo, si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 601 7434441 ext. 77777 en Bogotá o ingresando a https://porvenir.com.co/web/acerca-de@porvenir/linea-etica
6. Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet
7. Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la Carrera 10 N° 97 A - 13 oficina 502 en Bogotá, Teléfono: 601 6108164, Correo electrónico: defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita, o ingresando a https://www.porvenir.com.co/web/canales-de-servicio/defensor-del@consumidor-financiero

Buen día:

Coordinación de Pensionados-FORMATO CARTAS-DIGITALIZACION R.V-4. STOCK SINIESTROS – VALIDACION -2023-2. FEBRERO – OTRAS ASEGURADORAS

Gracias, quedo atento

Quedo atento a comentarios.

Muchas gracias.

Cordialmente,

John Arturo Meza Gonzalez

Aprendiz

Direccion de Beneficios Pensionales

jmezag@porvenir.com.co

Dirección General

Radicado de salida: 4307412051690600

Meza Gonzalez John Arturo (DIRECCIÓN DE COMPENSACIÓN Y SERVICIOS TH)

De: Jimenez Diaz Katherine [DIR DE SERVICIOS PENSIONALES]
Enviado el: miércoles, 1 de febrero de 2023 9:42 p. m.
Para: cesar.bernal@axacolpatria.co; CAMILA ANDREA CANAVERAL ASTUDILLO; Gerencia de Rentas y Seguros Previsionales
Asunto: CONFIDENCIAL - Solicitud Cotización Stock Siniestros (Prev. COLPATRIA) 01_02_2022
Datos adjuntos: Cotización Masiva Stock Siniestro Otras Aseguradoras Pre Colp1_02_2023(O Aseguradoras).xlsx

SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS
01 FEBRERO_2022 (Prev. COLPATRIA)

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Invalidez y Sobrevivencia relacionados en el archivo anexo (156 Casos).

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Quedo atento a sus comentarios, Gracias por la atención prestada.

Cordialmente,

Katherine Jimenez Diaz
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
Tel: (601) 7434441 **Ext.** 75207
kjimenez@porvenir.com.co
Dirección General

Meza Gonzalez John Arturo (DIRECCIÓN DE COMPENSACIÓN Y SERVICIOS TH)

De: Jimenez Diaz Katherine [DIR DE SERVICIOS PENSIONALES]
Enviado el: miércoles, 1 de febrero de 2023 9:44 p. m.
Para: diego.monroy@positiva.gov.co
Asunto: CONFIDENCIAL - Solicitud Cotización Stock Siniestros (Prev. COLPATRIA) 01_02_2022
Datos adjuntos: Cotización Masiva Stock Siniestro Otras Aseguradoras Pre Colp 01_02_2023(F Positiva).xlsx

SOLICITUD COTIZACIÓN STOCK SINIESTROS
01 FEBRERO_2022 (Prev. COLPATRIA)

Cordial saludo,

Señor(es):

De la manera más atenta, nos permitimos solicitar la cotización para la compra de pólizas de Renta Vitalicia de los afiliados de pensión de Invalidez y Sobrevivencia relacionados en el archivo anexo (156 Casos).

Agradecemos nos remitan su respuesta mediante un cuadro, en que mencione número de caso, identificación y nombre del afiliado, el valor de la prima única, valor de mesada y valor total de su propuesta, igualmente solicitamos que si usted no está interesado en ofertar nos informen por este medio.

Quedo atento a sus comentarios, Gracias por la atención prestada.

Cordialmente,

Katherine Jimenez Diaz
Analista I
Dirección Pensionados y Pagos
Tel: (601) 7434441 **Ext.** 75207
kjimenez@porvenir.com.co
Dirección General

COTIZACION						
expediente	Tipo Id	m. Identificac	Nombre	Origen de Contratación	Parentesco	Estado
65100	CC	623531	CARLOS EMIRO SERNA POSADA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
121978	CC	3103548	JAVIER TRIVIÑO FORERO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
65417	CC	3117473	MISAEL MURCIA CORTES	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
74195	CC	3513775	GUILLERMO LEON MESA JARAMILLO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57905	CC	4279960	JULIO ALBERTO BECERRA PINEDA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
59732	CC	4336948	SAMUEL RIOS OSORIO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
71907	CC	4576968	MOISES ALBERTO OSSA ZAPATA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
90439	CC	4577084	EDILBERTO CASTAÑO HINCAPIE	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
56045	CC	4578596	CESAR AUGUSTO DUQUE ESPINOSA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
65760	CC	4637955	ELIAS NIETO MORAN	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57509	CC	5302472	HORACIO VIVAS	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
56983	CC	5764905	MARIO RUGELES GOMEZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
75607	CC	5836533	JESUS ANTONIO NUNEZ VARGAS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57541	CC	5897705	EDGAR CARTAGENA CORTES	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
67355	CC	5968210	LUIS CARLOS RODRIGUEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
70047	CC	6224851	RUBEN DARIO PACHECO CARABALI	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
75706	CC	7246511	EPIFANIO MARTINEZ LEAL	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
76729	CC	7687017	JAMES GUSTAVO HERRERA PIÑEROS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
62819	CC	7690643	DILFREDO LAGARES ROZO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
73052	CC	8012947	JUAN FERNANDO MACIAS LONDOÑO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
53289	CC	8393119	LEONARDO ARTURO MORENO PUERTA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
128929	CC	9528367	OSWALDO OCHOA CAMARGO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
86829	CC	1E+007	NESTOR ALBERTO GUTIERREZ PIMIENTA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
75217	CC	1E+007	LEONARDO VALENCIA OCAMPO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
52025	CC	1E+007	JOSE SIMEON ENCISO AVILA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
77648	CC	1E+007	OLMEDO ALIRIO DORADO FERNANDEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
53507	CC	1E+007	GUSTAVO ADOLFO MEJIA PERAFAN	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
52532	CC	1E+007	ALFONSO SUAREZ MANJARREZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
72227	CC	1E+007	EDER ARTURO VIERA CAICEDO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
61903	CC	1E+007	LUIS CARLOS CONTRERAS MEZA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
63780	CC	1E+007	LUIS ARTURO LUNA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
62726	CC	1E+007	FREDDY ENRIQUE PINEDA BLANCO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
60737	CC	1E+007	JESUS MARIA WILCHES SANABRIA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
65622	CC	1E+007	EDGAR RAMIREZ OSPINA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
75675	CC	1E+007	JOSE JOAQUIN CABRERA MENDOZA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
65433	CC	1E+007	JORGE LUIS HERNANDEZ BENAVIDEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
72546	CC	1E+007	ALFONSO PEREZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
66821	CC	1E+007	REINALDO ESPINOSA NUÑEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
59323	CC	1E+007	EDGAR SAMUEL MOLINA MORALES	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
66425	CC	2E+007	MAURICIO DE JESUS RIOS PATIÑO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
58424	CC	2E+007	JOHN JAIRO ALVAREZ LOPEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
68513	CC	2E+007	HECTOR ANTONIO LARGO PEÑA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
63359	CC	2E+007	JOSE DONALDO OSPINA CASTAÑEDA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
102829	CC	2E+007	ARLEY AGUDELO HENAO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
59762	CC	2E+007	YEISON MAURICIO GIRALDO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
58550	CC	2E+007	MARCO TULIO YELA MURILLO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO

52178	CC	2E+007	ARNOLD RESTREPO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
58599	CC	2E+007	ECCEHOMO GRAJALES QUINTERO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
56161	CC	2E+007	CARLOS ALIRIO SAIZ CARDONA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
71440	CC	2E+007	JORGE CASIERRA QUINTERO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
63085	CC	2E+007	LUIS HUMBERTO AGREDO URBANO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
74252	CC	2E+007	ARNULFO CARDENAS BUITRAGO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57271	CC	2E+007	ARNUBIO GARZON LOZADA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
74808	CC	2E+007	LUIS CARLOS MOSQUERA MOSQUERA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
55409	CC	2E+007	JOSE VICENTE RODRIGUEZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
56208	CC	2E+007	JULIO ANGEL BENAVIDES SANCHEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57213	CC	2E+007	JUAN JAVIER ALVAREZ LEON	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
66749	CC	2E+007	CARLOS HERNANDO AYALA PORTILLO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57815	CC	2E+007	HERNAN RESTREPO PARRA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
75138	CC	2E+007	JHON JAIRO VALENCIA PABLOS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
60119	CC	2E+007	ALBERTO VARGAS AYALA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
74633	CC	2E+007	JULIO EDGAR HOLGUIN ROSASCO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
66469	CC	2E+007	JOSUE CASTRO DIOSABA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
60664	CC	2E+007	HUGO SALVADOR MARTINEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
58757	CC	2E+007	ARISTIDES GOMEZ CELY	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
66772	CC	2E+007	MARIO HERNANDO MENESES OCHOA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
70169	CC	2E+007	LUIS EVELIO SANCHEZ CORREDOR	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
76646	CC	2E+007	FIDEL ANTONIO MENDOZA LASSO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
66828	CC	2E+007	ARCO BORIS YOVAGN DAZA RODRIGUE	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
55867	CC	2E+007	DELIO ORLANDO JAIMES GOMEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
66767	CC	2E+007	GILBERTO ANTONIO ROMO CABALLERO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
52189	CC	2E+007	ISRAEL BLANCO MALDONADO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
59359	CC	2E+007	MARTHA CLEMENCIA GIRALDO VARGAS	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
53283	CC	2E+007	SANDRA LUCIA ALVAREZ ALZATE	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
53871	CC	2E+007	MARIA NURY CASTAÑO SERNA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
69366	CC	2E+007	ANA VIRGINIA SIERRA DE MONTANEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
71218	CC	3E+007	MARIA LUCERO SANCHEZ HENAO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
79271	CC	3E+007	MARIA ALICIA REALPE ALVEAR	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
53730	CC	3E+007	JANETH CALVO MEJIA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
52688	CC	3E+007	MARTHA LUCIA DE LA CRUZ DIAZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
64817	CC	3E+007	NOHEMY VARGAS ORTIZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
56260	CC	3E+007	ALEXA DEL PILAR CHAPMAN MATERA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
86390	CC	4E+007	MARIA ANGELA CAICEDO RIASCOS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
54821	CC	4E+007	ALEYDA MERCEDES GUTIERREZ MESA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
55194	CC	4E+007	LIGIA INGRID SARMIENTO GOMEZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
53678	CC	4E+007	CLAUDIA PATRICIA GIL SALAZAR	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
76432	CC	4E+007	ANA LUCILA PADIERNA FLOREZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
55416	CC	4E+007	GABRIELA INES TOBON CARVAJAL	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
58329	CC	4E+007	OLGA CECILIA MORENO ORTIZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
53694	CC	4E+007	DIANA PATRICIA OSORIO MARULANDA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
86195	CC	5E+007	CLAUDIA LUZ ARBELAEZ ARBELAEZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
53235	CC	5E+007	AMPARO LEGUIZAMON CORONADO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
88017	CC	5E+007	LILIANA CONSTANZA PRIETO SUAREZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
59557	CC	5E+007	ORMA CONSTANZA CASTELLANOS LOPE	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO

53525	CC	5E+007	NELLY PATRICIA CABEZAS BELALCAZAR	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
92215	CC	7E+007	ANA MILENA BUITRAGO ACOSTA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
59569	CC	7E+007	JHON JAIRO CHICA CHICA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
52157	CC	7E+007	ARISTIDES DE JESUS AYALA CASTAÑEDA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
63453	CC	7E+007	FABIO DE JESUS GALLEGO RAMIREZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57097	CC	7E+007	HILARIO TABORDA TABORDA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
54665	CC	7E+007	VICTOR GABRIEL PEREZ CALLE	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
77510	CC	7E+007	JAIRO DE JESUS CASTRO GARCIA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
60590	CC	7E+007	JOSE ALONSO ALZATE GIRALDO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
62236	CC	7E+007	HENRY LABRADA CAICEDO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
58927	CC	7E+007	JUAN CARLOS SIERRA BERMUDEZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
64733	CC	7E+007	CARLOS ALBERTO VELASQUEZ HENAO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
67348	CC	7E+007	JOHN JAIRO RESTREPO QUINTERO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
55988	CC	7E+007	HECTOR ALONSO VALENCIA RAMIREZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
52011	CC	7E+007	WILMAN ALBERTO RESTREPO RAMIREZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
63604	CC	7E+007	LUIS ANIBAL CORDOBA CORDOBA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
73075	CC	7E+007	FABIO ANTONIO PALACIOS MOSQUERA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
71003	CC	7E+007	JOSE VALDELAMAR DURAN	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
56870	CC	8E+007	JUVENAL IDROBO	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
53992	CC	8E+007	FERNANDO ALBERTO MUÑOZ HOYOS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
63630	CC	8E+007	MANUEL ALBERTO CASTILLA CASTILLA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
75626	CC	8E+007	MIGUEL ANGEL ARENILLA MARTINEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
94176	CC	8E+007	CARLOS ALBERTO PUMAREJO LOPESIERR	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57935	CC	8E+007	JAIME SANCHEZ MARTINEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
65598	CC	8E+007	ALDOREY ROBAYO SANABRIA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
74045	CC	8E+007	ORLANDO NEIRA CASTELLANOS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
55134	CC	8E+007	HECTOR JOSE SALEMI CARTAGENA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
77283	CC	8E+007	LUIS EDUARDO PRADA GARCIA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
65544	CC	8E+007	AMIN ALFONSO FRAN MOSQUERA DUE	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
54351	CC	8E+007	MAURICIO CLAVIJO CARMONA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
75339	CC	8E+007	JOHN HENRY GAMBOA ROJAS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
93585	CC	8E+007	DIOVALDO FIDEL ACOSTA MENDOZA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
57860	CC	9E+007	FABIO ALONSO CUSBA ROJAS	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
58849	CC	9E+007	PEDRO HERNEY BETANCOURT LOPEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
59147	CC	9E+007	JOSE FERNANDO IBARRA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
73858	CC	9E+007	NESTOR JAVIER DUARTE ACEVEDO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
67933	CC	9E+007	PABLO EMILIO ARANGO MARIN	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
67357	CC	9E+007	IVAN ACOSTA GUZMAN	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
61165	CC	9E+007	ORLANDO QUINTERO RIASCOS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
84879	CC	9E+007	YOBANI DE JESUS MARQUEZ CORREA	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
75032	CC	1E+008	LUIS ALBEIRO ARBOLEDA ALVAREZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
73991	CC	5242615	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
155438	CC	1E+007	HAROL NIDSON CORREA CASTAÑO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
68332	CC	2E+007	JOSE FRANCISCO ACOSTA SANCHEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
140802	CC	4682559	ABSALON CUERO CAICEDO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
58075	CC	3E+007	LUZMIDIA CADENA LOPEZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
159576	CC	7E+007	ABEL ANTONIO LARA MARTINEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
103127	CC	9806780	NESTOR RAUL ZAFRA CABALLERO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO

172706	CC	7E+007	ENSON AUGUSTO MUÑETON CALDERO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
65853	CC	2E+007	GUILLERMO FERNANDO BERNAL TENJO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
204026	CC	1E+007	MOISES MARTINEZ MARTINEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
206270	CC	1E+007	ROBINSON FERNANDO CORTES	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
52993	CC	8E+007	MARCO AURELIO CANDELO MUNOZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
268919	CC	1E+007	TIRSO VELEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
63963	CC	7E+007	ANDO DE LOS MILAGROS GARCIA GUE	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
78349	CC	9E+007	CARLOS ARTURO PIMIENTA PEREZ	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
72205	CC	4576686	FERNANDO LOPEZ ACOSTA	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
59097	CC	8767691	RODOLFO ANTONIO GOMEZ CHARRIS	INVALIDEZ	TITULAR	INVALIDO
86043	CC	9990985	ANCIZAR DE JESUS PANIAGUA GOMEZ	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
72023	CC	1E+008	RUBEN DARIO ARIAS JARAMILLO	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
66251	CC	1E+007	DIEGO LEON RESTREPO MONSALVE	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO
58116	CC	1E+007	EDGAR OCTAVIO SALAMANCA HOYOS	SOBREVIVENCIA	TITULAR	VALIDO

or Mesada Ac	Nomi	mesadas al año
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
1771092	100	14
		14
		14
1856318	100	14
		8
3146667	100	14
4490742	100	14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
		14
		14
1160000	100	14
		14
1160000	100	14
		14
3227444	100	14
		14
1160000	100	14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
4978978	100	14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
		14

		14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
		14
		14
		14
1950038	100	14
		14
		14
1596439	100	14
		14
1160000	100	14
1472791	100	14
1160000	100	14
1160000	100	14
1160000	100	14
		14
2485565	100	14
1160000	100	14
1323585	100	14
		14
1160000	100	14

1160000	100	14
		14
1160000	100	14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
		14
1160000	100	14
		14
		14
4103886	100	14
1160000	100	14
1160000	100	14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
		14
		14
1160000	100	14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
1160000	100	14
1160000	100	14
		13
		14
		14
1414962	100	14
		14
		14

		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
		14
1160000	100	14
		14
		14
		14
		14

547

3505
4208014279363900

BOGOTÁ D.C., 13 de enero de 2023

Señor(a)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Delegado(a) N/A
roling777@hotmail.es
5823 1/2

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: INVALIDEZ
CC: 5.242.615
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
T.N. N.A
COR - BEN

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, Recibe un saludo cordial.

Este 2023 queremos agradecerte por confiar en Porvenir y hacer parte de la *Comunidad del Pensionado*. Para nosotros tu bienestar y la tranquilidad de tu familia son fundamentales, lo que nos inspira a trabajar para seguir evolucionando y día a día ofrecer alternativas y beneficios que mejoren tu calidad de vida.

Comprometidos con este propósito queremos contarte que el valor de la mesada pensional para el 2023 será de $1.160.000.

Al igual que en el 2022 continuas con el beneficio en la reducción del descuento de la cotización al Sistema de Seguridad Social de Salud - EPS con el 4%.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A
Gerencia de Mercadeo septiembre/19/v1.0

Como pensionado esta información es importante para ti

Medio de Pago:

Si decides hacer el cambio a **cuenta pensional** exclusiva para pensionados lo podrás hacer en cualquier oficina del Banco de Bogotá o BBVA, e informar a Porvenir para su respectiva actualización.

Vinculación EPS:

Si deseas realizar cambio de Entidad Promotora de Salud, deberás dirigirte a la EPS de tu elección, con el fin de actualizar tu afiliación en calidad de pensionado, informando que el pagador de tu mesada es el **Fondo de Pensiones Porvenir con NIT 800.224.808**

Caja de Compensación Familiar:

Como pensionado tienes la posibilidad de afiliarte a la Caja de Compensación Familiar, de acuerdo con la tarifa establecida y los servicios que selecciones se aplicará el respectivo descuento en tu mesada pensional.

Para hijos beneficiarios, certificado de estudios:

Para casos de afiliados fallecidos, los hijos mayores de 18 años y menores de 25 años que se encuentran estudiando deben remitirnos cada periodo académico el respectivo certificado de estudio.

porvenir
sólo hay uno

Eventuales Beneficiarios:

Queremos recordarte que es un deber de tu parte como Pensionado de informar a Porvenir S.A sobre cualquier cambio en la composición de tu núcleo familiar, lo anterior con el propósito de mantener actualizado tus beneficiaros ante una eventual sustitución de pensión por fallecimiento; previo cumplimiento de requisitos legales.

Vale la pena resaltar que cuando aprobamos tu pensión Porvenir determinó el monto de tu mesada pensional con los beneficiarios indicados por ti, cualquier cambio de esta información modifica el valor de la mesada pensional.

De igual manera te recomendamos compartir con tu grupo familiar tu estado de pensionado con Porvenir con el fin que, en caso de fallecimiento, las personas que consideren tener derecho a reclamar sus beneficios pensionales realicen este trámite ante Porvenir S.A.

Beneficios por ser pensionado a Porvenir

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A
Gerencia de Mercadeo septiembre/19/v1.0

- Periódicamente te mantendremos actualizado con toda la información que debe conocer como pensionado a través del Boletín al Pensionado.
- Tener a la mano nuestros canales digitales y de autoservicio. Te invitamos a conocer la página de internet www.porvenir.com.co/sección pensionados, en donde encontraras la **oferta de valor para nuestros pensionados**, con todos los servicios y beneficios de ser parte de nuestra Comunidad del Pensionado Porvenir.

Porvenir Web
www.porvenir.com.co

Línea exclusiva
al pensionado
Bogotá 601 390 68 81
Nivel nacional sin costo 01 800 05 37 10

Para continuar disfrutando de los beneficios de nuestra comunidad en calidad de pensionado de Porvenir, mantén tus datos de localización y de tu grupo familiar debidamente actualizados.

Nuestro propósito es avanzar juntos y así construir un mejor porvenir para todos.

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Direccion de Pensionados y Pagos
LRR/C.S.B

FT-BE-071

547

19386
4208014199628900

BOGOTÁ D.C., 5 de enero de 2022

Señor(a)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Delegado(a) N/A
roling777@hotmail.es
22915 1/3

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: INVALIDEZ
CC: 5.242.615
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
T.N. N.A
COR - BEN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A
Gerencia de Mercadeo septiembre/19/v:1.0

Reciba un saludo cordial.

Gracias por confiar en Porvenir y hacer parte de la comunidad de los más de 100.000 pensionados. Para nosotros su bienestar y la tranquilidad de su familia son fundamentales y nos inspiran a trabajar día a día para ofrecer alternativas y beneficios que mejoren su calidad de vida.

En esta oportunidad y como es habitual al cierre de año, queremos informarle que el valor de su mesada pensional para el año 2022 será de $1.000.000. Es de anotar que el monto total de la pensión equivale al salario mínimo legal mensual vigente.

Lo que debe saber cómo pensionado:

1. Nuevo beneficio a partir del 2022:

Para el año 2022, adicional al ajuste del salario mínimo legal vigente determinado por el Gobierno Nacional, le recordamos que para cubrir su atención en salud el descuento pasa del 8% al 4%, esta disminución se verá reflejada en el valor de su mesada pensional.[1]

2. Nuestro deber es mantenerlo informado de todas las novedades que tenemos para usted, por esta razón lo invitamos a conocer nuestra Oferta de valor al pensionado y nuestro Boletín al pensionado en www.porvenir.com.co adicionalmente disponer de los servicios que ofrece nuestra Comunidad del pensionado.

1 Ley 2010 de 2019: Para mesadas de un (1) smmlv el descuento de eps será de 8%, para mesadas mayores a 1smmlv y hasta 2 smmlv el descuento de EPS, será de 10% y para mesadas superiores a 2 smmlv el descuento será del 12%. Conforme a la misma ley, a partir de 2022 las mesadas equivalentes a un (1) smmlv el descuento de eps pasara al 4%.
Para pensionados con residencia en el exterior e inactivos en la base única de afiliados de eps (BDUA - ADRES), podrán optar por ser exonerados del descuento de salud.

3. **Convenios con entidades financiaras para el pago de su Mesada Pensional a través de la cuenta pensional:**
Le recordamos que para evitar salir de casa y recibir el pago de su mesada pensional, su cuenta bancaria debe encontrarse activa y vigente.
Adicionalmente contamos con convenios con los bancos Bogotá y BBVA para la apertura de su cuenta pensional exclusiva para los pensionados y que ofrece beneficios como no cobro de manejo, ni costo por apertura, entre otros.

Puede hacer la apertura de su cuenta bancaria pensional dirigiéndose a cualquiera de las oficinas a nivel nacional y entregando el certificado de pensionado que puede obtener a través de nuestra página de internet www.porvenir.com.co Sección Ingresa a tu cuenta personal, Soy Pensionado.

Si decide hacer el cambio de la cuenta bancaria les solicitamos informar a la Línea exclusiva de Servicio al Pensionado en Bogotá 601 3906881 o de manera gratuita a nivel nacional 018000517170, para su respectiva actualización.

4. **Traslado de Entidad Promotora de Salud (EPS):**
Si decide cambiar de (EPS), deberá dirigirse a la entidad de su elección, con el fin de actualizar su afiliación en calidad de pensionado, informando que el pagador de su mesada es el **Fondo de Pensiones Porvenir con NIT 800.224.808** y adjuntando copia de esta comunicación.

5. **Afiliación a Cajas de Compensación:**
Como pensionado tiene la posibilidad de afiliarse a la Caja de Compensación Familiar, para lo cual deberá entregar a la entidad de su elección, un certificado de pensionado, el cual podrá generar a través de la página web www.porvenir.com.co Sección Ingresa a tu cuenta personal, Soy Pensionado.

Es importante recordar que de acuerdo con los servicios que usted seleccione se le aplicará el respectivo descuento del pago de su mesada pensional de acuerdo con la tarifa establecida.[2]

6. **Eventuales beneficiarios:**
Como pensionado es su deber informar a Porvenir S.A. sobre cualquier cambio en la composición de su núcleo familiar para mantener actualizado la identificación de sus eventuales beneficiaros de una sustitución de pensión por fallecimiento.

De igual manera le recomendamos compartir con su grupo familiar su estado como pensionado con Porvenir, con el fin de que, en caso de fallecimiento, las personas que consideren tener derecho a reclamar sus derechos pensionales realicen este trámite ante Porvenir S.A.

7. **Certificado de estudio para hijos beneficiarios:**
Para casos de afiliados fallecidos, los hijos mayores de 18 años y menores de 25 años que se encuentran estudiando deben adjuntar:

2 Afiliación (…) artículo 57 de la ley 21 de 1982, modificado por el artículo 139 del decreto-ley 019 de 2012, establece que es obligación de las Cajas de Compensación Familiar afiliar a todo empleador, trabajador independiente y pensionado que lo solicite.
La afiliación de los pensionados en las Cajas de Compensación Familiar está regulada en el artículo 6 de la Ley 71 de 1988, modificado por la ley 1643 de 2013 y reglamentado por el Decreto 867 de 2014, compilado en la sección 2 del Capítulo 3 del Título 7 del Decreto Único Reglamentario de Sector Trabajo (DURTS) 1072 de 2015.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A
Gerencia de Mercadeo septiembre/19/v:1.0

- Certificación de estudio para cada periodo académico donde conste la intensidad horaria no inferior a veinte (20) horas semanales, para ***Entidades de Educación Formal (instituciones de educación superior).***

- Certificación de estudio para cada período académico donde conste el nombre del programa, la intensidad horaria no inferior a 160 horas del periodo, el número y fecha del registro del programa, para ***Entidades de Educación No formal (instituciones de educación complementaría).***

Para que continúe disfrutando de los beneficios de nuestra comunidad en calidad de pensionado de Porvenir, es importante mantener los datos de localización y de su grupo familiar debidamente actualizados.

Nuestro propósito es estar siempre a su lado, por eso trabajamos día a día para construir un mejor porvenir para todos. Si tiene la necesidad de acudir a nuestras oficinas o las sucursales aliadas, tenga presente tomar siempre las medidas de autocuidado.[3] [4] [5] [6]

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección Pensionados y Pagos
LRR/S.B.P.
FT-BE-071

3 No permita que un tramitador le cobre dinero, los trámites en Porvenir no tienen costo. Si tiene denuncias relacionadas con fraudes, cobros o ética de nuestros empleados, denuncie al 601 7434441 Ext. 77777 en Bogotá o ingresando a www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica.
4 Recuerde su clave de internet es personal e intransferible no la comparta con nadie y cámbiela mínimo 2 veces al año así protegerá sus datos y transacciones, conozca más información en: https://www.porvenir.com.co/web/seguridad/seguridad-en-internet
5 Cir. Ext. 017 de 2020: Absténgase de acudir a nuestras oficinas y sucursales si presenta algún síntoma asociado al COVID-19; si asiste, cumpla las normas de movilidad y circulación como pico y cédula, use siempre tapabocas, manteniendo el distanciamiento físico y lavando permanentemente sus manos.
6 Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la carrera 11A N° 96 - 51 oficina 203 en Bogotá, Teléfono: 601 6108161, defensoriaporvenir@legalcrc.com quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A
Gerencia de Mercadeo septiembre/19/v:1.0

Reciba un saludo cordial,

En archivo anexo encontrará respuesta a su requerimiento.

Cordialmente,

PAOLA ANDREA ÁLVAREZ CARVAJAL

Atención Integral a Clientes

PAAC/Gicela

Por favor no responda este mensaje, corresponde a un buzón automático de envío de información.

104

Bogotá D.C.,

Señor

APOLINAR SANCHEZ
dannysaor@gmail.com

Ref. Rad. Porvenir: 0103802048470500
CC: 5242615
T.N: 10036417
COR-BENEF

Reciba un saludo cordial

De acuerdo a su solicitud relacionada con la pensión de invalidez, anexamos notificación de aprobación de la prestación, para su correspondiente trámite.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud

PAOLA ANDREA ÁLVAREZ CARVAJAL
Atención Integral a Clientes
PAAC/Gicela

No permita que un tramitador le cobre dinero, usted puede hacer sus trámites en Porvenir sin costo. Si alguien le cobra, o tiene denuncias relacionadas con fraudes o ética de nuestros empleados, denúncielo ingresando a: www.porvenir.com.co/web/acerca-de-porvenir/linea-etica o comunicándose al teléfono en Bogotá 3393000 Ext. 77777.

Nuestros afiliados cuentan con un Defensor del Consumidor Financiero, Dra. Ana María Giraldo Rincón ubicado en la carrera 11A N° 96 - 51 oficina 203 en Bogotá, Teléfono: 6108161, defensoriaporvenir@ustarizabogados.com, quien dará trámite a su queja de forma objetiva y gratuita.

AFP Horizonte
Pensiones y Cesantías

Grupo AVAL

Bogotá, 30 de julio de 2013

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Carrera 19 17 - 30 el centro
Puerto Tejada, Cauca

Tenemos el gusto de saludarlo y darle a conocer la respuesta a la solicitud radicada el 11 de junio de 2013.

Le informamos que luego de realizar las validaciones pertinentes para su caso se concluye que:

Mediante comunicación BEN-0452 MPP del 23 de diciembre de 1996 Pensiones y Cesantías Colpatria hoy Horizonte Pensiones y Cesantías S.A reconoció a usted la pensión de invalidez.

El artículo 44 de la Ley 100 de 1993, establece la revisión del estado de invalidez de los pensionados, a saber:

> ***ARTÍCULO 44. REVISIÓN DE LAS PENSIONES DE INVALIDEZ.*** *El estado de invalidez podrá revisarse:*
>
> *a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiera lugar.*
>
> *Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores. El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.*
>
> *Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado;*

b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa.

Para tales efectos le solicitamos se acerque a la oficina más cercana a su lugar de residencia y radique copia de su historia Clínica actualizada, la cual será remitida a la Compañía de Seguros de Vida Colpatria S.A., para que en primera instancia emita el correspondiente dictamen de pérdida de capacidad laboral.

Ahora bien, con el fin de reactivar el pago de su mesada pensional, se requiere que usted allegue la siguiente documentación a la oficina más cercana a su lugar de residencia:

- Certificación de cuenta expedida por la entidad bancaria en la que se han de realizar los pagos de la mesada pensional, con la especificación del número de cuenta y su nombre como titular de la misma, con fecha de expedición inferior a un (1) mes.

- Afiliación radicada en la EPS que desee, en donde usted figure como cotizante en calidad de pensionado. El formulario se debe diligenciar obligatoriamente con los siguientes datos: NIT 900385297-7 y razón social FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO HORIZONTE. Si ya se encuentran afiliado y están cotizando para salud a una EPS, usted debe reportar ante esa entidad la novedad de cambio de condición a pensionados y presentarnos el formato actualizado donde figuren los datos de la Sociedad Administradora como responsable del aporte.

Quedamos a su disposición para brindar cualquier información adicional que considere necesaria.

LEIDY CAROLINA CANDELA SANABRIA
Analista de PQR No Monetarios
Equipo de Soporte Operativo

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CC. 5242615
ESO 20130611-124806-20069

Radicado - Porvenir S.A.

0200001147065800

12 OCT. 2017

2410/
Bogotá D.C

Señor(a):
NUBIA BELEN SALAZAR (APODERADO)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CL 19 N° 17- 40
PUERTO TEJADA, CAUCA

Ref.: Rad Porvenir: N.A.
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 5242615
TN. N.A.
COR – BEN

Apreciado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A.

Para PORVENIR S.A., es grato comunicarle que se reanudan pagos de nómina de acuerdo a Acción de Tutela:

De esta manera nos permitimos aclarar que la mesada pensional fue reactivada a partir del mes de Marzo de 2017 fecha en la cual fuimos notificados de la Ratificación de dictamen, su mesada pensional para el año 2017 es de $737,717, valor que será reajustado año a año en los términos de las disposiciones legales en materia de Seguridad Social (art. 14 Ley 100 de 1993).

LIQUIDACIÓN DE RETROACTIVO				
PERIODO	DÍAS	VALOR	EPS	NETO
201703	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201704	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201705	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201706	30	$ 1,475,434	$ 88,600	$ 1,386,834
201707	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201708	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201709	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201710	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
TOTAL		**$ 6,639,453**	**$ 708,800**	**$ 5,930,653**

Próximos pasos que usted debe realizar

1. ***Cuenta para realizar el pago de la mesada***

Lo invitamos a que realice la apertura de una **cuenta bancaria pensional** con la cual obtendrá los siguientes beneficios:

- Sin cuota de manejo
- La cuenta es exenta del gravamen de cobro de transacciones financieras (4*1000)
- Tiene beneficios especiales en créditos de consumo y tarjetas de crédito.

- Es opcional el manejo de retiros con tarjeta débito o talonario.

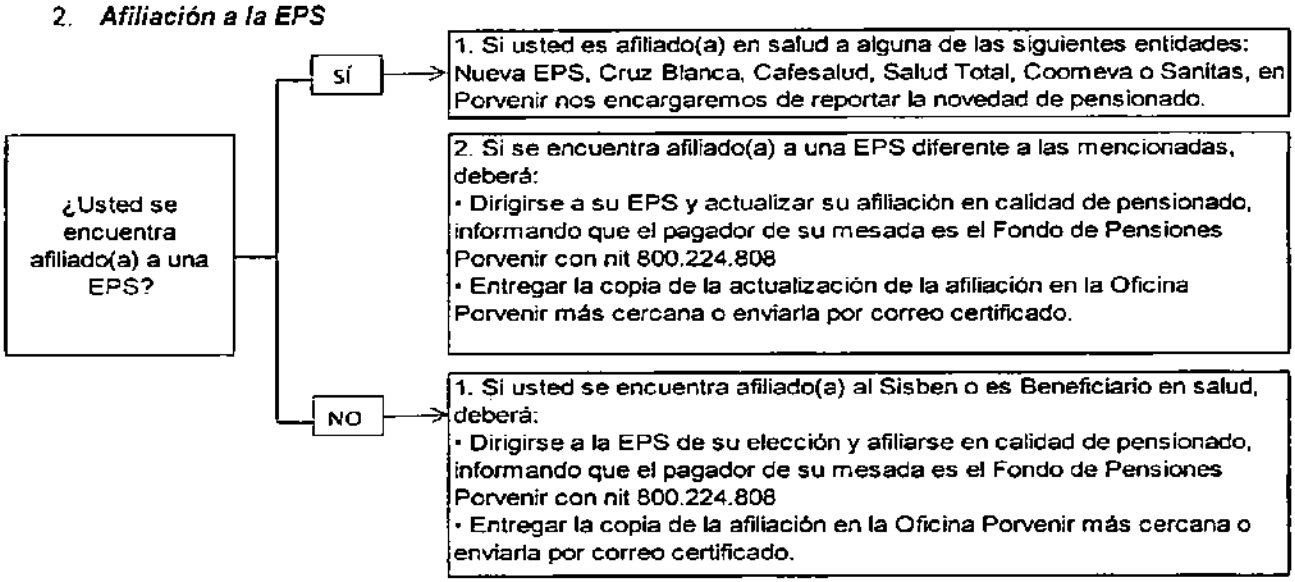
Diríjase a cualquiera de las oficinas a nivel nacional del Banco de Bogotá, Banco Popular, Bancolombia, BBVA donde debe informar que el pagador de su pensión será Porvenir S.A. a través del Fondo de Retiro Programado con nit 900.394.960-0 anexando:

- Copia de esta comunicación.
- Copia de su documento de identidad ampliado al 150%.

Una vez realizada la apertura de la cuenta pensional solicite una certificación de la cuenta y entréguela en la Oficina de Porvenir más cercana o envíela por correo certificado.

Si usted tiene una cuenta bancaria y la informó al momento de radicar su solicitud, en esta cuenta le realizaremos el pago de sus mesadas; si no la informó, le agradecemos solicitar una certificación bancaria de su cuenta y entregarla en la Oficina de Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado.

2. ***Afiliación a la EPS***



Recuerde que si en un futuro decide trasladarse de EPS, debe informarnos su traslado de forma oportuna en la Oficina Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado, anexando la *constancia de aceptación y aprobación de traslado*; lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

Tenga la tranquilidad que lo acompañaremos en esta nueva etapa de su vida y que nuestros canales de servicio estarán a su disposición: www.porvenir.com.co, Línea de Servicio al Cliente en Bogotá 7447678 o a nivel nacional sin costo 01800510800 y oficinas nivel nacional.

Cordial saludo,

DIRECCION DE LITIGIOS
YRR/Tatiana Cruz.
c.c. Archivo y correspondencia
Exp. PI 73991

Radicado - Porvenir S.A.

0200001147065800

12 OCT. 2017

2410/
Bogotá D.C

Señor(a):
NUBIA BELEN SALAZAR (APODERADO)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CL 19 N° 17- 40
PUERTO TEJADA, CAUCA

Ref.: Rad Porvenir: N.A.
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 5242615
TN. N.A.
COR – BEN

Apreciado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A.

Para PORVENIR S.A., es grato comunicarle que se reanudan pagos de nómina de acuerdo a Acción de Tutela:

De esta manera nos permitimos aclarar que la mesada pensional fue reactivada a partir del mes de Marzo de 2017 fecha en la cual fuimos notificados de la Ratificación de dictamen, su mesada pensional para el año 2017 es de $737,717, valor que será reajustado año a año en los términos de las disposiciones legales en materia de Seguridad Social (art. 14 Ley 100 de 1993).

LIQUIDACIÓN DE RETROACTIVO				
PERIODO	DÍAS	VALOR	EPS	NETO
201703	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201704	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201705	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201706	30	$ 1,475,434	$ 88,600	$ 1,386,834
201707	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201708	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201709	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201710	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
TOTAL		**$ 6,639,453**	**$ 708,800**	**$ 5,930,653**

Próximos pasos que usted debe realizar

1. ***Cuenta para realizar el pago de la mesada***

Lo invitamos a que realice la apertura de una **cuenta bancaria pensional** con la cual obtendrá los siguientes beneficios:

- Sin cuota de manejo
- La cuenta es exenta del gravamen de cobro de transacciones financieras (4*1000)
- Tiene beneficios especiales en créditos de consumo y tarjetas de crédito.

- Es opcional el manejo de retiros con tarjeta débito o talonario.

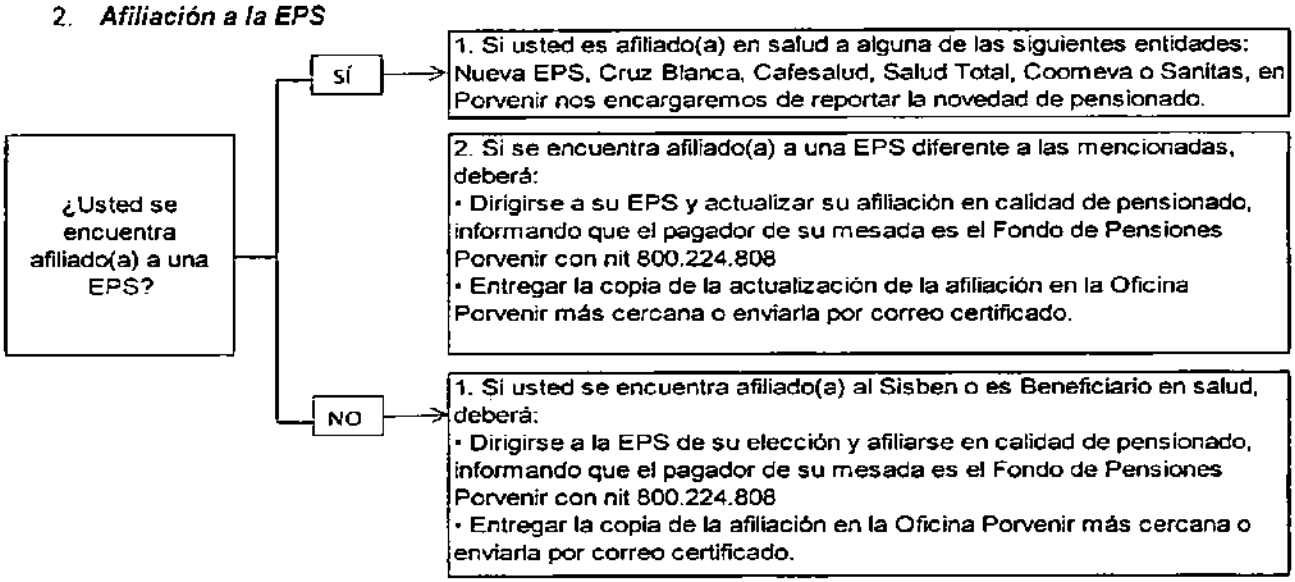
Diríjase a cualquiera de las oficinas a nivel nacional del Banco de Bogotá, Banco Popular, Bancolombia, BBVA donde debe informar que el pagador de su pensión será Porvenir S.A. a través del Fondo de Retiro Programado con nit 900.394.960-0 anexando:

- Copia de esta comunicación.
- Copia de su documento de identidad ampliado al 150%.

Una vez realizada la apertura de la cuenta pensional solicite una certificación de la cuenta y entréguela en la Oficina de Porvenir más cercana o envíela por correo certificado.

Si usted tiene una cuenta bancaria y la informó al momento de radicar su solicitud, en esta cuenta le realizaremos el pago de sus mesadas; si no la informó, le agradecemos solicitar una certificación bancaria de su cuenta y entregarla en la Oficina de Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado.

2. ***Afiliación a la EPS***



Recuerde que si en un futuro decide trasladarse de EPS, debe informarnos su traslado de forma oportuna en la Oficina Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado, anexando la *constancia de aceptación y aprobación de traslado*; lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

Tenga la tranquilidad que lo acompañaremos en esta nueva etapa de su vida y que nuestros canales de servicio estarán a su disposición: www.porvenir.com.co, Línea de Servicio al Cliente en Bogotá 7447678 o a nivel nacional sin costo 01800510800 y oficinas nivel nacional.

Cordial saludo,

DIRECCION DE LITIGIOS
YRR/Tatiana Cruz.
c.c. Archivo y correspondencia
Exp. PI 73991

Buena tarde:

Se digitaliza respuesta Colpatria.

Cordialmente,

Katherin Alexandra Casas Ruíz

Aprendiz – Coordinación de Pensionados.

Dirección de Servicios Pensionales.

Tel: 339 3000 Ext: 75882

Dirección General.

Buenas Tardes

Con respecto a su solicitud de Cotización para unas Rentas Vitalicias, es para nosotros importante informarles que la compañía no está interesada en la suscripción de Rentas Vitalicias y por lo tanto nos abstenemos de atender su amable solicitud.

Cordialmente,

Radicado de salida: 4307412023202200

Cesar Augusto SALAZAR MONTIEL

Líder de Capitalización EGU y Previsionales Líneas Personales

Cra. 7 No. 24-89 Torre Colpatria Piso 7

Bogotá, D.C. – Colombia

PBX: +57-1 336 4677 Ext. 5339

-----Mensaje original-----

De: Castillo Ventero Juan David [DIR. DE SERVICIOS PENSIONALES] [mailto:jdcastillo@porvenir.com.co]

Enviado el: jueves, 19 de diciembre de 2019 8:47 a.m.

Para: Cesar Augusto SALAZAR MONTIEL <cesar.salazar@axacolpatria.co>

Asunto: [WARNING - ENCRYPTED ATTACHMENT NOT VIRUS SCANNED] Correo seguro porvenir

Usted ha recibido un correo seguro de:

Castillo Ventero Juan David [DIR. DE SERVICIOS PENSIONALES] <jdcastillo@porvenir.com.co>

Por contener información personal y confidencial hemos asignado una clave al documento adjunto.

Para consultar su contenido ingrese su número de identificación.

- Si usted es persona NATURAL digite su número de identificación.
- Si usted es persona JURIDICA digite su número de NIT sin digito de verificación.

Para abrir el archivo es necesario tener instalado Adobe Reader. Si no posee esta aplicación, puede descargarla desde el sitio Web de Adobe.

547

15604
4208014038325600

BOGOTÁ, 09 de enero de 2019

Señor(a)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Delegado(a) N.A
roling777@hotmail.es
17987 1/2

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: INVALIDEZ
CC: 5.242.615
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
T.N. N.A
COR - BEN

Reciba un saludo cordial.

En esta oportunidad queremos informarle que al encontrarse bajo la modalidad de Retiro Programado, realizamos el recálculo de su mesada pensional como cada año[1], de acuerdo con las siguientes variables:

- El capital acumulado en su cuenta individual.
- Su expectativa de vida y la de su grupo familiar.
- La tasa de rendimiento esperada del Fondo Especial de Retiro Programado.

Teniendo en cuenta lo anterior, el valor de su mesada pensional para el 2019 será de $828.116.

¿Cuáles son las características de la modalidad de Retiro Programado, en la que se encuentra?:

- Se asemeja a un producto financiero por lo que como pensionado asume el riesgo de la inversión en la que podrá obtener rentabilidades positivas o negativas.
- La expectativa de vivir mayor tiempo al promedio definido en las tablas de mortalidad, impacta en el cálculo de su mesada pensional.
- Cada año se debe recalcular el valor de su mesada pensional y esta podrá aumentar o disminuir de acuerdo al comportamiento financiero de su cuenta de ahorro individual.
- El capital de la cuenta individual le pertenece como pensionado y es heredable hasta el quinto grado de consanguinidad.

Como medida preventiva, es nuestro deber como Administradora de Fondos de Pensiones (AFP), revisar permanentemente que el capital del pensionado sea suficiente para pagarle, durante toda su vida, por lo menos una mesada pensional de un salario mínimo; y de ser necesario, contrataremos una Renta Vitalicia con una aseguradora, cambiándolo a esta modalidad de pensión para garantizar el incremento del IPC en sus mesadas[2]; de presentarse esta situación se lo estaremos informando.

No obstante, si lo desea tiene la opción de cotizar una Renta Vitalicia con cualquiera de las aseguradoras que ofrecen esta modalidad de pensión, o manifestarnos si le interesa que Porvenir le realice esta cotización, para que el incremento de sus mesadas pensionales se realice con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor IPC.

[1] Artículo 81 de la Ley 100 de 1993. Retiro Programado.
[2] Artículo 12 del decreto 832 de 1996. "...controlar los saldos de las cuentas de ahorro de los pensionados, de forma tal que se evite que este saldo disminuya a un nivel inferior a la suma necesaria para la adquisición de una renta vitalicia, procediendo a su contratación con la compañía aseguradora que haya seleccionado el pensionado. Esta norma busca garantizar que el monto de la cuenta no sea inferior al capital necesario para financiar una renta vitalicia…"

Para mayor información puede comunicarse con nuestra Línea de Servicio al Pensionado en Bogotá 3906881 o a nivel nacional sin costo 018000517170.

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Servicio al Pensionado
LRR/U.I.P.
C.C. EXP. PI 73991
FTC-H0108

547

24956
4208014024057500

Bogotá, 04 de enero de 2018

Señor(a)
APOLINAR SANCHEZ
Delegado(a) N.A
roling777@hotmail.es
25755 1/1

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: N.A.
CC: 5.242.615
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
T.N. N.A
BEN - COR

Reciba un saludo cordial.

En esta oportunidad queremos informarle que el pago de su mesada pensional de enero del 2018, se realizará el día 11 del mes, ya que debemos ajustar su mesada de acuerdo a los parámetros técnicos publicados por el Gobierno Nacional para el cálculo de la mesada.

Le acompañamos en cada momento y ponemos a su disposición para información adicional nuestra Línea de Servicio al Pensionado en Bogotá 3906881 y a nivel nacional sin costo 018000517170.

Cordialmente,

LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Servicio al Pensionado
LRR/Yenny T.
C.C. EXP. 73991
FT-BE-020

Radicado - Porvenir S.A.

0200001147065800

12 OCT. 2017

2410/
Bogotá D.C

Señor(a):
NUBIA BELEN SALAZAR (APODERADO)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CL 19 N° 17- 40
PUERTO TEJADA, CAUCA

Ref.: Rad Porvenir: N.A.
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 5242615
TN. N.A.
COR – BEN

Apreciado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A.

Para PORVENIR S.A., es grato comunicarle que se reanudan pagos de nómina de acuerdo a Acción de Tutela:

De esta manera nos permitimos aclarar que la mesada pensional fue reactivada a partir del mes de Marzo de 2017 fecha en la cual fuimos notificados de la Ratificación de dictamen, su mesada pensional para el año 2017 es de $737,717, valor que será reajustado año a año en los términos de las disposiciones legales en materia de Seguridad Social (art. 14 Ley 100 de 1993).

LIQUIDACIÓN DE RETROACTIVO				
PERIODO	DÍAS	VALOR	EPS	NETO
201703	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201704	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201705	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201706	30	$ 1,475,434	$ 88,600	$ 1,386,834
201707	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201708	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201709	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201710	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
TOTAL		**$ 6,639,453**	**$ 708,800**	**$ 5,930,653**

Próximos pasos que usted debe realizar

1. ***Cuenta para realizar el pago de la mesada***

Lo invitamos a que realice la apertura de una **cuenta bancaria pensional** con la cual obtendrá los siguientes beneficios:

- Sin cuota de manejo
- La cuenta es exenta del gravamen de cobro de transacciones financieras (4*1000)
- Tiene beneficios especiales en créditos de consumo y tarjetas de crédito.

- Es opcional el manejo de retiros con tarjeta débito o talonario.

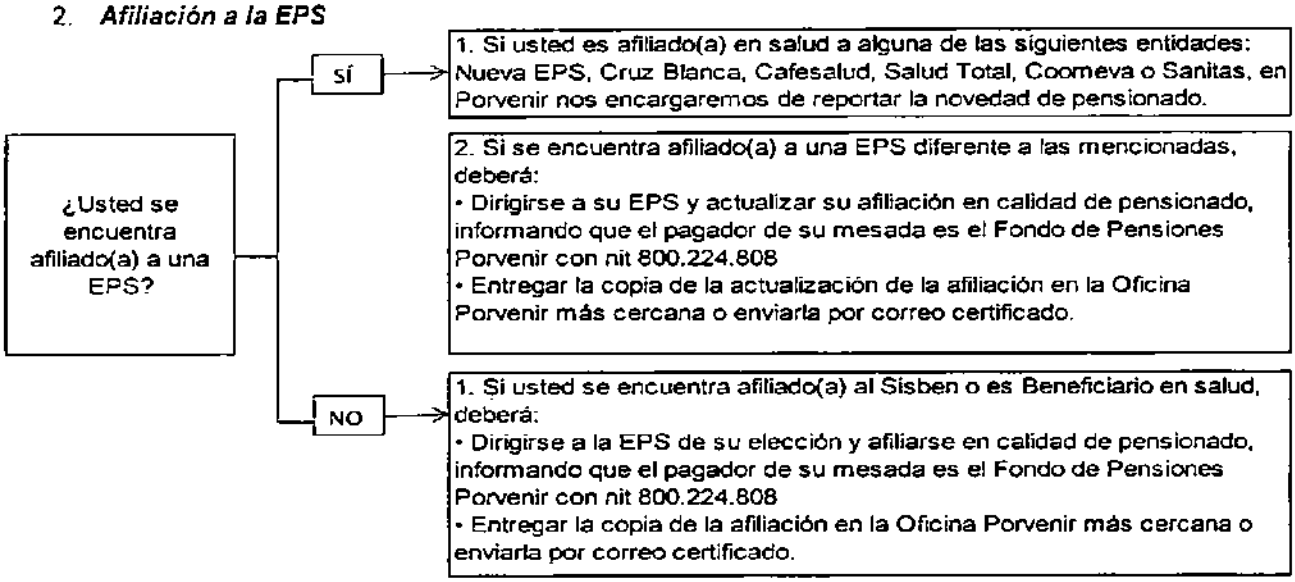
Diríjase a cualquiera de las oficinas a nivel nacional del Banco de Bogotá, Banco Popular, Bancolombia, BBVA donde debe informar que el pagador de su pensión será Porvenir S.A. a través del Fondo de Retiro Programado con nit 900.394.960-0 anexando:

- Copia de esta comunicación.
- Copia de su documento de identidad ampliado al 150%.

Una vez realizada la apertura de la cuenta pensional solicite una certificación de la cuenta y entréguela en la Oficina de Porvenir más cercana o envíela por correo certificado.

Si usted tiene una cuenta bancaria y la informó al momento de radicar su solicitud, en esta cuenta le realizaremos el pago de sus mesadas; si no la informó, le agradecemos solicitar una certificación bancaria de su cuenta y entregarla en la Oficina de Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado.

2. ***Afiliación a la EPS***



Recuerde que si en un futuro decide trasladarse de EPS, debe informarnos su traslado de forma oportuna en la Oficina Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado, anexando la *constancia de aceptación y aprobación de traslado*; lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

Tenga la tranquilidad que lo acompañaremos en esta nueva etapa de su vida y que nuestros canales de servicio estarán a su disposición: www.porvenir.com.co, Línea de Servicio al Cliente en Bogotá 7447678 o a nivel nacional sin costo 01800510800 y oficinas nivel nacional.

Cordial saludo,

DIRECCION DE LITIGIOS
YRR/Tatiana Cruz.
c.c. Archivo y correspondencia
Exp. PI 73991

Radicado - Porvenir S.A.

0200001147065800

12 OCT. 2017

2410/
Bogotá D.C

Señor(a):
NUBIA BELEN SALAZAR (APODERADO)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CL 19 N° 17- 40
PUERTO TEJADA, CAUCA

Ref.: Rad Porvenir: N.A.
Afiliado: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 5242615
TN. N.A.
COR – BEN

Apreciado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A.

Para PORVENIR S.A., es grato comunicarle que se reanudan pagos de nómina de acuerdo a Acción de Tutela:

De esta manera nos permitimos aclarar que la mesada pensional fue reactivada a partir del mes de Marzo de 2017 fecha en la cual fuimos notificados de la Ratificación de dictamen, su mesada pensional para el año 2017 es de $737,717, valor que será reajustado año a año en los términos de las disposiciones legales en materia de Seguridad Social (art. 14 Ley 100 de 1993).

LIQUIDACIÓN DE RETROACTIVO				
PERIODO	DÍAS	VALOR	EPS	NETO
201703	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201704	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201705	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201706	30	$ 1,475,434	$ 88,600	$ 1,386,834
201707	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201708	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201709	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
201710	30	$ 737,717	$ 88,600	$ 649,117
TOTAL		**$ 6,639,453**	**$ 708,800**	**$ 5,930,653**

Próximos pasos que usted debe realizar

1. ***Cuenta para realizar el pago de la mesada***

Lo invitamos a que realice la apertura de una **cuenta bancaria pensional** con la cual obtendrá los siguientes beneficios:

- Sin cuota de manejo
- La cuenta es exenta del gravamen de cobro de transacciones financieras (4*1000)
- Tiene beneficios especiales en créditos de consumo y tarjetas de crédito.

- Es opcional el manejo de retiros con tarjeta débito o talonario.

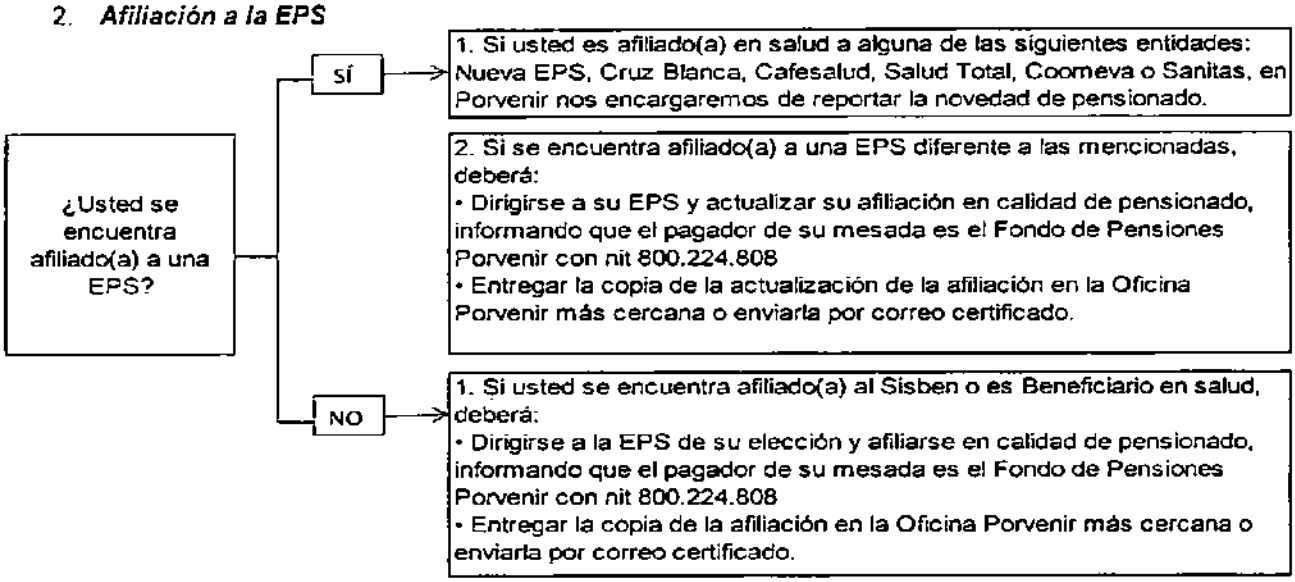
Diríjase a cualquiera de las oficinas a nivel nacional del Banco de Bogotá, Banco Popular, Bancolombia, BBVA donde debe informar que el pagador de su pensión será Porvenir S.A. a través del Fondo de Retiro Programado con nit 900.394.960-0 anexando:

- Copia de esta comunicación.
- Copia de su documento de identidad ampliado al 150%.

Una vez realizada la apertura de la cuenta pensional solicite una certificación de la cuenta y entréguela en la Oficina de Porvenir más cercana o envíela por correo certificado.

Si usted tiene una cuenta bancaria y la informó al momento de radicar su solicitud, en esta cuenta le realizaremos el pago de sus mesadas; si no la informó, le agradecemos solicitar una certificación bancaria de su cuenta y entregarla en la Oficina de Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado.

2. ***Afiliación a la EPS***



Recuerde que si en un futuro decide trasladarse de EPS, debe informarnos su traslado de forma oportuna en la Oficina Porvenir más cercana o enviarla por correo certificado, anexando la *constancia de aceptación y aprobación de traslado*; lo anterior garantizará la prestación de sus servicios de salud.

Tenga la tranquilidad que lo acompañaremos en esta nueva etapa de su vida y que nuestros canales de servicio estarán a su disposición: www.porvenir.com.co, Línea de Servicio al Cliente en Bogotá 7447678 o a nivel nacional sin costo 01800510800 y oficinas nivel nacional.

Cordial saludo,

DIRECCION DE LITIGIOS
YRR/Tatiana Cruz.
c.c. Archivo y correspondencia
Exp. PI 73991

Radicado - Porvenir S.A.

0200001146155600

06 SET. 2017

2410
Bogotá D.C

Señores
NUBIA BELEN SALAZAR (Apoderado)
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Calle 19 N° 17-40
PUERTO TEJADA -CAUCA

Ref.: Rad. Porvenir N.A.
Afiliado: **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**
CC. 5242615
T.N. N.A
DEF - BEN

Respetados Señores:

Reciba un cordial saludo de PORVENIR S.A.

En atención a la solicitud de reactivación de pago por reclamación de Invalidez radicada en nuestras oficinas el pasado 04 de Septiembre de 2017, nos permitimos informarle que ha sido **aprobada** conforme a la documentación aportada al trámite y a la información analizada. Ya que se determinó que cumplió con el requisito previsto en el articulo 46 de ley 100 de 1.993, modificado por el artículo 12 de la ley 797 de 2.003 el cual a su vez fue declarado parcialmente inexequible por la corte constitucional en sentencia c-556 de agosto 20 de 2009 y demostró la calidad de beneficiarios de acuerdo al artículo 13 de la 797 de 2003.

De esta manera se procederá a realizar el pago en la nómina del mes de Octubre de 2017.

Cualquier aclaración, información, o solicitud sobre el trámite de la prestación económica reclamada podrá ser atendida en cualquiera de nuestras oficinas. Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dineros a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoria interna fax No 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 de Bogotá.

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Directora de Litigios
Yeny R. /Leidy Tatiana C.

Radicado - Porvenir S.A.

0200001141055300

2410/
Bogotá, D.C. 02 MAR. 2017

Señora
DANY SÁNCHEZ ORDÓÑEZ
Agente Oficiosa
Señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**
Carrera 12 No. 11 – 16 de Villa Gorgona
Tels. 314 874 40 50 – 314 642 13 79
Candelaria, Valle

Ref. Rad. Porvenir: 0103803025170400
C.C. 5242615
DEF – BEN

Respetado Doctor Sánchez:

Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A.

Dando cumplimiento al fallo de tutela proferido por el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Candelaria-Valle, procedemos a dar respuesta a su derecho de petición radicado en nuestras oficinas el 20 de septiembre de 2016 bajo el radicado en referencia, en los siguientes términos:

Adjunto encontrará toda la documentación remitida a la Compañía AXXA Colpatria, solicitando la recalificación de su estado de Pérdida de Capacidad Laboral.

En los anteriores términos hemos atendido su requerimiento, sea está la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

Porvenir S.A. es una entidad privada y en consecuencia sus comunicados no son actos administrativos ni son susceptibles de recursos.

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Dirección de Litigios
Gustavo S./Angela N.

Radicado - Porvenir S.A.

0200001141002100

2410
Bogotá D.C. 01 MAR. 2017

Señores

AXA COLPATRIA
Isabel Tibaduiza Puentes
Directora Nacional De Gestion De Siniestros Vida y SOAT
Carrera 7 No. 24 - 89
Tel 4235757
Bogotá D.C

Ref. Rad Porvenir N/A
C.C. AFILIADO. 5242615
T.N. N/A
COR – BEN

Respetados Señores:

Reciba un Cordial saludo de PORVENIR S.A.

En respuesta a la petición radicada el día 2 de Junio de 2016 solicitando documentación para proceso de recalificación de invalidez del señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, nos permitimos remitir los siguientes documentos.

- Copia de Dictamen De Calificación de Invalidez
- Copia soporte de liquidación suma adicional
- Fallo de Tutela
- Copia de expediente

Dando cumplimiento al Fallo de Tutela proferido por el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Candelaria Valle, el día 15 de Febrero de 2017.

Quedamos atentos a cualquier inquietud

Cordialmente,

DIANA MARTINEZ CUBIDES
Dirección de Litigios
Gustavo S / Sandra C

COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES S.A. COLPATRIA

SEGURO PREVISIONAL DE INVALIDEZ Y SOBREVIVENCIA
AVISO DE SINIESTRO

NOMBRE DEL AFILIADO: Apolinar Sanchez Ordoñez | POLIZA No.:

CEDULA DE CIUDADANIA No.: 5.242.615 | SEXO: M ☐ F ☐ | FECHA DE NACIMIENTO: /AA /MM /DD

ULTIMA OCUPACION:

FECHA DE AFILIACION AL FONDO: /AA /MM /DD | FECHA DEL SINIESTRO: /AA /MM /DD

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO O DE LA INVALIDEZ:

☐ CARDIOVASCULAR ☐ NEUROLOGICA ☐ PULMONAR ☐ SIDA ☐ HEPATICA ☐ CANCER
☐ ACCID. TRANSITO ☐ OTROS ACCIDENTES ☐ SUICIDIO ☐ HOMICIDIO
☐ OTRAS CAUSAS: (ESPECIFIQUE)

SAI
MD10010661640021001 3

AMPAROS AFECTADOS: ☐ AUXILIO GASTOS FUNERARIOS
☐ SUMA ADICIONAL PARA PENSION DE SOBREVIVENCIA ☐ SUMA ADICIONAL PARA PENSION POR INVALIDEZ

DATOS ADICIONALES:

SALDO TOTAL EN LA CUENTA INDIVIDUAL DEL AFILIADO: $ 142.250.68 96-19-11

NUMERO DE SEMANAS COTIZADAS EN EL FONDO: | NUMERO DE SEMANAS COTIZADAS EN EL SISTEMA:

ULTIMO INGRESO BASE DE COTIZACION REGISTRADO EN EL SISTEMA AS-400: $

CALCULO TEORICO DEL VALOR DEL BONO PENSIONAL: $

FECHA DE AVISO A SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.: /AA /MM /DD

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE | FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

OFICINA QUE RECIBE EL AVISO: | FECHA DE RECIBIDO: /AA /MM /DD

NUMERO DE RADICACION:

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE | FIRMA

FORMA FP-022 MAYO '95

ORIGINAL: SEGUROS DE VIDA COLPATRIA 1ra. COPIA: FONDO DE PENSIONES COLPATRIA 2da. COPIA: CARPETA DE AFILIADO

3. Es importante resaltar, el estado en el que se encuentra la calificación de invalidez del Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ con corte a la fecha de la presente comunicación: Los médicos de PREVENSEG realizaron la semana pasada el examen medico y de acuerdo con el informe telefónico que nos dio esa entidad, en el transcurso de ésta semana se expedirá el documento que soporta el dictamen, por tanto, a más tardar en la semana del 21 de los corrientes se notificara al afiliado la calificación de su estado de invalidez

4. Una vez sea calificado el estado de invalidez y con base en el resultado del dictamen, se procederá a iniciar los trámites conducentes al otorgamiento de la calidad de pensionado y el pago de la correspondiente pensión, una vez se reúnan los requisitos para el efecto.

Deberán ser remitidos en el menor tiempo posible los siguientes documentos:

a. Registro Civil de Nacimiento y fotocopia de la cédula de ciudadanía del afiliado.

b. Registro Civil de matrimonio o dos (2) Declaraciones Extrajuicio para acreditar calidad de compañero (a) permanente.

c. Registro Civil de Nacimiento de beneficiarios para acreditar parentesco.

d. Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios mayores de edad.

La celeridad en la remisión de los documentos enunciados anteriormente, dará claridad y efectividad en el resultado trazado, es decir, al otorgamiento de la pensiòn en el evento de proceder de conformidad con el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993.

Cualquier información adicional, será atendida en la Carrera 7 No. 27-52, piso 7, Colpatria Sociedad Administradora de Fondos de Cesantías y Pensiones S.A., Gerencia de Beneficios.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

c.c. Sr. Libardo Gonzalez Truyo.
Presidente
Sindicato.

Calificación										
Descripción										

2. MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FISICA

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Total
Calificación				1.25						1.25
Descripción										

3. MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción										

4. MINUSVALIA DE OCUPACIONAL

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	Total
Calificación								9.0		9.00
Descripción										

5. MINUSVALIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	Total
Calificación			1.0							1.00
Descripción										

6. MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	Total
Calificación						2.0				2.00
Descripción										

7. MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD

Código	70	71	72	73	74	75	76			Total
Calificación				3.5						3.50
Descripción										

Nota: en el respaldo de la hoja encontrará el detalle de cada uno de los códigos y su puntaje. En la casilla de detalle se deben consignar las hallazgos de cada sección que sustentan el dictamen.

RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN POR MINUSVALIA

#		Puntaje Máximo	Calificación total por sección
1.	MINUSVALIA DE ORIENTACIÓN	5.0%	0.00
2.	MINUSVALIA DE INDEPENDENCIA FISICA	2.5%	1.25
3.	MINUSVALIA DE LA MOVILIDAD	2.5%	1.00
4.	MINUSVALIA DE OCUPACIONAL	10.0%	9.00
5.	MINUSVALIA DE INTEGRACION SOCIAL	2.5%	1.00
6.	MINUSVALIA DE AUTOSUFICIENCIA ECONÓMICA	2.5%	2.00
7.	MINUSVALIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD	5.0%	3.50
	Calificación Máxima Posible	30.0%	
	Sumatoria Total		17.75 %

Descripción

Firma del calificador: Viviana Morales

DPC-

M0100109516400010014

FORMULARIO PARA EL DICTAMEN DE INVALIDEZ

Entidad solicitante:	SEGUROS COLPATRIA	Nº de Radicación:	216
Ciudad: Cali		fecha: 20 de Octubre de 1996	

Motivo de la solicitud

Calificación grado de invalidez	x	Origen común			x
Origen profesional		Enfermedad Profesional		Accidente de trabajo	

Identificación del trabajador:

Nombre: APOLINAR SANCHEZ	C.C.o T.I.: 5.242.615 de Leiva (Nariño)
Edad: 34 años.	Sexo: Masculino
Dirección : Ingenio Mayaguez Hacienda Arauca.	Teléfono:

Condición :

Afiliado	x	Beneficiario	
Cargo actual: Oficios varios del campo		Labor que desempeña:	

ANTECEDENTES GENERALES:

Personales

Patológicos	x	Médicos		Quirúrgicos		Otros	
tóxicos		Fracturas		Traumáticos			
Alérgicos		Malformaciones		Secuelas			

Ampliación.

Poliartralgia, Sinusitis, Ulcera péptica.

Tuberculosis pulmonar hace 8 años.

Familiares

Padres vivos y sanos.

Revisión por sistemas:

EXAMEN FÍSICO:

TA: 120 / 80 mmHg.	FC: 80 por min.	FR: 18 por min.
T°: 36.5 °C	PESO: 51.5 Kg.	TALLA: 1,67 mts

HALLAZGOS:

Regular estado general, afebril, llega por sus propios medios.

Poliartralgica, mialgias generalizadas, marcha difícil por cansancio.

Disminución de fuerza en articulaciones de miembros superiores e inferiores.

Cicatriz por Biopsia en muslo derecho.

RECIBIDO
PARA ESTUDIO
28 OCT. 1996
PRESTACIONES MP
SEGUROS DE VIDA

Código	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Suma
Calificación											0.0
Descripción:											

2. DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACION

Código	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	Suma
Calificación											0.0
Descripción											

3. DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA

Código	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	Suma
Calificación				0.2	0.2	0.2	0.2			0.2	1.0
Descripción:											

4. DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCION

Código	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	Suma
Descripción	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2				0.2	1.4
Descripción											

5. DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICION DEL CUERPO

Código	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	Suma
Calificación	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2			0.2		1.4
Descripción											

6.-DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA

Código	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	Suma
Calificación				0.2	0.2				0.2	0.2	0.8
Descripción											

7. DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN

Código	70	71	72	73	74	75	76	77	78	Suma
Calificación		0.2	0.2	0.2						0.6
Descripción:										

8. DISCAPACIDADES DE UNA DETERMINADA APTITUD

Código	Suma
Calificación	1.0
Descripción	

9. NIVELES COMPLEMENTARIOS

NIVEL COMPLEMENTARIO DE GRAVEDAD

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación						1.0		1.0
Descripción								

NIVEL COMPLEMENTARIO DE PRONOSTICO

Código	0	1	2	3	4	5	6	Suma
Calificación							2.0	2.0
Descripción								

Nota: en el reverso de la hoja encontrará el detalle de cada uno de los códigos y los porcentajes, en la escala de deficiencias deben constar los baldosas de este sección que soportan el deficiente.

RESUMEN DE LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

#	DETALLE	Porcentaje Máximo	Calificación total por sección
1	DISCAPACIDADES DE LA CONDUCTA	2%	0.0
2	DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACION	2%	0.0
3	DISCAPACIDADES DEL CUIDADO DE LA PERSONA	2%	1.0
4	DISCAPACIDADES DE LA LOCOMOCION	2%	1.4
5	DISCAPACIDADES DE LA DISPOSICION DEL CUERPO	2%	1.4
6	DISCAPACIDADES DE LA DESTREZA	2%	0.8
7	DISCAPACIDADES DE LA SITUACIÓN	2%	0.6
8	DISCAPACIDAD DE UN DETERMINADA APTITUD	2%	1.0
	NIVELES COMPLEMENTARIOS DE GRAVEDAD DE PRONOSTICO	 2% 2%	 1.0 2.0
	Sumatoria Total (Calificación Máxima Posible: 20%)		9.2 %

Firma del calificador: Viviana Morales R.P.# 17042

Cristian Alonso R.

Exámenes de diagnóstico:
Laboratorio Clínico, Rayos X,
Gamagrafía Osea,
Biopsias Muscular y sinovial.

Resultados interpretación
Granulocitopenia - Linfocitosis - Plaquetopenia.
Cambios inflamatorios en acetábulo, tarso izquierdo y hombros.

Los antecedentes son suficientes para el dictamen (si o no):	
En caso de no ser así ; cuales estima necesarios	

I. DEFICIENCIAS:

Cap	CAUSALES	# orden	Diagnóstico
I	Sistema Musculo Esquelético		
II	Sistema Nervioso Periférico		
III	Reumatología	1	Enfermedad del Colageno
IV	Aparato Respiratorio		
V	Aparato Digestivo.		
VI	Sistema Genito Urinario		
VII	Sistema Cardiovascular		
VIII	Enfermedad Neoplásica Maligna		
IX	Sistema Endocrino		
X	Piel		
XI	Sistema Nervioso Central		
XII	Enfermedad Mental		
XIII	Órganos de los Sentidos		
XIV	Sistema Hemato Poyetico		

Nota: # orden, corresponde al ordenamiento por gravedad de la deficiencia

# orden	Código CIE	DESCRIPCIÓN	% Asignado	Capitulo, paginas
1		Enfermedad del Tejido Conectivo Clase III.	29.9	Cap.III Num.3.4.3 Pág.150
SUMATORIA		A%+B%*(50%-A%)		29.9 %

Calificación máxima posible 50%

Dr. Humberto Gonzalez.
Firma del calificador
R.P.# 10463

I	DEFICIENCIA	29.90	Humberto Gonzalez
II	DISCAPACIDADES	9.20	Viviana Morales
III	MINUSVALIA	17.75	Viviana Morales
	TOTAL	56.85 %	

DETERMINACIÓN DEL ORIGEN

Enfermedad	x	Accidente		Invalidez		Muerte	

Diagnóstico

Enfermedad de Tejido Conectivo

Origen profesional	Origen común

Etiología probable

OTROS PRONUNCIAMIENTOS

Antigüedad y/o fecha de inicio: Un año

Fecha probable 50%:

Tratamientos efectivamente recibidos:

Médico, Fisioterapia

CAMBIOS IMPORTANTES Y FECHA

ESTADO ACTUAL

Regular

TERAPEUTICA POSIBLE

POSIBLE RECUPERACIÓN O REHABILITACIÓN

Pronóstico reservado.

HUMBERTO GONZALEZ
FIRMA MD CALIFICADOR
RP# 10463

Santafé de Bogotá, D.C. Octubre 31 de 1996
BEN-0350-mnl

DPC-
M0100106616400010015

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Cali

REF : Estudio Calificación de Invalidez

2Apreciado Señor

*Concluido el trámite de calificación de Invalidez, nos permitimos comunicarle que la entidad legalmente autorizada para el efecto, emitió una calificación del **56.85 %**. Por lo tanto, se le otorga la calidad de **INVALIDO**, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 38 de la Ley 100/93 " **ESTADO DE INVALIDEZ**- Se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral."*

Para continuar con el trámite se hace necesarios los siguientes documentos:

1. Registro civil de nacimiento y fotocopia de la cédula de ciudadanía del afiliado.

2. Registro civil de matrimonio o dos (2) declaraciones extrajuicio para acreditar la calidad de compañero (a) permanente.

3. Registro civil de nacimiento de los beneficiarios para acreditar parentesco.

4. Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios mayores de edad.

5. Carta del empleador, en donde conste fecha de ingreso, de retiro, último cargo desempeñado y salario devengado.

INFORMACION PARA CALCULO DE SUMA ADICIONAL

FONDO DE PENSIONES — COLPATRIA

DATOS GENERALES

SANTAFE DE BOGOTA D.C., FECHA DE ENVIO: 97 04 24 (AA MM DD)
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A

CONSEC. SINIEST.: STRO 0951 — POLIZA PIS: 004

FALLECIMIENTO [ ] — INVALIDEZ [X]

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDOS	NOMBRES
Sanchez Ordoñez	Apolinar

FECHA DE NACIMIENTO: 62 5 12 (AA MM DD)
FECHA DEL SINIESTRO: ___ ___ ___ (AA MM DD)
FECHA CALIFIC. DE LA INV.: 96 10 20 (AA MM DD)
CALIFICACION DE INVALIDEZ: 56.85 %
SEMANAS COTIZADAS AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES: 264.67
IBL - $242385
HISTORIA LABORAL: SI [X] NO [ ] (Cedula adjunta)
BONO PENSIONAL: SI [X] NO [ ] VALOR: $ 3.072.000 =
SALDO EN LA CUENTA INDIVIDUAL: $ 287320.36 (Cedula adjunta)
(INCLUYE BONO PENSIONAL : SI [ ] NO [X]) (Detalle adjunto)

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO AA	MM	DD	ESTUDIA	INVALIDEZ	CALIFICACION INVALIDEZ
Sanchez Ordoñez	Leodan	Hijo	81	10	18			
Sanchez Ordoñez	Nudely	Hija	90	01	15			
Sanchez Ordoñez	Dany	Hija	96	09	14			
Sanchez Ordoñez	Rolando	Hijo	91	03	10			
Ordoñez Bastidas	Maria Dionilde	esposa	69	07	19			

SAI
M010010S915400210024

OBSERVACIONES: Del valor de la mesada pensional que se pague al afiliado se debe descontar el 12% que corresponde a salud y por este valor girar cheque a favor del I.S.S.

ELABORADO POR: Mireya Niño J. (NOMBRE)

REVISADO POR: (GERENCIA DE GENERICOS)

RECIBIDO POR:

ASEGURADORA RECIBIDO PARA ESTUDIO
FECHA: 28 ABR. 1997
GERENCIA TECNICA COLPATRIA

Como consecuencia de los anteriores planteamientos, se le descontará de su mesada pensional a partir de la fecha en que se comience a sufragar, lo correspondiente al aporte que usted debe asumir en su totalidad, con la finalidad de ser consignado en Instituto del Seguro Social por concepto de salud.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

Radicado - Porvenir S.A.
0100222077327900
2410
1A: 8983307

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PRIMERO PROMISCUO MUNICIPAL
CANDELARIA (VALLE)

OFICIO No. C 187 Candelaria (V.) febrero 16 de 2017

Señores:
PORVENIR SA Fondo de Pensiones.
Carrera 13 No. 26ª-65
Bogotá – Cundinamarca

PROCESO: ACCION DE TUTELA
Accionante. DANY SANCHEZ ORDONEZ agente oficiosa de APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Accionado. FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA
Radicación. 76 130 40 89 001-2017-00019-00

Para efectos de la notificaciòn pertinente, me permito comunicarle que este juzgado profirio sentencia No. 011 del 15 de febrero de 2017, que en su parte resolutiva expuso:

*"**PRIMERO: CONCEDER** la protección a los Derechos Fundamentales al mínimo vital y seguridad social del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ. SEGUNDO: ORDENAR** al Fondo de Pensiones y Cesantías **PORVENIR S.A.**, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente decisión, de no haberlo hecho, sin más dilación realice todos los trámites administrativos necesarios incluyendo él envió de la documentación requerida a **AXA COLPATRIA** para proceder con la calificación de pérdida de capacidad laboral del señor **APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ;** de igual manera se ordena a **AXA COLPATRIA** que sin más preámbulos una vez recibido los documentos proceda con la calificación del accionante y emita la resolución correspondiente. **TERCERO.- NEGAR** la protección al derecho fundamental del Debido Proceso invocado por el accionante en lo que tiene que ver con el trámite del bono pensional, conforme lo expuesto en la parte motiva de esta providencia, por lo que se le conmina a acercarse a las oficinas de Porvenir y proceder con el trámite respectivo exigido por estos para el diligenciamiento del precitado bono. **CUARTO: TUTELAR** el derecho fundamental de PETICION del señor APOLINAR SANCHEZ; en consecuencia se ordena al Fondo de Pensiones y Cesantías PORVENIR **S.A.**, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de la presente decisión, de no haberlo hecho, sin más dilación de respuesta de fondo al derecho de petición radicado por el agenciado el dia 20 de septiembre de 2016, notificándole la decisión. **QUINTO:** El Desacato a lo ordenado se sancionará en la forma prevista en los artículos 52 y 53 del Decreto 2591 de 1991. **SEXTO: NOTIFIQUESE** esta decisión por el medio más expedito y eficaz. **SEPTIMO: ENVIESE** a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, en caso de que este fallo no fuese impugnado. (FDO) JESUS ANTONIO MENA ARANGO. Juez."*

Atentamente,

MONICA ANDREA HERNANDEZ ALZATE
Secretaria

porvenir vida hay uno
DISTRIBUIDOR BTA. CTRO. INT. - C.C. 2311
22 FEB 2017
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

REMITENTE
DESTINATARIO
PORVENIR S.A.
22FEB 17 AM 10:13

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL No.	LIB=10 / POI=578	DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION: EL ROSARIO NARIÑO	FECHA DE INSCRIPCION	DIA: 27	MES: 10-10	AÑO: /69
INSCRITO	APELLIDOS: ORDOÑEZ BASTIDAS	NOMBRES: MARIA DILCEDE	SEXO	M:	F: X	
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS: Colombia	DEPARTAMENTO: Nariño	MUNICIPIO: El Rosario	FECHA DE NACIMIENTO	DIA: 19	MES: julio	AÑO: 1969
MADRE	APELLIDOS: BASTIDAS	NOMBRES: MATILDE				
PADRE	APELLIDOS: ORDOÑEZ	NOMBRES: VICTOR				
SOLICITANTE DEL CERTIFICADO	APELLIDOS: ORDOÑEZ	NOMBRES: VICTOR	C. C. DE			
CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA: 18	MES: sept=	AÑO: /96	SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO Y CON ESA SOLA FINALIDAD. ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970.		

NOTA:

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE: El Rosario Nariño

CARLOS EFRAIN GUERRA LOPEZ.

Nombre del Registrador Municipal

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL LUGAR EL ROSARIO NARIÑO

Firma y Sello

F - 4100 - 018

REPUBLICA DE COLOMBIA
CEDULA DE CIUDADANIA No. 5.242.615
El Palmar-de Valle
SANCHEZ ORDO
Apolinar
4-Nov-1962-El
1.67
Ninguna
28-Oct-87

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
5242615
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A LINEA
2A LINEA
3A LINEA
APELLIDOS Y NOMBRES
SANCHEZ ORDONEZ
APOLINAR
PROFESION AGRICULTOR

DDIA-
M0100106616400030004

REPUBLICA DE COLOMBIA
CEDULA DE CIUDADANIA NO. 59.760.014
DE Casanare-Telva Base
APELLIDOS ORDO-Z BAS-S
NOMBRES M-Cia-Dic
NACIO 19-Jun-1949-S
1.50
Viuda
FECHA 30-Nov-87

ORDINALES O CODIGOS DE LOS MESES							
	ENERO. . 01	FEBRERO. 02	MARZO	03	ABRIL . . 04		
	MAYO. 05	JUNIO. . . 06	JULIO	07	[illegible]	08	
	SEPT. . . . 09	OCTUBRE. 10	NOV	11	[illegible]	12	

96/09/14

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte comun.
9,6,0,9,1,4	

23771803

OFICINA REGISTRO CIVIL

(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.): REGISTRADURIA MUNICIPAL

(4) Municipio y Departamento: CANDELARIA-VALLE

(5) Código: 9762

SECCION GENERICA

INSCRITO

(6) Primer apellido: SANCHEZ

(7) Segundo apellido: ORDOÑEZ

(8) Nombres: DANI

SEXO

(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO

(10) Día: 14 (11) Mes: SEPTIEMBRE (12) Año: 1996

LUGAR DE NACIMIENTO

(13) País: COLOMBIA

(14) Departamento: VALLE

(15) Municipio: CANDELARIA

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

(16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: CASA DE HABITACION CR.10 No.11-48-B.MUNICIPAL-CANDELARIA(VALLE)

(17) Hora: 10:00

(18) Documento presentado (Antecedente): PRESENTACION DE TESTIGOS

(19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento:

(20) No. tarjeta:

MADRE

(21) Apellidos (de soltera): ORDOÑEZ BASTIDAS

(22) Nombres: MARIA DIGNILDE

(23) Edad: 27

(24) Identificación (clase y número): C.C.59.760.014-Leiva(Nariño)

(25) Nacionalidad: COLOMBIANA

(26) Profesión u oficio: HOGAR

PADRE

(27) Apellidos: SANCHEZ ORDOÑEZ

(28) Nombres: APOLINAR

(29) Edad: 34

(30) Identificación (clase y número): C.C.5.242.615-Leiva(Nariño)

(31) Nacionalidad: COLOMBIANA

(32) Profesión u oficio: OBRERO

DENUNCIANTE

(33) Identificación (clase y número): C.C.5.242.615-Leiva(Nariño)

(34) Firma (autógrafa): Apolinar Sanchez

(35) Dirección postal: Cr.10 No.11-48-Candelaria(Valle)

(36) Nombre: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

TESTIGO

(37) Identificación (clase y número): C.C.6.216.916-Candelaria(Valle)

(38) Firma (autógrafa): Jose Revelo Monte

(39) Domicilio (Municipio): Cr.10 No.11-48-Candelaria(Valle)

(40) Nombre: JOSE REVELO MONTENEGRO

TESTIGO

(41) Identificación (clase y número): C.C.16.252.099-Palmira(Valle)

(42) Firma (autógrafa):

(43) Domicilio (Municipio): Cr.5 No.32-04-B.Popular-Palmira

(44) Nombre: ALFONSO HURTADO

FECHA DE INSCRIPCION

(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(45) Día: 24 (46) Mes: SEPTIEMBRE (47) Año: 1996

Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro:

(48) Nombre del funcionario ante quien se hace el registro: HANS MARTINEZ MARTINEZ

Firma (autógrafa) y sello de la autoridad que ordena la inscripción:

Copia tomada de la que reposa en los archivos de esta dependencia

Candelaria, 20 SEP. 1996 199

HANS MARTINEZ MARTINEZ
Registrador Municipal

PAGADO SIN COSTO
Dcto. 2150 - 5-SEP - 95

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL	3679792	DEPARTAMENTO - MUNICIPIO DE INSCRIPCION	NARIÑO - LEIVA	FECHA DE INSCRIPCION	DIA 22	MES Junio	AÑO 89
INSCRITO	APELLIDOS: SANCHEZ ORDOÑEZ	NOMBRES: LEODAN	SEXO: M X F				
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: NARIÑO	MUNICIPIO: LEIVA	FECHA DE NACIMIENTO	DIA 18	MES Octubre	AÑO 89
CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA 3	MES Octubre	AÑO 90	SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO LEY 1260 DE 1970			

NOTA:

ES HIJO DE APOLINAR SANCHEZ Y DE MARIA LEONILDE ORDOÑEZ .

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE Leiva Nar.

Alfonso Tovar C.

Nombre Registrador Municipal

Firma y Sello

Registraduría Municipal del Estado Civil Leiva - Nar.

F-4100-020

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

CERTIFICO

Que la presente fotocopia corresponde al original que he tenido a la vista.

Puerto Tejada, 25 ABR 1991

El Notario,

EDGAR ARTURO [illegible]

NOTARIA DEL CIRCULO PUERTO TEJADA CAUCA

Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero
Agencia Pto. Tejada Cauca

25 ABR 1991

Revisor Sabastio Bonilla

República de Colombia

Florida - Valle

Carrera 18 No. 9-25 Tel. 2437

Caja de Crédito Agrario, Industrial y Minero
Autorizado Pro. 2181 de 1964
25 ABR 1991
Revisor Sabelda Sandoval

EL SUSCRITO NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE FLORIDA - VALLE

C E R T I F I C A:

Que el Tomo III Folio 15534472 se halla el Acta de Nacimiento de: RUBELY SANCHEZ ORDOÑEZ

Sexo FEMENINO Lugar FLORIDA (VALLE)

Fecha Nacimiento: ENERO 15 de 1.990

Hijo de: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

MARIA DIONILDE ORDOÑEZ BASTIDAS

Fecha de Expedición ENERO 03 de 1.991

Válido para: SUBSIDIO

NOTA HIJA LEGITIMA

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL

EXENTO TIMBRE Y PAPEL SELLADO LEY 2a. DE ENERO 21 DE 1976

DR. JORGE HECTOR ZAMBRANO MELO
NOTARIO

NOTARIA DEL CIRCULO
FLORIDA - VALLE

vcnco.-

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

C E R T I F I C O

Que la presente fotocopia corresponde al original que he tenido a la vista.

Puerto Tejada, 25 ABR 1991

El Notario,

EDGAR ARTEAGA

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO
PUERTO TEJADA
CAUCA

CERTIFICA:

Que en el SERIAL NRO 5894909

Se encuentra el Registro Civil de ROLANDO SANCHEZ ORDOÑEZ

Sexo MASCULINO Nació en este municipio el día 10

del mes de MARZO De mil novecientos

NOVENTA Y UNO 1991 Hijo RECONOCIDO

Del señor: APOLINAR SANCHEZ.

Y la señora: MARIA DIGNILDE SANCHEZ.

Se expide para: DOCUMENTOS

Exonerado de papel sellado y timbre nacional Ley 2a. de 1976
Decreto 1260 de 1970

Puerto Tejada 19 MAR. 1991

XIMENA PATRICIA VALENCIA U

NOTARIA ENCARGADA

Edgar Arturo Ramírez Montero
Notario Uni

RCNB-
M0100106616400030003

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA - Cauca

C E R T I F I C O

Que la presente fotocopia corresponde al original que he

25 ABR. 1991

El Notario,

EDGAR ARTURO RAMIREZ MONTERO

NOTARIA DEL CIRCULO PUERTO TEJADA CAUCA

Oficina de Registro Nacional
Agencia Bco. Popular
25 ABR. 1991
Revisor Solicitud Familiar

ALCALDIA MUNICIPAL
LEIVA

ROMA-

M0100105515400030001

EL SUSCRITO ALCALDE MUNICIPAL DE LEIVA NARIÑO

C E R T I F I C A :

Que en el libro civil de matrimonios a Folio No. 194, se encuentra el siguiente acta:

"APOLINAR SANCHEZ ORDOÑES Y MARIA DIONILDE ORDOÑES BASTIDAS.-

En La República de Colombia, Departamento de Nariño-Municipio de Leiva, a las 11 de la mañana, del día veintitres del mes de septiembre de mil novecientos ochenta y siete (1.987)., contrajeron matrimonio civil en el Juzgado Promiscuo Municipal de Leiva Nariño, el señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑES, de 25 años de edad, natural de la Florida Leiva, Republica de Colombia, vecino del Municipio de Leiva, de estado civil anterior soltero, de profesión agricultor y la señorita MARIA DIONELDA ORDOÑES BASTIDAS de 18 años de edad natural del Cucho Leiva, Republica de Colombia, vecina del Municipio de Leiva, de estado civil anterior soltera, de profesión oficios domesticos, la ceremonia la celebró el Juez Promiscuo Municipal de Leiva - El Contrayente (Fdo) APOLINAR SANCHEZ C.C. No.5.242.615 de El Palmar Leiva. La Contrayente (Fdo). MARIA DIONILDE ORDOÑES C.C. No. 59.760.014 Cañaduzal Leiva .El Testigo (Fdo). ilegible C.C. No. 13.078.089 de Leiva Nariño .El - Testigo (Fdo). ALIRIO SANCHEZ. C.C. No. 13.078.152 de -- Leiva Nariño. Hay firma y sello del funcionario que extiende el Acta.

Es fiel copia tomada de su original. Expedido hoy veintitres de septiembre de mil novecientos ochenta y siete -- (1.987).

EDUARDO ARAUJO CARROS
Alcalde Municipal

NOTARIA UNICA DE PUERTO TEJADA C.
CERTIFICO
Que la presente fotocopia corresponde al original
MAR 25 1992
El Notario
Edgar Arturo Ramírez Montaño

NOTARIA DEL CIRCULO
CAUCA

XIMENA PATRICIA VALENCIA
NOTARIA ENCARGADA

RCNA-
M0100106616400030002

EL SUSCRITO REGISTRADOR MUNICIPAL DE LEIVA NARIÑO

C E R T I F I C A :

Que en el libro de Registro Civil de Nacimiento Fol. No. 268 fecha de inscripción 12 de Mayo de 1962, se encuentre inscrito APOLINAR SANCHEZ, hijo de ALEJANDRINA ORDOÑEZ, y de ISMAEL SANCHEZ, de sexo masculino, nacido en la vereda La Florida el 4 de Mayo de 1962.

Se expide de conformidad con el Decreto Ley 1260 de 1970

Leiva, 14 de Diciembre de 1990.

Alfonso Tovar Castro
Registrador Municipal

Que la presente fotocopia es fiel y exacta del original que he tenido a la vista.
OCT 23 1991
El Notario

Santafè de Bogotá, Noviembre 28 de 1.996.
BEN,0396, M.P.P.

COM-
M0100105S15400010017

PARA: **AGENCIA DE CALI**
ATN: MARTHA LUCIA ARIAS
DIRECCION OPERATIVA

DE: **GERENCIA DE BENEFICIOS**
Dr. ORLANDO PALACIOS

ASUNTO: **ACLARACION CASO MAYAGUEZ S.A.**

Apreciado señorita,

De acuerdo con las dificultades que se han presentado en cuanto a la interpretación del caso de la referencia, nos permitimos realizar las siguientes precisiones:

1. De conformidad con el dictamen que profirió la entidad PREVENSEG, se le dio una calificación del 56.85 %, es decir, se le concedió al Sr. APOLINAR SANCHEZ la calidad de invalido al mencionado señor, en la medida en que alcanzó a cumplir los parámetros fijados por el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993. Lo anterior, fue notificado al Sr. APOLINAR SANCHEZ, de acuerdo con comunicación de fecha Octubre 31 de los corrientes, remitida a través de comunicación de la misma fecha a ustedes para su respectiva entrega.

Es importante anotar, que el contenido del dictamen otorgado por PREVENSEG, es de carácter confidencial de conformidad con lo establecido en la legislación vigente, salvo, que el mismo sea solicitado formalmente y en forma directa por el afectado.

2. En cuanto al monto mensual de la pensión de invalidez depende del grado de incapacidad y se determina de la siguiente manera:

a) Incapacidad igual o superior al 50% e inferior al 66%:

- 45% del IBL.
- Más el 1.5% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 500,

b) Incapacidad igual o superior al 66%:

- El 54% del IBL.

- Más el 2% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800.
Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación IBL y en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual. En 1.996 $ 142.125

En el caso que nos ocupa se tendría que aplicar lo indicado en ordinal a), por tratarse de una incapacidad superior al 50% pero inferior al 66%, es decir: 56.85 %.

3. En lo relacionado al reconocimiento y pago de la pensión de invalidez, la misma se reconocerá a solicitud de parte interesada y comenzará a pagarse, en forma retroactiva, desde la fecha en que se produzca tal estado.

Pero, para proceder a realizar el pago de la pensión por invalidez, se hace necesaria la remisión de los documentos solicitados por esta Sociedad, de conformidad con los parámetros fijados por la legislación para el efecto. Dichos requisitos han sido solicitados en las siguientes fechas respectivamente:

a. 16 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Gerente General de Manyaguez S.A..
b. 31 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Sr. Apolinar Sánchez Ordoñez.
c. 22 de noviembre de 1.996, en comunicación remitida al Gerente General de Manyaguez S.A..

Por tanto, hasta que no se cumpla con la remisión de los requisitos exigidos en las comunicaciones enunciadas, el Fondo de Pensiones Colpatria, se encuentra en imposibilidad jurídica de iniciar los pagos respectivos, siendo preciso aclarar, que los mismos se harán en forma retroactiva a la fecha en la cual se le concedió la calidad de invalido.

Como consecuencia de lo anterior, es indispensable tratar de obtener en el menor tiempo posible la consecución de los mismos.

Adicionalmente, nos permitimos resaltar el carácter de " Urgente ", que tiene el envío de la Certificación que deberá expedir el empleador en donde consta: La fecha de ingreso, de retiro, cargo desempeñado , horario de trabajo y último salario devengado.

En espera de haber aclarado las dudas presentadas.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

GRI -330-96

COM-
M010010S51S400030018

Candelaria, 4 de Diciembre de 1996

Doctor
JOSE ORLANDO PALACIO R.
Gerente de Beneficios
Pensiones y Cesantías Colpatria
Carrera 7a # 24-89 Piso 46
Santa Fé de Bogotá

En referencia a su carta BEN-0380 mnl Noviembre 22 de 1996 y en particular sobre la invalidéz de nuestro trabajador Apolinar Sánchez Ordoñez, me permito comunicarle que por legislación laboral es indispensable que primero se produzca oficialmente la calificación de invalidéz, se notifique a la Empresa el porcentaje de la misma, la clase de invalidéz temporal, definitiva o a plazo determinado para revisión, el valor mensual o cuantía final si es un solo pago etc.

Con los anteriores datos la Empresa definirá la cancelación del contrato avisando al trabajador con anticipación de 15 días mínimo.

La cancelación del contrato es una consecuencia de la calificación de invalidéz y no se puede hacer a la inversa.

Atentamente,

Maryagutos A.

CARLOS MOLINA CABAL
Gerente de Relaciones Industriales

Cotas: Dr. Alberto Montoya
Dra. Ana Cecilia Giraldo
Folder Trabajador
Consecutivo

Luz Nila M.

Recibido Caja
Dic. 20 1996

CFS-
M0100106616400110019

CERTIFICACION

EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL DEL INGENIO MAYAGUEZ

Hace constar que: EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

identificado con la cédula de ciudadanía No. 5.242.615 de

LEIVA-NARIÑO esta (XXXXX) estuvo ( ) vinculado (a) a esta

Empresa desde el: 22 DE ENERO DE 1992

Desempeñando el cargo de: LABORES DE CAMPO

asignación diaria de : SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS CON 0.12 M/CTE.

($ 7.173.12) mensual de: DOSCIENTOS QUINCE MIL CIENTO NOVENTA Y TRES

PESOS CON 0.60 MDA/CTE. ($ 215.193.60).

Tipo de Contrato: INDEFINIDO

Mayagüez S.A.

OBSERVACIONES

EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ SE ENCUENTRA A LA FECHA LABORANDO EN LA EMPRESA CON UN HORARIO DE LUNES A MIERCOLES DE 6:00 A.M. a 11:00 A.M. y de 12:00 M a 5 :00 P.M. (10 horas) JUEVES Y VIERNES DE 6:00 A.M. a 11:00 A.M. y de 12:00 M a 4 :00 P.M. (9 horas)

mayagüez s. a.

Ana Cecilia Giraldo V.

ANA CECILIA GIRALDO V.
Directora División de Personal

AUTORIZADA Y SELLO FECHA

FECHA Diciembre 13 de 1996

Santafe de Bogotá, Diciembre 23 de 1.996.
BEN,0452,M.P.F.

COM-
M0100105616400030020

DOCTOR
CARLOS MOLINA CABAL
GERENTE DE RELACIONES INDUSTRIALES
MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA

MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA
FIR. D
4:58 PM '97

Respetado Doctor,

En atención a su comunicación de fecha cuatro (4) de diciembre de los corrientes, procedemos a realizar el análisis jurídico que soporta la petición realizada por esta Sociedad, a través de la comunicación denominada BEN-0380-m.n.L, en los siguientes términos:

1. De conformidad con lo indicado en el artículo 62, se establece: " Terminación del contrato por justa causa. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo: a) Por parte del patrono: ... 14) El reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación o invalidez estando al servicio de la empresa. "

2. Es importante observar, los planteamientos de la jurisprudencia con relación a lo indicado en el artículo 62, numeral 14, a saber:

" **La pensión que justifica al despido debe otorgarse cuando el trabajador está aún al servicio de la empresa.** Lo que la ley instituye como justa causa de terminación unilateral del contrato de trabajo es el reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación por parte del patrono o de la pensión de vejez por parte del Instituto de Seguros Sociales. Este reconocimiento equivale al otorgamiento de la pensión, y no puede confundirse con el simple cumplimiento de los presupuestos legales que dan derecho a exigirla o imponen la obligación de reconocerla y pagarla. El propósito inequívoco del legislador fue el de que no existiera solución de continuidad entre la cesación en el pago del salario y el comienzo del pago de la pensión y por ello exigió que el reconocimiento se efectuase antes de que se produjera la desvinculación del trabajador, o, en sus propias palabras, " estando al servicio de la empresa ", de tal suerte que al ponérsele fin al contrato estuviese en condiciones de percibir inmediatamente el valor de la pensión en sustitución del salario. (El subrayado es nuestro).

Sin estas consideraciones muy seguramente no habria podido consagrar como justa la aludida causal, pues precisamente de ellas, y sólo de ellas, se deriva su justificación. Lo contrario, esto es, permitir que el trabajador sea sometido a permanecer algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago oportuno de pensión, habría resultado flagrantemente injusto.

La circunstancia de que la pensión sea de cargo de los Seguros Sociales no autoriza al patrono para prescindir de los servicios del trabajador sin que previamente se le haya reconocido, ni hace inoperante la causal en el evento de que éste no gestione su reconocimiento. ". (El subrayado es nuestro).

De lo anterior, se desprende claramente:

a. El espíritu de la legislación se orienta a establecer que el trabajador al estar prestando el servicio para el cual fue contratado y se le concede la calidad de invalido (o pensionado por vejez o sobrevivencia), una vez se termine el contrato de trabajo, se sustituye el pago del salario por el pago de la mesada pensional correspondiente. Evitando con ello atentar contra los intereses del trabajador, por permitir con esta causal justa de terminación de contrato de trabajo que el empleado permanezca por algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago de su pensión., convirtiéndose en una causal injusta de despido y contraria a la sana crítica y a la esencia del derecho.

b. Es muy importante distinguir entre el reconocimiento de la calidad de pensionado, terminación del contrato de trabajo y el pago de la mesada pensional en sí misma. Como puede observarse la jurisprudencia es enérgica al exigir que exista relación de continuidad entre el momento en el que se produce el reconocimiento del estado de invalidez y el de terminación del contrato de trabajo, como se sustenta en el ordinal a. enunciado anteriormente; es decir, el reconocimiento se deberá dar cuando el trabajador aún se encuentra al servicio de la empresa respectiva, y una vez se da lugar a la desvinculación se procede con la tercera etapa de éste proceso que es el pago. Se procede al pago de la mesada pensional: En primer término: Se da el reconocimiento. En segundo término: Se desvincula el trabajador de la empresa. En tercer término: El salario se sustituye por el pago de la correspondiente mesada pensional. Como consecuencia de lo anterior, es claro discernir que según la interpretación que da la Jurisprudencia, separa cada uno de los momentos descritos, buscando como mecanismo de protección a los intereses de los trabajadores, que no se de primero la desvinculación laboral y luego el reconocimiento de la pensión, porque seria injusto que se desamparara al trabajador que se ve afectado por una incapacidad.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que el reconocimiento se produce como consecuencia de la solicitud de parte interesada, se comenzará a pagar en forma retroactiva, desde la fecha en que se produce tal estado.

---

3. Por tanto y como consecuencia de los anteriores planteamientos, se solicita nuevamente la fecha a partir de la cual se dio por terminado el contrato de trabajo, ya que una vez se ha reconocido el estado de invalido al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ (Primera etapa), se procede con la desvinculación laboral (Segunda etapa), para poder proceder con el pago de la mesada que ha sido reconocida.

Creándose la relación de conformidad entre la primera (reconocimiento) y segunda etapa (desvinculación) y así dar origen a la tercera etapa que es la consecuencia de todo el proceso: Pago de la mesada pensional. En ese orden de ideas no habría lugar al despido sin justa causa, por tratarse de una sustitución de conformidad con lo establecido por la Jurisprudencia porque en forma inmediata se procede al pago de la mesada pensional.

La C.S.J , Cas. Laboral, Sent.jun.10/87, indica: " **El reconocimiento de la pensión es justa causa de despido.** EL artículo 7o. numeral 14 del literal a) del Decreto Legislativo 2351 de 1.995 erige como justo motivo para que el patrono pueda fenecer un contrato de trabajo el hecho de reconocerle pensión de jubilación o invalidez a quien prestaba sus servicios, y el artículo 3o. de la Ley 48 de 1.968 que le dio vigencia permanente a este decreto, añade en su ordinal 6o. que el reconocimiento pensional por jubilación que legitima el despido del asalariado es el que regulan los artículos 260 del Código Sustantivo del Trabajo y 11 del Decreto 3041 de 1.966. ".

4. En comunicación de fecha Octubre 31 de 1.996, se notificó al Sr. Apolinar Sánchez Ordoñez con copia a su compañía, que se le reconoció el estado de invalidez con una calificación del 56.85 %, por tanto se da cumplimiento a lo establecido por el artículo 38 de la Ley 100 de 1.993. En razón de lo anterior, se cumple el precepto a través del cual se debe realizar el reconocimiento del estado de invalidez, estando el trabajador al servicio de la empresa. Procediendo una vez se desvincule al pago de la mesada que le corresponde por su estado de invalido.

Es importante anotar, que se notificó directamente al afectado el porcentaje de calificación, pero dicha comunicación se remitió con copia a ustedes, por tanto, se surtió la notificación del porcentaje calificado.

Adicionalmente, nos permitimos informarles que la fecha en la cual se reconoció el Estado de invalidez, por PREVENSEG, entidad legalmente autorizada para el efecto., fue el día 20 de octubre 1.996.

5. Es importante aclarar, que la agilidad en el cumplimiento de los requisitos exigidos por la AFP Colpatria, facilita y acelera el proceso de pago de la mesada pensional a que tiene derecho el Sr. Sánchez Ordoñez. Los requisitos relacionados en el memorando de fecha octubre 16 de 1.996, con radicación BEN, 0323-M.P.P., fueron allegados a la A.F.P. Colpatria el día 26 de diciembre de los corrientes, quedando pendiente la certificación que deberá expedir la empresa, de conformidad con las siguientes solicitudes:

a. 31 de octubre de 1.996, en comunicación dirigida al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, con copia a la empresa.

b. 22 de noviembre de 1.996, en comunicación dirigida al Dr. Germán Jaramillo, Gerente General de Mayagüez.

Los requisitos que debe contener la misma son los siguientes: Fecha de ingreso, fecha de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y último salario devengado.

6. En lo relacionado con el cálculo y el monto de la pensión, dependerán el primero de los factores que a continuación se explican y en el segundo no será inferior a un salario mínimo legal mensual, su determinación estará sujeto a los datos de la historia laboral y del salario promedio de los últimos 10 años .

De conformidad con los parámetros fijados por el artículo 40 de la ley 100 de 1.993, se deberá proceder en los siguientes términos:

a) Incapacidad igual o superior al 50% e inferior al 66%:

- 45% del IBL.
- Más el 1.5% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 500,

b) Incapacidad igual o superior al 66%:

- 54% del IBL.
- Más el 2% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación IBL y en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual. En 1.996 $ 142.125. El pago de la mesada pensional se realizará en forma mensual.

En el caso que nos ocupa se tendría que aplicar lo indicado en el ordinal a), por tratarse de una incapacidad superior al 50 % pero inferior al 66%, es decir: 56.85%.

7. Es importante aclararle, que el estado de invalidez de una persona puede aumentar o disminuir o simplemente desaparecer, de acuerdo con la patología de la enfermedad que sufre el afiliado, por lo mismo la ley prevé un mecanismo de revisión:

Artículo 44. Revisión de las pensiones de Invalidez.

" El estado de invalidez podrá revisarse:

a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa. ".

En espera de haber aclarado las dudas presentadas en el caso que nos ocupa, cualquier aclaración adicional, podrá remitirla a la Carrera 7 No. 27-52, piso 7. Gerencia de Beneficios, teléfono 2 86 00 17, Santafé de Bogotá.

Cordialmente,

P/ JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

c.c. Expediente.

Mayaguez, enero 17 de 1997
OPT-025-97

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Ficha: 2498-56
El S. M.

COM-
M0100106616400030021

Nos permitimos informarle que PENSIONES Y CESANTIAS COLPATRIA mediante la comunicación BEN,0452,M.P.P. del 23 de diciembre de 1996, a partir del 20 de octubre de 1996, le ha concedido la pensión por invalidez. De acuerdo con lo anterior la Empresa se acoge al Decreto Ley Nº 2351/65 Artículo 7o. Literal A Numeral 14 y da por terminado su contrato de trabajo con justa causa.

Nos permitimos darle aviso de la finalización de su contrato de trabajo, con anticipación de quince (15) días, contados a partir del día siguiente de la notificación a usted de esta determinación. Al mismo tiempo la Empresa agradece la prestación de sus servicios durante todos estos años.

Procédase a la liquidación por retiro a partir del 03 de febrero de 1997.

En constancia se firma ante testigos a los 17 días del mes de enero de 1997.

Nota: Su pensión corre por cuenta integra y exclusiva de Pensiones y Cesantías Colpatria, sin que sea compartida con la Empresa MAYAGUEZ S.A.

Atentamente,

mayaguez s.a.

DIRECTORA DIVISION DE PERSONAL

TRABAJADOR NOTIFICADO

TESTIGOS:

Copies: Gerente Regional Dra. Ma. Fernanda Gonzalez Saez de Pensiones y Cesantias Colpatria, Ing. Oscar Ochoa, , Sra. Sonia Osorio, Folder Jubilados, Archivo trabajador, Sindicato de Dulce, Consecutivo.

luz/nelly

enero 23 de 199?

COM-
M0100106515400030022

Señores colpatria:

Me permito saludarles tambien para comunicarles en cuanto a lo relacionado al pago de la pensión. Ustedes despues de yo haberles pedido que me remitieran el pago de pension a florida valle me pidieron que les comunicara cuantas entidades existian en dicho lugar me permito comunicarles existen en desarrollo, el banco de colombia, el banco de bogota, coomgabal, la caja agraria.

Atentamente Apolinar castes

5202645 Cerro-N.

Santafè de Bogotá, febrero 24 de 1.997.
BEN-0132-mnl

Señor:
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Calle 8 No. 1-31 Piso 2
Cali

COM-
M0100106616400030023

Apreciado Señor:

Con base en los parámetros fijado en la Ley 100 y demás Decretos Reglamentarios, procedemos a fundamentarle jurídicamente las razones por las cuales esta Sociedad debe velar porque se realicen los correspondientes aportes al **Sistema de Seguridad Social en Salud**, cuya finalidad es vigilar y garantizar su protección, a saber:

1. La ley 100 de 1.993, en su artículo 11 denominado campo de aplicación establece: " El sistema General de Pensiones, con las excepciones previstas en el artículo 279 de la presente ley, se aplicará a todos los habitantes del territorio nacional, conservando adicionalmente todos los derechos, garantías, prerrogativas, servicios y beneficios adquiridos y establecidos conforme a disposiciones normativas anteriores para quienes a la fecha de vigencia de esta ley hayan cumplido con los requisitos para acceder a una pensión o se encuentren pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sustitución o sobrevivientes de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus ordenes, del Instituto de Seguros Sociales y del sector privado en general.

2. El artículo 1 del Decreto 692 indica: " Sistema de Seguridad Social Integral. El sistema de seguridad social integral, está conformado por:
- El sistema General de Pensiones.
- El sistema de Seguridad Social en Salud.
- El sistema General de riesgos profesionales.

La afiliación a cada uno de los sistemas que componen el sistema de seguridad social integral, es independiente. No será requisito demostrar la afiliación a uno de estos sistemas para afiliarse a otro de ellos.
Cada afiliado, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1.993, podrá escoger de manera separada la entidad administradora del régimen de salud y del régimen de pensiones, a la cual deseen estar vinculados. Los pensionados podrán escoger libremente la entidad administradora del régimen de salud que prefieran. ".

3. En el Decreto 1298 en su artículo 39 se define el régimen de afiliación en los siguientes términos: " Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. Todo habitante del territorio nacional, participará en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A) AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:
1) Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos , los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata este Estatuto.
2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

B) VINCULADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivo de incapacidad de pago y mientras logran ser afiliados al régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrató con el Estado.

A partir del año 2.000, todas las personas deberán estar vinculadas al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de Salud.
PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos y controles para garantizar la universalidad de la afiliación.
PARAGRAFO 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

4. El artículo 146 del Decreto 1298, en desarrollo del artículo 143 de la Ley 100 de 1.993, establece:

" REGIMEN CONTRIBUTIVO. ...
El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en su concurrencia entre éste y su empleador. ".

5. El artículo 143 de la Ley 100 de 1.993, establece: " REAJUSTE PENSIONAL PARA LOS ACTUALES PENSIONADOS.

A quienes con anterioridad al 1o. de enero de 1.994 se les hubiere reconocido la pensión de vejez o jubilación, invalidez o muerte, tendrán derecho, a partir de dicha fecha, a un reajuste mensual equivalente a la elevación en la cotización para salud que resulte de la aplicación de la presente ley.

La cotización para la salud establecida en el sistema general de salud para los pensionados está, en su totalidad, a cargo de éstos, quienes podrán cancelarla mediante una cotización complementaria durante su periodo de vinculación laboral.

6. El artículo 5 del Decreto 1298 de 1.994, indica: " CARACTERISTICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ...
b) AFILIACION OBLIGATORIA. Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales, salvo las excepciones establecidas en el presente Estatuto. "

En el Capitulo 11, Derechos y Deberes, artículo 6, del Decreto 1298: " PRINCIPIO GENERAL.
Todo habitante del territorio nacional tiene el derecho a las prestaciones de salud, en los términos previstos en este Estatuto, y el deber de proveer a la conservación de su salud y de salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de la comunidad. ".

7. El Decreto 692 de 1.994, en su artículo 42, indica: " REAJUSTE PENSIONAL POR INCREMENTO DE APORTES EN SALUD.

En consecuencia, las entidades pagadoras de pensiones procederán a efectuar el reajuste previsto en este artículo por la diferencia entre la cotización que venían efectuando los pensionados y la nueva cotización del 8% que rige a partir de Abril de 1.993, o la que se determine cuando rija lo cobertura familiar, sin exceder del 12%.

Las entidades pagadoras deberán descontar la cotización para salud, y transferirlo a la E.P.S. o entidad a la cual esté afiliado el pensionado en salud. ... ".

Santafè de Bogotà, D.C., Abril 25 de 1997

Señores:
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES S.A.
Ciudad.

Apreciados Señores:

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado (a) con Cèdula de Ciudadanìa No. 5.242.615 de Leiva (Nariño) por medio de èste escrito declaro: **PRIMERO.** Que en mi condiciòn de pensionado por Invalidez de acuerdo al dictamen mèdico de fecha 20 de Octubre de 1996 emitido por PREVENSEG, me encuentro tramitando reclamaciòn ante Seguros de Vida Colpatria S.A. **SEGUNDO:** Que como quiera que la pensiòn de **invalidez** depende de la expediciòn del bono pensional y del pago de la garantìa estatal de pensiòn mìnima por parte del Gobierno Nacional, los cuales no han sido expedidos a la fecha, acepto recibir a cuenta de indemnizaciòn futura, pagos provisionales equivalentes al valor de la mesada pensional a la que tendrìa derecho, una vez se expida el Bono Pensional y el Gobierno Nacional pague el valor de la garantìa estatal. **TERCERO:** Que como consecuencia de lo anterior declaro recibido el cheque No. por valor de **1.114.395.oo** girado contra el Banco Colpatria de esta ciudad, por concepto de **Mesada de Noviembre/96 a Diciembre/96 cada una por valor de $142.125 para un total de $284.250;y Mesada adicional de Diciembre/96 por valor de $ 142.125;Mesada de Enero/97 a Abril/97 cada una por valor de $ 172.005 para un total de $ 688.020.** **CUARTO:** Que hasta tanto se acrediten las sumas restantes requeridas para el pago de la pensiòn, **declaro a Paz y Salvo a Seguros de Vida Colpatria S.A y a Colpatria Sociedad Administradora de Fondos de Cesantias y Pensiones S.A** por cualquier concepto relacionado con la pensiòn de la cual soy beneficiario y que me encuentro tramitando.

Atentamente,

Apolinar Zonnez
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C No. 5242.615

Santafè de Bogotà, D.C., Abril 24 de 1997
BEN-316-imcc

COM-
M0100106616400200025

PARA : ***OFICINA cali***
Atn : Sta. Martha Lucia Arias

ASUNTO: ***REMISION CARTA LEGALIZACION PENSIÓN DE INVALIDEZ***
Sr.APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Apreciados Señores:

Para legalizar el pago realizado por ustedes al afiliado en referencia, por valor de ***$ 1.114.395.oo*** *correspondiente al pago retroactivo de las mesadas pensionales por invalidez, enviamos :*

La carta de aceptación, la cual deberá ser firmada por el beneficiario de la pensiòn, con nùmero de documento de identidad y colocando huella dactilar.

Realizada la entrega del cheque deberàn enviar por correspondencia interna a la Gerencia de Beneficios:

- *Original del comprobante de pago debidamente firmada.*
- *Original carta de aceptación debidamente firmada.*

Les aclaramos que el proceso seguido por ustedes para este pago, contraviene los procedimientos establecidos para estas casos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Gerencia de Beneficios

Adjunto: Lo enunciado

C.C. VICEPRESIDENCIA DE TECNOLOGIA Y OPERACIONES - Dr. Gustavo Von Walter

SEGUROS DE VIDA

SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. — COLPATRIA

COMPROBANTE DE PAGO No. 259-97

CONCEPTO DE: PAGO INDEMNIZACION

AÑO 97 MES 04 DIA 25

LOCALIDAD Y CODIGO		
BOGOTA SAN DIEGO 084	POLIZA PIS - 004	LOC 006

CUENTA		DEBITO	CREDITO	
510210055001	084	1.114.395		
111505319084			1.114.395	P 1652317

PAGUESE A: COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT. 800.139.690-2
TOMADOR : COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
ASEGURADO : APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
STRO. 95-97 DE 96-10-20
ANULA Y REEMPLAZA EN TODAS SUS PARTES AL CHEQUE NO. 1652301
MAL GIRADO

1.114.395

APROBADO POR — RECIBI — C.C. ó NIT — FIRMA Y RELACION

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías
NIT. 800.139.690-2

SEGUROS DE VIDA — COLPATRIA

CHEQUE No. 1652317

PAGUESE AL PRIMER BENEFICIARIO POR CAJA O CANJE

DIA 25 MES 04 AÑO 97 $ 1.114.395

PAGUESE A: COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS

LA SUMA DE: UN MILLON CIENTO CATORCE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO M/CTE

COLPATRIA

BANCO COLPATRIA

CTA. CTE. No. 01210-65-7

FIRMA(S)

Santafé de Bogotá, abril 25 de 1.997
BEN - 0330 op

CER-
M0100106616400070026

PARA : GERENCIA DE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO
At. Dr. Gerardo López

ASUNTO: CONSIGNACIÓN CHEQUE No.: 1652301 EN LA CUENTA DE COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA

Apreciados señores:

Atentamente les solicitamos consignar en la cuenta de COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTÍAS Y PENSIONES S.A., el cheque numero 1652301, girado por un valor de $1.114.395, para cubrir el pago realizado por nuestra oficina de Cali, en el dia de hoy, por concepto de Mesadas Pensionales provisionales del afiliado por Invalidez, señor: Apolinar Sánchez Ordoñez, identificado con la cédula número: 5.242.615.

Les agradecemos de antemano su colaboración.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO P.
Gerente de Beneficios

Copia: Tesorería Operativa. Dra Aracely Vasquez

SEGUROS DE VIDA
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

COLPATRIA

COMPROBANTE DE PAGO No. 259-97

LIQUIDACION DE: PAGO INDEMNIZACION

FECHA: AÑO 97 MES 04 DIA 25

LOCALIDAD Y CODIGO		
BOGOTA SAN DIEGO 084	POLIZA PIS - 004	LOC BOG

CUENTA	DEBITO	CREDITO	
510210055001 084	1.114.395		
111505319084		1.114.395	P 1652301

COMPROBANTE

PAGUESE A: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ C.C. 5.242.615
TOMADOR : COLPATRIA SOC. ADMIN. DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
ASEGURADO : APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
SINIESTRO 95-97-4 DE 96-10-20

TOTAL A GIRAR $ 1.114.395

REVISADO POR:	APROBADO POR:

RECIBI _____ FIRMA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

C.C. ó NIT. _____

FORMA V-1 22 JUNIO/95

Santafè de Bogotà, Abril 28 de 1997

BEN-332-imcc

PARA : SUCURSAL CALI

Sta. Martha Lucia Arias

COM-

M0100106616400030027

ASUNTO : TRAMITE EN SALUD Sr. APOLINAR SANCHEZ

De acuerdo a conversacion telefònica y para continuar con el tramite de pensiòn de nuestro afiliado Sr. Apolinar Sanchez, requerimos:

- DILIGENCIAR Y PRESENTAR FORMULARIO DE INSCRIPCION ANTE EL I.S.S. EN SALUD.

Para llevar a cabo el enterior trámite, adicional a la fotocopia de la cedula de ciudadania del afiliado, se requiere la siguiente informacion:

1. PENSIONADO POR : FONDO DE PENSIONES COLPATRIA
2. NIT : 800.229.361-0
3. INGRESO MENSUAL : $ 172.005.oo

Cordialmente;

JOSE ORLANDO PALACIO P.

Gerente de Beneficios

Santafè de Bogotà: AGO 11 - 97 de 1997

Oficina o dependencia:
Cali

Atn. Martha Lucia Arias

¡URGENTE!

REF. SINIESTRO SR(A) Apolinar Sanchez Ordoñez

Realizado el estudio preliminar de la reclamaciòn de pensiòn del afiliado en referencia, recibida el dia _____ se encuentran pendientes los siguientes documentos para tramitar:

- ☐ Auxilio Funerario
- ☐ Pension de sobrevivientes
- ✱ Pensiòn de invalidez

COM-
M0100109S15400100028

ESTADO ACTUAL DEL SINIESTRO

Docum. estudio	En objeción	Docum. pendientes	En calificación	Aseguradora	Pago mesada
				✓	

DOCUMENTOS PENDIENTES

1. Copia afiliacion al ISS en salud
2.
3.
4.
5.

RECOMENDACIONES

1. La documentaciòn requerida **SIEMPRE** debera ser solicitada por escrito a los beneficiarios
2.
3.
4.

Cualquier aclaraciòn adicional comunicarse de inmediato con la Gerencia de Beneficios 2860017 / 2862054

" IMPORTANTE: LES RECORDAMOS QUE PARA EL TRAMITE AGIL DE LA PENSIÒN ES NECESARIO PRESENTAR COMPLETA LA DOCUMENTACIÒN. ES PARTE DE NUESTRA GESTION".

Favor atender esta comunicaciòn antes de las 10:00am

Gerencia de Beneficios

Santafè de Bogotà; Abril 30 de 1997

Oficina o dependencia
Cali

Atn. Martha Lucia Arias

¡URGENTE!

REF. SINIESTRO SR(A) Apolinar Sanchez ; Edilberto Torres.

Realizado el estudio preliminar de la reclamaciòn de pensiòn del afiliado en referencia, recibida el dia _____ se encuentran pendientes los siguientes documentos para tramitar :

- ☐ Auxilio Funerario
- ☐ Pensiòn de sobrevivientes
- ☐ Pensiòn de invalidez

ESTADO ACTUAL DEL SINIESTRO

Docum. estudio	En objeciòn	Docum. pendientes	En calificaciòn	Aseguradora	Pago mesada

DOCUMENTOS PENDIENTES

1 Se debe reportar al ISS la novedad de Vinculación
2 en salud de los Srs. Apolinar Sanchez y Edilberto
3 Torres Arboleda; el NIT del empleador es 800229361-0
4 (Fondo de Pensiones Colpatria) y no el de la Sociedad
5 como aparece en las afiliaciones enviadas via fax (*)

RECOMENDACIONES

1 La documentaciòn requerida **SIEMPRE** debera ser solicitada por escrito a
los beneficiarios
2 Hacer el reporte al ISS por escrito el dia 30 de
3 marzo y enviar copia radicada en el ISS a la
4 Gerencia de Beneficios.

Cualquier aclaraciòn adicional comunicarse de inmediato con la Gerencia de Beneficios 2860017 / 2862054

" IMPORTANTE: LES RECORDAMOS QUE PARA EL TRAMITE AGIL DE LA PENSIÒN ES NECESARIO PRESENTAR COMPLETA LA DOCUMENTACIÒN. ES PARTE DE NUESTRA GESTION".

Favor atender esta comunicaciòn antes de 5:00 pm Abril 30

P/p

Gerencia de Beneficios

* Ver memorando BEN-332-imcc para corroborar trámite en salud señalado.

REPUBLICA DE COLOMBIA

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION E INSCRIPCION A LA E.P.S. - REGIMEN CONTRIBUTIVO
TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

LOS CAMPOS SOMBREADOS SE ENCUENTRAN AL REVERSO. ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMATO

FECHA: AÑO 97 MES 05 DIA 29

TRABAJADOR INDEPENDIENTE [ ]
PENSIONADO [ ]

TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

TIPO DE AFILIACION: INDIVIDUAL [ ] COLECTIVA [ ] FECHA DE AFILIACION AL SISTEMA 97 05 29

IDENTIFICACION DEL COTIZANTE

1er. APELLIDO: Sanchez. 2do. APELLIDO: Ordoñez NOMBRES: Apolinar

No. IDENTIFICACION: 5.242.615. PA [ ] TI [ ] FECHA DE NACIMIENTO 62 05 11 SEXO X F

DIRECCION RESIDENCIA: Av 5ta Nk # 2gN-69 TELEFONO 6670505 FAX

CIUDAD/MPIO: DEPARTAMENTO:

DIRECCION RESIDENCIA: Tarragona B/. La Esperanza. TELEFONO:

CIUDAD/MPIO: Florida DEPARTAMENTO: Valle

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PREVISION SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD O EPS: ISS CODIGO:

PUESTO DE PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD: CODIGO:

INFORMACION COMPLEMENTARIA

ACTIVIDAD ECONOMICA: COD. CIIU: ADM. RIESGOS PROF.: CODIGO:

CLASE: [ ] NIT: DIGITO: PRODUCTOR AGROPECUARIO [ ] NUMERO DE EMPLEADOS: TAMAÑO DE EMPRESA: MICRO [ ] PEQ [ ] MED [ ] GRA [ ]

TIPO PERFIL LABORAL TOTAL: AÑOS [ ] MESES [ ] TRABAJO: ALTURA [ ] CONFINADO [ ] NIVEL EDUCATIVO: OTRO [ ] APRENDIZ [ ] CERTIFICADO [ ] PRIMARIA [ ] SECUNDARIA [ ] TECNICO [ ] UNIVERSITARIO [ ] POSTGRADO [ ] FECHA O EMPLEADOR: TRABAJADOR CUENTA PROPIA [ ] INGRESO MENSUAL: $

AFILIACION DE PERSONAS A CARGO SU PENSION

INGRESO MENSUAL ORDINARIO O VALOR MESADA PENSIONAL: Ordinario

NUMERO DE IDENTIFICACION	TIPO	NOMBRES COMPLETOS BENEFICIARIOS (1er. APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRES)	SEXO M	SEXO F	FECHA DE NACIMIENTO AÑO	MES	DIA	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	AUS 4	AUS 5	USO EPS CLASE DE AFILIACION
2.329.150		Sanchez Ordoñez Leodan	X		89	10	19				X		NO
23.791.803		Sanchez Ordoñez Dani		X	96	9	14				X		
15.534.472		Sanchez Ordoñez Buddy		X	90	01	15				X		NO
8.240.909		Sanchez Ordoñez Ronaldo	X		91	05	10				X		
59.760.014		Ordoñez Bastidas Maria		X	69	07	19	X					

DIRECCION RESIDENCIA	TELEFONO	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	IPS	CODIGO
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle	FEP.	
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		
Tarragota B/La Esperanza		Florida	Valle		

(M0100105615400070029)

Apolinar sanchez
5.242.615 Tena (Nariño)

FIRMA Y C.C. TRABAJADOR

HUELLA AVENIDA

CIUDAD Y FECHA

USO EXCLUSIVO DE LA EPS

ANEXO CASO | GRABADO | VALIDADO

COD. 0407073101150

CAA LA FLORA PUESTO AFILIACION 003826

COLPATRIA

Santa Fe de Bogotá, junio 25 de 1997
SSD-388-DTC

Señores
FONDO DE PENSIONES COLPATRIA
Atn: Dr. Orlando Palacios
Santa Fe de Bogotá

DOCADI-
M01001066164000050030

REF: AJUSTE A LA SUMA ADICIONAL REQUERIDA
TOMADOR PENSIONES Y CESANTIAS COLPATRIA

Apreciados Señores:

En atención a la referencia adjunto entregamos cheque Nro 1231573 por concepto de valor ajuste a la suma adicional requerida para completar el capital pensional por valor total de $2.830.144, con el propósito de cubrir el valor del auxilio funerario para los siguientes siniestros que relacionamos a continuación:

NRO STRO	ASEGURADO	VALOR
76-96	OSCAR HERNAN JARAMILLO	$283.376
92-97	LUCILA ORTIZ RANGEL	$231.420
93-97	GUSTAVO A. TABARES	$297.254
94-97	EDILBERTO TORRES A.	$283.376
95-97	APOLINAR SANCHEZ	$301.023
97-97	MANUEL A. RODRIGUEZ	$290.080
98-97	HENRY OROZCO	$280.195
102-97	JAIME E. ROLDAN	$286.670
104-97	ALFREDO PEREZ DIAZ	$290.080
111-97	CARLOS L HOYOS	$286.670

A favor del FONDO DE PENSIONES COLPATRIA

Sin otro particular, los saludamos.

Cordialmente,

JAIME ARTURO PRIETO GONZALEZ
SUBGERENTE TECNICO COMERCIAL

SEGURIDAD SOCIAL- RIESGOS PROFESIONALES- MEDICINA LABORAL
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL – FUNDACION MAPFRE
MADRID - ESPAÑA
MIEMBRO PRINCIPAL JUNTA NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ 1994-2002

Bogotá 15 de febrero de 2007

DPC-
M0100105616400010031

Señores
BBVA HORIZONTE
PENSIONES Y CESANTIAS
COORDINACION
BENEFICIOS PENSIONALES

Referencia: Revisión Pensional

Respetados señores:

En relación con el asunto de la referencia, relacionado con el señor APOLINAR SANCHEZ, C.C. 5.242.615 , me permito manifestarle que por presentar diagnóstico de ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, le fue reconocida pensión de invalidez de origen común

Teniendo en cuenta que por sus características se trata de una lesión de carácter irreversible, considero que no es necesario realizar nuevas revisiones pensionales.

Atentamente,

RICARDO ALVAREZ C.
LIC. SO. 00886

Ortigal Cauca corregimiento de Miranda, 21 de Abril de 2012.

0059590
02630300595900002

Señores

HORIZONTE FONDO DE PENSIONES y CESANTIAS – antiguo COLPATRIA PENSIONES

KR 11 NO 87-51 PISO 7, Bogotá, Cundinamarca, Colombia

DERECHO DE PETICION: art 23 Constitucional.

DDP-
M0100106616402SA0032

Cordial saludo,

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma solicito respetuosamente a ustedes con base en el derecho de petición del art 23, se digne expedir COPIA AUTENTICA DE LA RESOLUCIÓN POR MEDIO DE LA CUAL SE ME PENSIONABA COMO TRABAJADOR del Ingenio Mayagüez en oficios varios en campo. Ella por supuesto es contentiva de la incapacidad laboral del 53. 6 % de invalidez emanada por Colpatria S.A.

Lo anterior se lo solicito con fines de trámites administrativos correspondientes. Pues al parecer aún permanezco activo en la empresa.

Me puede allegar contestación a la dirección Cra 19 Nro. 17 – 30 Puerto Tejada - Cauca

Al teléfono: 314 874 4050

Horizonte PALMIRA
11 MAY 2012
NOMBRE HORA

Apolinar Sánchez

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ.

C.C. Nro. 5.242.615 expedida en Leiva Nariño.

Dirección Alterna: en la ciudad de Popayán donde el señor Roosevelt Sotelo en la Calle 26 Norte Nro. 4A- 58 de la Ciudad de Popayán, Cauca.

2012-05-14
HORA
NOMBRE FUNCIONARIO
RADICACIÓN 20120514 1547 19 0070
RECIBIDO

COLPATRIA
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT.800.139.693 - 2

C.C. 5'242,615 SANCHEZ ORDOÑEZ APOLINAR SOL.01 PAG 1
Nacimiento 15/MAY/1942 Corrijala aqui si es el caso: (dd/ms/aa) / /
Administradora actual COLPATRIA Traslado al regimen 01/FEB/1995
Reposición anticipada por INVALIDEZ ocurrida el 20/OCT/1996

CSC

M0100109915400110008

CON AFILIACION ELISS (ARCHIVO MASIVO)

Afiliacion 5052426 15	Patronal 15050101039	INVERSIONES SANINT PELAEZ L	
29/OCT/1990	INGRESO		$48,040
01/ENE/1991	CAMBIO SALARIO		$55,450
01/ENE/1992	CAMBIO SALARIO		$61,950
14/FEB/1992	RETIRO		$61,950
Afiliacion 5052426 15	Patronal 04070104280	MAYAGUEZ S A (ALA)	
02/ENE/1992	INGRESO		$41,025
29/FEB/1992	RETIRO		$60,843
01/ABR/1992	INGRESO		$131,990
01/MAY/1992	CAMBIO SALARIO		$83,074
30/JUN/1992	SALARIO BASE		$83,074
01/JUL/1992	CAMBIO SALARIO		$125,233
01/AGO/1992	CAMBIO SALARIO		$108,682
01/SEP/1992	CAMBIO SALARIO		$103,717
01/OCT/1992	CAMBIO SALARIO		$115,039
01/NOV/1992	CAMBIO SALARIO		$101,816
01/DIC/1992	CAMBIO SALARIO		$113,448
01/ENE/1993	CAMBIO SALARIO		$110,038
28/FEB/1993	INIC LICENCIA		$115,701
01/MAR/1993	CAMBIO SALARIO		$107,211
01/MAR/1993	FIN LICENCIA		$115,701
01/ABR/1993	CAMBIO SALARIO		$153,471
01/JUN/1993	CAMBIO SALARIO		$116,939
31/JUL/1993	INIC LICENCIA		$205,257
01/AGO/1993	CAMBIO SALARIO		$143,759
01/AGO/1993	FIN LICENCIA		$205,257
01/SEP/1993	CAMBIO SALARIO		$152,630
01/OCT/1993	CAMBIO SALARIO		$139,957
01/NOV/1993	CAMBIO SALARIO		$115,695
01/DIC/1993	CAMBIO SALARIO		$141,436
31/ENE/1994	INIC LICENCIA		$159,599
01/FEB/1994	CAMBIO SALARIO		$112,948
01/FEB/1994	FIN LICENCIA		$159,599
01/MAR/1994	CAMBIO SALARIO		$159,606
31/MAR/1994	INIC LICENCIA		$145,212
01/MAY/1994	FIN LICENCIA		$145,212
31/MAY/1994	INIC LICENCIA		$154,102
01/JUN/1994	FIN LICENCIA		$154,102
30/JUN/1994	INIC LICENCIA		$183,145
01/JUL/1994	CAMBIO SALARIO		$177,485
01/JUL/1994	FIN LICENCIA		$183,145
31/AGO/1994	INIC LICENCIA		$167,291
01/SEP/1994	FIN LICENCIA		$167,291
29/SEP/1994	INIC LICENCIA		$192,997

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. OFICINA DE BONOS PENSIONALES

PERIODO		
APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ MAYAGUEZ CALI - VALLE DEL CAUCA TELS: 823238 - 823238 MAYAGUEZ S A	DESDE: 1994/04/01	HASTA: 1997/04/09
	No. DE DOCUMENTO 5.242.615	RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
...VIENE			

RESUMEN DE LA CUENTA INDIVIDUAL		
	UNIDADES	PESOS ($)
SALDO INICIAL	0,000000	0,00
ABONOS A CUENTA	112,496880	227.621,90
RENDIMIENTOS		59.698,46
SALDO FINAL	112,496880	287.320,36

VALOR UNIDAD	
VALOR INICIAL	VALOR FINAL
1.000,000000	2.554,029605

FECHA AFILIACION : 1997/03/13

FONDO DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT. 800.155.650-2

APOLINAR SANCHEZ CARDONEZ
KAYABUEI
CALI - VALLE DEL CAUCA
TELS: 823238 - 823239
KAYABUEI S A

PERIODO

DESDE: 1994/04/01 HASTA: 1997/04/09

No. DE DOCUMENTO	RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL
5.242.515	PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
...VIENE			
96/11/07	$33.865	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Oct/96	4.841,00
96/11/07		PRIMA DE SEGURO	755,04
96/11/07		COMISION ADMINISTRADORA	502,93
96/12/09	$197.211	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Nov/96	26.630,00
96/12/09		PRIMA DE SEGURO	4.162,44
96/12/09		COMISION ADMINISTRADORA	2.791,63
97/01/07	$193.675	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Dic/96	25.146,00
97/01/07		PRIMA DE SEGURO	4.067,16
97/01/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.711,44
.2/07	$232.529	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ene/97	31.391,00
./02/07		PRIMA DE SEGURO	4.925,04
97/02/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.255,36

CONTINUA...

APOLINAR SANCHEZ ORDONEZ
MAYAGUEZ
CALI - VALLE DEL CAUCA
TELS: 823238 - 823239
MAYAGUEZ S A

PERIODO

DESDE: 1994/04/01 HASTA: 1997/04/09

No. DE DOCUMENTO | RENTABILIDAD DEL FONDO EN EL
5.242.615 | PERIODO 97/01/01 AL 97/03/31: 37,05 E.A.

FECHA	I.B.C.	DETALLE DEL MOVIMIENTO	VALOR ($)
		CIA: MAYAGUEZ S.A	
95/11/07	$162.421	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Oct/95	22.834,92
95/11/07		PRIMA DE SEGURO	3.836,27
95/11/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.557,51
96/02/07	$251.260	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ene/96	33.920,00
96/02/07		PRIMA DE SEGURO	5.276,44
96/02/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.517,63
96/03/07	$167.621	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Feb/96	22.633,00
96/03/07		PRIMA DE SEGURO	3.524,11
96/03/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.349,41
96/04/08	$165.391	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Mar/96	22.327,00
96/04/09		PRIMA DE SEGURO	3.473,09
96/04/09		COMISION ADMINISTRADORA	2.315,39
96/05/07	$150.753	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Abr/96	20.351,00
96/05/07		PRIMA DE SEGURO	3.165,71
96/05/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.110,47
96/06/07	$167.503	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. May/96	22.612,00
96/06/07		PRIMA DE SEGURO	3.517,42
96/06/07		COMISION ADMINISTRADORA	2.344,95
96/07/08	$156.336	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Jun/96	21.105,00
96/07/08		PRIMA DE SEGURO	3.283,00
96/07/08		COMISION ADMINISTRADORA	2.188,67
96/08/08	$156.336	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Jul/96	21.105,00
96/08/08		PRIMA DE SEGURO	3.283,00
96/08/08		COMISION ADMINISTRADORA	2.188,67
96/09/09	$21.927	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Ago/96	2.960,00
96/09/09		PRIMA DE SEGURO	460,44
96/09/09		COMISION ADMINISTRADORA	306,96
96/10/07	$215.193	COTIZACION OBLIGATORIA/I.B.C. Sep/96	29.051,00
96/10/07		PRIMA DE SEGURO	4.519,04
96/10/07		COMISION ADMINISTRADORA	3.012,70

CONTINUA...

CEPO-
M0100106616400420007

01/OCT/1994	FIN LICENCIA	$152,997
30/OCT/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/NOV/1994	FIN LICENCIA	$154,102
30/NOV/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/DIC/1994	CAMBIO SALARIO	$172,476
01/DIC/1994	FIN LICENCIA	$154,102
31/DIC/1994	SIGUE ACTIVO	$172,476

COM-
M0100106616400030009

Santafé de Bogotá, D.C., agosto 30 de 1996
BEN-0242-mml

PARA: OFICINA CALI
Atn : Sta. Martha Lucia Arias

ASUNTO: Estudio Pensión por Invalidez- Apolinar Sánchez Orcoñez

Apreciados Señores:

Revisada nuestra base de datos encontramos que del afiliado de la referencia, no se encuentra documento físico de la afiliación, por tanto, es necesario que el mismo sea solicitado a la empresa Mayagüez.

En espera de su amable y su pronta colaboración.

Atentamente,

P/p Mayagüez

JOSE ORLANDO PALACIO
Dirección de Beneficios

Santafè de Bogotà, D.C., noviembre 22 de 1.996
BEN-0380-mnl

COM-
M0100105816400030016

Señores:
MAYAGUEZ S.A.
Atn. Dr Germán Jaramillo
Gerente General

Apreciados Señores:

En Complemento a nuestra comunicacion ***BEN-0350-mnl*** *de fecha Octubre 31 de 1996, nos permitimos informarle que de acuerdo con la calificacion de Invalidez emitida por la entidad legalmente autorizada* ***" PREVENSEG",*** *el señor* ***APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ*** *identificado con Cèdula de Ciudadanìa No.5.242.615, accederà a la pensiòn de Invalidez a partir de la fecha en la cual se de por terminado su contrato de trabajo con su importante empresa.*

Por lo tanto, quedamos a la espera de la Certificaciòn laboral en donde conste: fecha de ingreso, de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y ùltimo salario devengado.

En espera de su pronta respuesta, los saludamos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO R.
Gerencia de Beneficios

BEN-0350-mnl

Pendientes de sus comentarios al respecto, los saludamos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Gerencia de Beneficios

C.C. MAYAGUEZ S.A. - Dr. Germán Jaramillo - Gerente General
Sr. Libardo González Truyo- Presidente del Sindicato

NIT. 800.139.690 - 2

17

Santafè de Bogotà, D.C., septiembre 12 de 1996
BEN-0267-mnl

RECIBIDO
PARA ESTUDIO
12 SEP. 1995
GERENCIA - Riesgos Profesionales
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA

Señores:
A.R.P. COLPATRIA
Atn : Dr. Camilo Sàenz
Gerente.

REF: Calificaciòn de Invalidez del : Sr. Apolinar Sànchez Ordoñez

COM-
M0100106816400030010

Apreciados Señores:

De acuerdo al procedimiento establecido con ustedes, les adjuntamos los documentos de nuestro afiliado en referencia, con el fin de que ustedes se sirvan colaborarnos en la calificacion de invalidez a traves de los señores PREVENSEG.

1. *Comunicacion escrita informando nombre completo, cedula de ciudadania, direccion y telefono actual del afiliado para envio de correspondencia.*

   - *Instituciones de Seguridad Social donde se encuentra actualmente afiliado por riesgo de salud (E.P.S), o por riesgo profesional (A.R.P).*

   - *I.P.S. donde es atendido actualmente, nombre de los medico (s) tratantes y telefono(s).*

2. *Fotocopia de la Historia Clinica*

Cualquier aclaraciòn con gusto les serà atendida.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Direcciòn de Beneficios

Adjunto. Lo anunciado

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

I. DATOS PERSONALES:

CEDULA DE CIUDADANIA :		*5.242.615*
DIRECCIÒN	:	*Calle 8 No. 1-31 Piso 2. Oficinas Mayaguéz - Cali*
TELEFONOS	:	*Dr. Alberto Montoya Duque* *Jefe del Departamento de Salud ocupacional* *92 261 10 10 (oficina Mayagüez-Candelaria).* *92-264-81-52 (para coordinar cita médica con la Sta. Solangel Salazar).*

II. ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL DONDE SE ENCUENTRA

RIESGOS		*ENTIDAD*
PENSION	:	*FONDO DE PENSIONES COLPATRIA*
SALUD	:	*I.S.S.*
I.P.S.	:	*Clínica Rafael Uribe Uribe - Cali*
A.R.P.	:	*I.S.S.*
HISTORIA CLINICA N.	:	*905242615*
MEDICOS TRATANTES	:	*Dr. OSCAR DELGADO RODRIGUEZ* *Medicina Interna* *Clínica Rafael Uribe Uribe-Cali*
TELEFONOS	:	*Dr. JUAN C. BEDOYA* *Traumatología y Ortopedia* *Clínica Rafael Uribe U.-Cali*
TELEFONOS	:	*667 61 49 Fax . 668 14 32*

COM-
M0100105616400100011

FONDOS DE PENSIONES

LEY 100

Ya como les habíamos advertido a todos los trabajadores a través de seminarios y boletines del peligro que había el precipitarnos a afiliarnos a los Fondos de pensiones y a las entidades Promotoras de Salud, el tiempo nos ha dado la razón y es que cuando nos ofrecían afiliarnos a dichos entidades nos prometían muchas cosas, una de ellas era que podíamos pensionarnos con más de 40 años y muchos trabajadores desafortunadamente cayeron y hoy en día la realidad es otra, por ejemplo el compañero GUILMER SANCHEZ 2486-50, de la sección 50, trabajador de la bavienda llegaría a dicha edad y les prometieron una cantidad de cosas, el compañero tiene en el momento 34 años de edad y el ISS por intermedio de la Oficina de Medicina Laboral ha conceptuado que él, debe ser pensionado por invalidez. De acuerdo con la ley, pasados 126 días, si el trabajador se ha desafiliado del ISS y se ha afiliado a algún Fondo de Pensión, debe de acudir a la E.P.S. a la cual esté afiliado, hasta aquí llega el ISS, pero resulta que el compañero cuando nos informó que el ISS le había comunicado que tenía que pensionarlo pero el ISS no le podía asumir, fue que nos enteramos que el compañero se había afiliado a los Fondos de Pensiones de Colpatria, inmediatamente la Junta Directiva del Sindicato se apersonó del caso del compañero y nos dirigimos con el mismo a Colpatria, esto hace más o menos dos meses y hasta la fecha Colpatria no ha radicado los trámites de evaluación de dicha pensión, dicque porque le orden la tiene que dar Bogotá y no conocemos siquiera los médicos que hagan esta evaluación, o sea que este compañero se encuentra en este momento sin incapacidad ni del ISS ni de Colpatria y no se sabe cuándo le irán a resolver el problema.

Esto lo informamos para que los trabajadores no se vayan a precipitar afiliándose a dichos Fondos de Pensiones.

Casos como estos, se vienen presentando tanto en los Fondos de Pensiones como en las E.P.S. que algunos trabajadores se han afiliado.

Es nuestra obligación estar informándoles a los trabajadores de lo que está sucediendo, ya que muchos nos han preguntado que como hacen para desafiliarse de estas entidades al respecto queremos manifestarles que para desafiliarse de los Fondos de Pensiones, deben esperar 150 semanas y para las E.P.S. un año.

Igualmente informamos a todos los compañeros que los que a la fecha Abril de 1993 tenían 40 años de edad los hombres y 35 años las mujeres ó 15 años de cotización, éstos tienen plazo para regresar al Fondo de Pensiones del Seguro hasta el 31 de Diciembre de 1996, sin perder los derechos que dá el Regimen de Transición de la Ley 100 de 1993.

Santafè de Bogotà, 16 Octubre de 1.996.
BEN, 0323, M.P.P.

MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA
NOV 1 2 29 PM '96

DOCTOR
GERMAN JARAMILLO VILLEGAS
GERENTE GENERAL
MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA VALLE

COM-
M0100106616400030012

Respetado Doctor,

Hemos tenido conocimiento de la comunicación emitida por el sindicato de la empresa, en relación con el caso del Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, afiliado a nuestro fondo de pensiones, y por tanto, nos permitimos presentar ante ustedes una breve aclaración sobre el tramite que debe seguir el sistema (Tanto en el Regimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida, I.S.S, como en el Regimen de Ahorro Individual con Solidaridad, A.F.P.) cuando se solicita la calificación de un estado de invalidez, a saber:

I. El procedimiento a considerar en el evento de una solicitud de calificación del Estado de Invalidez, es el siguiente:

a. El primer paso debe ser la consecución de todos las pruebas documentales, que permitan establecer a la entidad correspondiente, que el caso remitido para su estudio cumple con los requisitos establecidos en la ley, para el otorgamiento de la calificación de invalidez, como lo son: Historia clínica completa, incapacidades, aporte de datos necesarios para complementar la hoja de vida del paciente: Nombre completo, documento de identidad, dirección actualizada, teléfono actualizado, el nombre de las instituciones de seguridad social en donde se encuentra actualmente el afiliado por riesgo de salud (E.P.S.), por riesgo profesional (A.R.P.) y la I.P.S. en donde le están atendiendo actualmente y los nombres completos, dirección actualizada, teléfono actualizado de los médicos tratantes.

b. Una vez se reúne la totalidad de los requisitos fijados en el anterior ordinal, se procede a la remisión del caso a la entidad legalmente autorizada para este efecto, PREVENSEG (En el caso del I.S.S. seria la oficina de Incapacidad Laboral), con la finalidad de determinar el grado de invalidez con base en las pruebas aportadas.

c. Una vez PREVENSEG analiza técnicamente las pruebas aportadas en la solicitud. Procede a la valoración médica del afiliado, es decir, se somete a la evaluación mèdica laboral ante mèdicos altamente calificados y especializados en el ramo.

d. Una vez se realiza dicha valoración, se procede a la determinación del grado de invalidez, para determinar si se concede o no pensiòn por invalidez, de conformidad con los paràmetros fijados en la ley, a saber:

" Artículo 69. **Pensión de Invalidez.** El estado de invalidez, los requisitos para obtener la pensión de invalidez, el monto y el sistema de su calificación en el régimen de ahorro individual con solidaridad, se regirá por las disposiciones contenidas en los artículos 38, 39, 40 y 41 de la presente ley. ".

" Artículo 38. Estado de Invalidez. Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral. ". (El subrayado es nuestro.)

e. La entidad legalmente autorizada para èste efecto, en nuestro caso PREVENSEG, notifica a la entidad pagadora de la pensiòn sobre la calificación que ha otorgado.

f. La entidad pagadora de la pensiòn notifica al afectado la decisiòn, que la entidad legalmente autorizada, es decir, PREVENSEG ha tomado en relaciòn con su peticiòn.

g. Se procederà a la verificaciòn con el empleador, para determinar si el afectado, se encuentra desvinculado de la empresa (De conformidad con los paràmetros fijados por la ley laboral para ese efecto), o a partir de que fecha se darà por terminado el contrato de trabajo, para iniciar una vez reunidos los demàs requisitos, el pago de la pensiòn a que haya lugar.

2. En el evento en el cual la calificación sea declarando que no es procedente el estado de invalidez, o que confiriò un porcentaje inferior al 50%, el afectado con dicha decisiòn dispondrà de una serie de mecanismos legales para obtener revisiòn de la decisiòn que afectò su situaciòn. Estos medios estàn establecidos en los términos de los artículos 41, 42, 43 y 44 de la Ley 100 de 1.993, Decreto 692 de 1.995 y demàs que los reglamenten y adicionen, a saber:

" Artículo 41. **Calificación del Estado de Invalidez.** El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por la pérdida de la capacidad laboral.

Artículo 42. **Juntas Regionales de Calificación de Invalidez.** En las capitales de departamento y en aquellas ciudades en las cuales el volumen de afiliados así lo requiera, se conformará una comisión interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen.

Las comisiones estarán compuestas por un número impar de expertos, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quienes actuarán de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Los honorarios de los miembros de la comisión serán pagados por la entidad de previsión o seguridad social o la sociedad administradora a la que esté afiliado el solicitante.

Artículo 43. **Junta Nacional de Calificación de Invalidez.** Crease la Junta Nacional para la Calificación de los Riesgos de Invalidez con sede en la capital de la República, integrada por un número impar de miembros designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
Esta Junta, que será interdisciplinaria, tiene a su cargo la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las juntas regionales o seccionales respectivas.
Los honorarios de los miembros de la Junta serán pagados, en todo caso por la entidad de previsión o seguridad social correspondiente.
El Gobierno Nacional reglamentará la integración, financiación y funcionamiento de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, de su secretaría técnica y de las Juntas regionales o seccionales, el procedimiento de apelación, el manual único para la calificación de la invalidez y demás normas necesarias para su adecuado funcionamiento.
Parágrafo. Los miembros de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez de que trata el artículo anterior, no tienen carácter de servidores públicos.

Artículo 44. **Revisión de las Pensiones de Invalidez.** El estado de invalidez podrá revisarse:
a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de radicar modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.
El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.
Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa. ".

SEGUROS
LA EQUIDAD
ORGANISMO COOPERATIVO
NIT 860.025.415-5

Santiago de Cali, 08 de 1997
No. 31730

COM-
M0100105616400010006

Señor
Edinson Vidal
Gerente
Cootraim
Candelaria

Asunto: Incapacidad Total - Apolinar Sánchez Ordoñez

Para continuar con el estudio de la reclamación por la incapacidad total y permanente del asociado citado en referencia, es necesario que nos remitan resolución mediante la cual se declaro ésta.

Es importante resaltar que el documento remitido es el concepto juridico por terminación del contrato.

Quedamos a la espera de sus comentarios sobre el particular.

Hasta otra oportunidad.

Nury Pérez Rengifo
Indemnizaciones.

C.C. Consecutivo.
Archivo.

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

C.C. 5.242.615
Afiliación I.S.S. 905242615
Residencia área rural Candelaria

Dirección Calle 8 I - 31 2do. Piso Oficinas Mayagüez - Cali / Calle 70 # 9-58
Teléfono 92 261 10 10 (Oficina Mayagüez - Candelaria) tel. 264-87-52
Preguntar por el Doctor Alberto Montoya Duque, Jefe Departamento de Salud Ocupacional

SINDICATO INDUSTRIAL INGENIO MAYAGUEZ. AT-SATA.

SOLAMENTE SALIERON PARA COORDINAR CITA

Fue atendido en la Clínica Rafael Uribe Uribe I.S.S. - Cali
Calle 25N 2BN - 17
Teléfono 667 61 49
Fax 668 14 32

FAD-
M0100106616400410005

Mayagüez S.A.

Daniel Ruiz

104

Bogotá D.C., 2016-12-21

Señor
APOLINAR SÁNCHEZ ORDONEZ
CR 12 11-04
BELEN
CALI
VALLE

Ref. Rad. Porvenir: 0103802039859200
CC: 5242615
T.N: 8712233
COR-BENEF

Porvenir S.A. le da un saludo cordial.

En atención a su solicitud relacionada con copia del dictamen de la perdida de Incapacidad Laboral realizado por Colpatria, el informamos lo siguiente

Adjuntamos copia mediante la cual reconoció a usted la pensión de invalidez, pues fue calificado para la época con una Perdida de Incapacidad Laboral-PCL del 56.85%.

Para nosotros es muy importante haber atendido su solicitud.

ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes

Radicado de Salida: 0207412022066200

Santafé de Bogotá, D.C., Octubre 31 de 1998
BEN-0360-mnl

Señor:
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Cali

REF : Estudio Calificación de Invalidez

Apreciado Señor:

*Concluido el trámite de calificación de invalidez, nos permitimos comunicarle que la entidad legalmente autorizada para el efecto, emitió una calificación del 56.85 %. Por lo tanto, se le otorga la calidad de **INVALIDO**, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 38 de la Ley 100/93 " **ESTADO DE INVALIDEZ**. Se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral."*

Para continuar con el trámite se hace necesario los siguientes documentos:

1. Registro civil de nacimiento y fotocopia de la cédula de ciudadanía del afiliado

2. Registro civil de matrimonio o dos (2) declaraciones extrajuicio para acreditar la calidad de compañero (a) permanente.

3. Registro civil de nacimiento de los beneficiarios para acreditar parentesco.

4. Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios mayores de edad.

*5. **Carta del empleador en donde conste fecha de ingreso, de retiro, último cargo desempeñado y salario devengado.***

BEN-0350-mml

Pendientes de sus comentarios al respecto, los saludamos.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO
Gerente de Beneficios

C.C. MAYAGUEZ S.A. - Dr. Germán Jaramillo - Gerente General
Sr. Libardo González Tinjo- Presidente del Sindicato

PENSIONES Y CESANTIAS

COLPATRIA

Santafé de Bogotá, D.C., noviembre 22 de 1.996
BEN-0360-mml

Señores:
MAYAGUEZ S.A.
Atn. Dr Germán Jaramillo
Gerente General

Apreciados Señores:

En Complemento a nuestra comunicación BEN-0350-mml de fecha Octubre 31 de 1996, nos permitimos informarle que de acuerdo con la calificación de Invalidez emitida por la entidad legalmente autorizada " PREVENSEG", el señor APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No.5.242.615, accederá a la pensión de Invalidez a partir de la fecha en la cual se de por terminado su contrato de trabajo con su Importante empresa

Por lo tanto, quedamos a la espera de la Certificación laboral en donde conste: fecha de ingreso, de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y último salario devengado.

En espera de su pronta respuesta, los saludamos

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO R.
Gerente de Beneficios

Santafé de Bogotá, Diciembre 23 de 1996.
HEN.0457.M[illegible]

DOCTOR
CARLOS MOLINA CABAL
GERENTE DE RELACIONES INDUSTRIALES
MAYAGUEZ S.A.
CANDELARIA

Respetado Doctor,

En atención a su comunicación de fecha cuatro (4) de diciembre de los corrientes, procedemos a rendir el análisis jurídico que soporta la petición realizada por esta Sociedad, a través de la comunicación denominada HEN-0380-M.T.L., en los siguientes términos:

1. De conformidad con lo indicado en el artículo 62, se establece: " **Terminación del contrato por justa causa.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo: a) Por parte del patrono: ... 14) El reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación o invalidez estando al servicio de la empresa. ".

2. Es importante observar, los planteamientos de la jurisprudencia con relación a lo indicado en el artículo 62, numeral 14, a saber:

" La pensión que justifica el despido debe otorgarse cuando el trabajador está aún al servicio de la empresa. Lo que la ley instituye como justa causa de terminación unilateral del contrato de trabajo es el reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación por parte del patrono o de la pensión de vejez por parte del Instituto de Seguros Sociales. Este reconocimiento equivale al otorgamiento de la pensión, y no puede confundirse con el simple cumplimiento de los presupuestos legales que dan derecho a exigirla o imponen la obligación de reconocerla y pagarla. El propósito inequívoco de la ley fue el de que no existiera solución de continuidad entre la cesación en el pago del salario y el comienzo del pago de la pensión, y por ello exigió que el reconocimiento se efectuara antes de que se produjera la desvinculación del trabajador, es en sus propias palabras, " estando al servicio de la empresa ", de tal suerte que el momento fin al contrato estuviese en condiciones de percibir inmediatamente el valor de la pensión en sustitución del salario. " (El subrayado es nuestro).

Sin estas consideraciones muy seguramente no habría podido consagrar como justa la citada causal, pues precisamente de ellas, y sólo de ellas, se deriva su justificación. De contrario, esto es, permitir que el trabajador sea sometido a permanecer algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago oportuno de pensión, habría resultado flagrantemente injusto.

La circunstancia de que la pensión sea de cargo de los Seguros Sociales no autoriza al patrono para prescindir de los servicios del trabajador aun cuando previamente se le haya reconocido, mediante la causal en el evento de que éste no gestione su reconocimiento. ". . (El subrayado es nuestro).

De lo anterior, se desprende claramente:

a. El espíritu de la legislación se orienta a establecer que el trabajador al estar prestando el servicio para el cual fue contratado y se le concede la calidad de invalido (o pensionado por vejez o sobrevivencia), una vez se termine el contrato de trabajo, se sustituye el pago del salario por el pago de la mesada pensional correspondiente. Evitando con ello atentar contra los intereses del trabajador, por permitir con esta causal justa de terminación de contrato de trabajo que el empleado permanezca por algún tiempo sin trabajo, sin salario y sin pago de su pensión., convirtiéndose en una causal injusta de despido y contraria a la sana crítica y a la esencia del derecho.

b. Es muy importante distinguir entre el reconocimiento de la calidad de pensionado, terminación del contrato de trabajo y el pago de la mesada pensional en sí mismo. Como puede observarse la jurisprudencia es enérgica al exigir que exista relación de contemporaneidad entre el momento en el que se produce el reconocimiento del estado de invalidez y el de terminación del contrato de trabajo, como se sostuvo en el acápite a. enunciado anteriormente, es decir, el reconocimiento se debe dar cuando el trabajador aún se encuentra al servicio de la empresa respectiva, y una vez se da lugar a la desvinculación se procede con la tercera etapa de dicho proceso que es el pago. Se procede al pago de la mesada pensional: En primer término: Se da el reconocimiento. En segundo término: Se desvincula al trabajador de la empresa. En tercer término: El salario se sustituye por el pago de la correspondiente mesada pensional. Como consecuencia de lo anterior, es claro discernir que según la interpretación que da la Jurisprudencia, separa cada uno de los momentos descritos, buscando como mecanismo de protección a los intereses de los trabajadores, que no se dé primero la desvinculación laboral y luego el reconocimiento de la pensión, porque sería injusto que se desamparara al trabajador que se ve afectado por una incapacidad.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que el reconocimiento se produce como consecuencia de la solicitud de parte interesada, se comenzará a pagar en forma retroactiva, desde la fecha en que se produce tal estado.

3. Por tanto y como consecuencia de las anteriores planteamientos, se solicita nuevamente la fecha a partir de la cual se dio por terminado el contrato de trabajo, ya que una vez se ha reconocido el estado de invalido al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ (Primera etapa), se procede con la desvinculación laboral (Segunda etapa), para poder proceder con el pago de la mesada que ha sido reconocida.

Creándose la relación de continuidad entre la primera (reconocimiento) y segunda etapa (declaración) y así dar origen a la tercera etapa que es la consecuencia de todo el proceso: Pago de la mesada pensional. En ese orden de ideas no habría lugar al despido sin justa causa, por tratarse de una estabilización de conformidad con lo establecido por la Jurisprudencia porque en forma inmediata se procede al pago de la mesada pensional.

La C.S.J , Cas. Laboral, Sent.jun.10/87, indica: " El reconocimiento de la pensión es justa causa de despido. El artículo 7o. numeral 1d del literal a) del Decreto Legislativo 2351 de 1.965 erige como justa motivo para que el patrono pueda fenecer un contrato de trabajo el hecho de reconocerle pensión de jubilación o invalidez a quien prestaba sus servicios, y el artículo 3o. de la Ley 48 de 1.968 que le dio vigencia permanente a este decreto, añade en su ordinal 6o. que el reconocimiento pensional por jubilación que legitima el despido del trabajador es el que regulan los artículos 260 del Código Sustantivo del Trabajo y 11 del Decreto 3041 de 1.966. ".

4. En comunicación de fecha Octubre 31 de 1.996, se notificó al Sr. Apolinar Sánchez Ordoñez con copia a su compañía, que se le reconoció el estado de invalidez con una calificación del 55.85 %, por tanto se da cumplimiento a lo establecido por el artículo 53 de la Ley 100 de 1.993. En razón de lo anterior, se cumple el precepto a través del cual se debe realizar el reconocimiento del estado de invalidez, estando el trabajador al servicio de la empresa. Procediendo una vez se desvincule al pago de la mesada que le corresponde por su estado de invalido.

Es importante anotar, que se notificó directamente al afectado el porcentaje de calificación, pero dicha comunicación se remitió con copia a usted(es), por tanto, se surtió la notificación del porcentaje calificado.

Adicionalmente, nos permitimos informarles que la fecha en la cual se reconoció el Estado de invalidez, por PREVENSER, entidad legalmente autorizada para el efecto., fue el día 20 de octubre 1.996.

5 Es importante anotar, que la agilidad en el cumplimiento de los requisitos exigidos por la AFP Colpatria, Bonilla y anclan el proceso de pago de la mesada pensional a que tiene derecho el Sr. Sánchez Ordoñez. Los requisitos relacionados en el memorando de fecha octubre 16 de 1.996, con radicación BBN, 0323-M.P.P , fueron allegados a la A.F.P. Colpatria el día 26 de diciembre de los corrientes, quedando pendiente la certificación que debera expedir la empresa, de conformidad con los siguientes solicitudes:

a. 31 de octubre de 1.995, en comunicación dirigida al Sr. APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, con copia a la empresa.

b. 22 de noviembre de 1.996, en comunicación dirigido al Dr. Gerardo Jaramillo, Gerente General de Mayaguez.

Los requisitos que debe contener la misma son los siguientes: Fecha de ingreso, fecha de retiro, cargo desempeñado, horario de trabajo y último salario devengado.

6. En lo relacionado con el cálculo y el monto de la pensión, dependerán el primero de los factores que a continuación se explican y en el segundo no será inferior a un salario mínimo legal mensual, su determinación estará sujeto a los datos de la historia laboral y del salario promedio de los últimos 10 años.

De conformidad con los parámetros fijados por el artículo 40 de la ley 100 de 1.993, se deberá proceder en los siguientes términos:

a) Incapacidad igual o superior al 50% e inferior al 66%:

- 45% del IBL.
- Más el 1.5% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 500,

b) Incapacidad igual o superior al 66%:

- 54% del IBL.
- Más el 2% del IBL por cada 50 semanas cotizadas con posterioridad a las primeras 800.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación IBL y en ningún caso podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual. En 1.996 $ 142.125. El pago de la mesada pensional se realizará en forma mensual.

En el caso que nos ocupa se tendrá que aplicar lo indicado en el ordinal a), por tratarse de una incapacidad superior al 50 % pero inferior al 66%, es decir: 50.85%.

7. Es importante señalar, que el estado de invalidez de una persona puede aumentar o disminuir o simplemente desaparecer, de acuerdo con la patología de la enfermedad que sufre el afiliado, por lo mismo la ley prevé un mecanismo de revisión:

Artículo 44. Revisión de las pensiones de Invalidez.

* El estado de invalidez podrá revisarse:

a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta el beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente a permitir el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para reclamar el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer fallido deberá acudir a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa. ".

En espera de haber aclarado las dudas presentadas en el caso que nos ocupa, cualquier colaboración adicional, podrá remitirla a la Carrera 7 No 22-52, piso 7 Gerencia de Beneficios, teléfono 2 86 30 17, Santafé de Bogotá,

Cordialmente,

P/ Palacio

JOSE ORLANDO PALACIO PIÑA
Gerente de Beneficios

c.c. Expediente.

Santiago de Cali, Enero 24 de 1977
DA. 0.69.77

M E M O R A N D O

P A R A : JOSE ORLANDO PALACIOS
DEPARTAMENTO DE SINIESTROS

A S U N T O : CARTA DE LA EMPRESA MAYAGUEZ

ADJUNTO A LA PRESENTE ENVIO CARTA DE LA EMPRESA MAYAGUEZ DIRIGIDA AL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ BRICEÑO. DONDE DA POR TERMINADO EL CONTRATO DE TRABAJO, Y LE INFORMAN QUE LA PENSION CORRE POR CUENTA DE COLPENSIONES.

TAMBIEN LE ENVIO CARTA DONDE EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ SOLICITA QUE SU PENSION SEA CONSIGNADA EN UNA CORPORACION QUE ESTE UBICADA EN FLORIDA VALLE, EN ESTA CARTA LISTA LAS CORPORACIONES. ESTA POSIBILIDAD LA HABLE TELEFONICAMENTE CON LA DRA MARIA DEL PILAR PENSON EL DIA 22 DE ENERO DE LOS CORRIENTES.

AGRADEZCO SU COLABORACION.

ATENTAMENTE,

MARTHA LUCIA ARIAS
DIRECTORA OPERATIVA- CALI

Mayagüez S.A.
Nit. 890.302.534-9

Mayagüez, enero 17 de 1997
CPT-025-97

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Ficha: 2403-50
R. S M.

Nos permitimos informarle que PENSIONES Y CESANTIAS COLPATRIA mediante la comunicación BIEN,0652,M.I.P. del 23 de diciembre de 1996, a partir del 20 de octubre de 1996, le ha concedido la pensión por invalidez. De acuerdo con lo anterior la Empresa se acoge al Decreto Ley Nº 2351/65 Artículo 7o. Literal A Numeral 14 y da por terminado su contrato de trabajo sin justa causa.

Nos permitimos darle aviso de la finalización de su contrato de trabajo, con anticipación de quince (15) días, contados a partir del día siguiente de la notificación a usted de esta determinación. Al mismo tiempo la Empresa agradece la prestación de sus servicios durante todos estos años.

Procederse a la liquidación por retiro a partir del 03 de febrero de 1997.

En constancia se firma ante testigos a los 17 días del mes de enero de 1997.

Nota: Su pensión corre por cuenta íntegra y exclusiva de Pensiones y Cesantías Colpatria, sin que sea compartida con la Empresa MAYAGUEZ S.A.

Atentamente,

Mayagüez S.A.

DIRECTORA DIVISION DE PERSONAL

TRABAJADOR NOTIFICADO

TESTIGOS:

Copia: Gerente Regional Dra. Mtr. Fernanda Gonzalez Saez de Pensiones y Cesantias Colpatria, Ing. Oscar Ochoa, , Sra. Sonia Osorio, Folder Jubilados, Archivo trabajador, Sindicato de Cales, Conservativa.

hzdmlly

PENSIONES Y CESANTÍAS

COLPATRIA

Santafé de Bogotá, febrero 24 de 1.997.
BEN-0132-mnf

Señor:
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Calle 8 No. 1-31 Piso 2
Cali

Apreciado Señor:

Con base en los parámetros fijado en la Ley 100 y demás Decretos Reglamentarios, procedemos a fundamentarle jurídicamente las razones por las cuales esta Sociedad debe velar porque se realicen los correspondientes aportes al **Sistema de Seguridad Social en Salud**, cuya finalidad es vigilar y garantizar su protección, a saber:

1. La ley 100 de 1.993, en su artículo 11 denominado campo de aplicación establece: " El sistema General de Pensiones, con las excepciones previstas en el artículo 279 de la presente ley, se aplicará a todos los habitantes del territorio nacional, conservando adicionalmente todos los derechos, garantías, prerrogativas, servicios y beneficios adquiridos y establecidos conforme a disposiciones normativas anteriores para quienes a la fecha de vigencia de esta ley hayan cumplido con los requisitos para acceder a una pensión o se encuentren pensionados por jubilación, vejez, invalidez, sustitución o sobrevivientes de los sectores público oficial, semioficial, en todos sus órdenes, del Instituto de Seguros Sociales y del sector privado en general.

2. El artículo 1 del Decreto 692 indica: " Sistema de Seguridad Social Integral. El sistema de seguridad social integral está conformado por:
- El sistema General de Pensiones.
- El sistema de Seguridad Social en Salud.
- El sistema General de riesgos profesionales.

La afiliación a cada uno de los sistemas que componen el sistema de seguridad social integral, es independiente. No será requisito demostrar la afiliación a uno de estos sistemas para afiliarse a otro de ellos.
Cada afiliado, de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1.993, podrá escoger de manera separada la entidad administradora del régimen de salud y del régimen de pensiones, a la cual deseen estar vinculados. Los pensionados podrán escoger libremente la entidad administradora del régimen de salud que prefieran. ".

3. En el Decreto 1298 en su artículo 39 se define el régimen de afiliación en los siguientes términos: " Tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud. Todo habitante del territorio nacional participará en el servicio público esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

A) AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:
1) Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos , los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata este Estatuto.
2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

B) VINCULADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.
Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivo de incapacidad de pago y mientras logran ser afiliados al régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

A partir del año 2.000, todas las personas deberán estar vinculadas al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el plan obligatorio de Salud.
PARAGRAFO 1. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos y controles para garantizar la universalidad de la afiliación.
PARAGRAFO 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio.

4. El artículo 146 del Decreto 1298, en desarrollo del artículo 143 de la Ley 100 de 1.993, establece:

" **REGIMEN CONTRIBUTIVO. ...**
El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en su concurrencia entre éste y su empleador. ".

5. El artículo 143 de la Ley 100 de 1.993, establece: " REAJUSTE PENSIONAL PARA LOS ACTUALES PENSIONADOS.

A quienes con anterioridad al 1o. de enero de 1.994 se les hubiere reconocido la pensión de vejez o jubilación, invalidez o muerte, tendrán derecho, a partir de dicha fecha, a un reajuste mensual equivalente a la elevación en la cotización para salud que resulte de la aplicación de la presente ley.

La cotización para la salud establecida en el sistema general de salud para los pensionados está, en su totalidad, a cargo de estos, quienes podrán cancelarla mediante una cotización complementaria durante su período de vinculación laboral.

6. El artículo 5 del Decreto 1296 de 1.994, indica: " CARACTERISTICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ...
b) AFILIACION OBLIGATORIA. Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales, salvo las excepciones establecidas en el presente Estatuto. "

En el Capítulo II, Derechos y Deberes, artículo 6, del Decreto 1298: " PRINCIPIO GENERAL.
Todo habitante del territorio nacional tiene el derecho a las prestaciones de salud, en los términos previstos en este Estatuto, y el deber de proveer a la conservación de su salud y de salud y de concurrir al mantenimiento de la salud de la comunidad. ".

7. El Decreto 692 de 1.994, en su artículo 42, indica: " REAJUSTE PENSIONAL POR INCREMENTO DE APORTES EN SALUD.

En consecuencia, las entidades pagadoras de pensiones procederán a efectuar el reajuste previsto en este artículo por la diferencia entre la cotización que venían efectuando los pensionados y la nueva cotización del 8% que rige a partir de Abril de 1.993, o la que se determine cuando rija la cobertura familiar, sin exceder del 12%.

Las entidades pagadoras deberán descontar la cotización para salud, y transferirlo a la E.P.S. o entidad a la cual está afiliado el pensionado en salud. ... ".

PENSIONES Y CESANTÍAS

COLPATRIA

Como consecuencia de los anteriores planteamientos, se le descontará de su mesada pensional a partir de la fecha en que se comience a sufragar, lo correspondiente al aporte que usted debe asumir en su totalidad, con la finalidad de ser consignado en Instituto del Seguro Social por concepto de salud.

Cordialmente,

JOSE ORLANDO PALACIO PEÑA
Gerente de Beneficios

PENSIONES Y CESANTIAS — COLPATRIA

TRANSMISION DE MENSAJES
VIA FAX

CIUDAD: Bogotá ..... CONSECUTIVO No _____

FECHA: 97 (AA) 04 (MM) 25 (DD)

No. DE HOJAS: ~~una~~ Dos ..... FAX No.: Cali

REMITE: Marcela Contreras (NOMBRE) Beneficios (DEPENDENCIA EMISORA)

DESTINATARIO: Maria F. Gonzalez (CARGO O GERENCIA)

ATN: URGENTE

ASUNTO: Adjunto a la presente enviamos la carta de Aceptación del cheque para continuar con la legalización dela pensión de invalidez del Sr. Apolinar Sanchez Ordoñez. Adicionalmente se envia por el correo interno, hoy viernes.

FIRMA REMITENTE

Santafè de Bogotà, D.C., Abril 26 de 1997

Señores
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES S.A.
Ciudad.

Apreciados Señores:

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado (a) con Cèdula de Ciudadanìa No. 5.242.815 de Leiva (Nariño) por medio de este escrito declaro: PRIMERO, Que en mi condición de pensionado por Invalidez de acuerdo al dictamen médico de fecha 20 de Octubre de 1996 emitido por PREVENSEG, me encuentro tramitando reclamaciòn ante Seguros de Vida Colpatria S.A. SEGUNDO: Que como quiera que la pensión de invalidez depende de la expedición del bono pensional y del pago de la garantía estatal de pensión mínima por parte del Gobierno Nacional, los cuales no han sido expedidos a la fecha, acepto recibir a cuenta de indemnización futura, pagos provisionales equivalentes al valor de la mesada pensional a la que tendría derecho, una vez se expida el Bono Pensional y el Gobierno Nacional pague el valor de la garantía estatal. TERCERO: Que como consecuencia de lo anterior declaro recibido el cheque No. por valor de 1.114.395.oo girado contra el Banco Colpatria de esta ciudad, por concepto de Mesada de Noviembre/96 a Diciembre/96 cada una por valor de $142.125 para un total de $284.250;y Mesada adicional de Diciembre/96 por valor de $ 142.125;Mesada de Enero/97 a Abril/97 cada una por valor de $ 172.005 para un total de $ 688,020. CUARTO: Que hasta tanto se acrediten las sumas restantes requeridas para el pago de la pensión, declaro a Paz y Salvo a Seguros de Vida Colpatria S.A y a Colpatria Sociedad Administradora de Fondos de Cesantías y Pensiones S.A por cualquier concepto relacionado con la pensión de la cual soy beneficiario y que me encuentro tramitando.

Atentamente,

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C No.

De: mgonzalezn@porvenir.com.co
Para: semimanual@porvenir.com.co
CC: mestor@porvenir.com.co
Fecha: 21/12/2016 13:57
Asunto: ANDRES RODRIGUEZ-8712233

De: arubiano@porvenir.com.co

Para: semimanual@porvenir.com.co

CC:

Fecha: 24/10/2016 16:48

Asunto: TAREA 8651220

104

Bogotá D.C., 2016-10-24

Señor

APOLINAR SANCHEZ
CR 6 2-42 ORTIGAL
MIRANDA
CAUCA

Ref. Rad. Porvenir:
CC: 5242615
T.N: 8651220
COR-BENEF

Reciba nuestro cordial saludo.

En atención a su solicitud relacionada con su bono pensional, le informamos lo siguiente:

La solicitud de emisión del bono fue cancelada teniendo en cuenta que se presentó una variación en el valor del bono por las continuas actualizaciones que realiza Colpensiones a la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (OBP).

De esta forma, anexamos el detalle de su historia laboral generada por la Oficina de Bonos Pensionales del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para su respectiva verificación. De no existir observaciones le solicitamos diligenciar el formato de emisión anexo e historia laboral firmada, así como la fotocopia legible de su documento de identidad con el fin de agilizar el trámite del Bono Pensional; documentación que puede ser radicada en cualquiera de nuestras oficinas a nivel nacional.

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

ORLANDO VALENCIA AGUDELO
Coordinación de Atención Integral a Clientes

SOLICITADO POR	[illegible] 172.27.3.1
FECHA Y HORA	24/10/2016 03:36:09
ENTIDAD	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION

DATOS AFILIADO

Documento	C 5242615	Género	MASCULINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	15/05/1962
AFP Solicitante	PORVENIR	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 /2	AFP Afiliado	PORVENIR (3)
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	13/03/1997	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	01/05/1997		

ORIGEN DE NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solicitud	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
Registraduria/Das	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
ISS/COLPENSIONES	SANCHEZ	ORDOÑEZ	APOLINAR	
Documento Alterno No.				

DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	24/10/2016	Consecutivo	12	Número Liquidación	5	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	24/10/2016	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Línea			Solicitado por	ANGELA PATRICIA RUBIANO CASTRO				
Cargo	ANALISTA I - AIC	Teléfono	3393000	Archivo				Registro	
Motivo reproceso	SEMANAS								
Archivo Respuesta	PENDIENTE	Fecha Respuesta (DD/MM/AAAA)							

HISTORIA LABORAL

HISTORIA VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/ COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/ PATRONAL	PATRONAL: 15050101059 (11 - Facturación Can)	NOMBRE EMPLEADOR	INVERSIONES SANINT PELAEZ L

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	29/10/1990	31/12/1990	S	S	$ 41,040	
LABORAL	01/01/1991	31/12/1991	S	S	$ 54,630	
LABORAL	01/01/1992	14/02/1992	S	S	$ 61,950	

NIT/ PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - Sistema ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	02/01/1992	29/02/1992	S	S	$ 41,025	
LABORAL	01/04/1992	30/04/1992	S	S	$ 131,980	3814,
LABORAL	01/05/1992	29/06/1992	S	S	$ 83,074	3814,
LABORAL	01/07/1992	31/07/1992	S	S	$ 126,233	3814,
LABORAL	01/08/1992	31/08/1992	S	S	$ 108,682	3811,
LABORAL	01/09/1992	30/09/1992	S	S	$ 103,717	3814,
LABORAL	01/10/1992	31/10/1992	S	S	$ 115,039	3811,
LABORAL	01/11/1992	30/11/1992	S	S	$ 101,816	3814,
LABORAL	01/12/1992	31/12/1992	S	S	$ 113,448	3814,
LABORAL	01/01/1993	27/02/1993	S	S	$ 110,038	3814,
LABORAL	01/03/1993	31/03/1993	S	S	$ 107,211	3814,
LABORAL	01/04/1993	29/05/1993	S	S	$ 153,471	3814,
LABORAL	01/06/1993	30/07/1993	S	S	$ 116,939	3811,
LABORAL	01/08/1993	31/08/1993	S	S	$ 143,769	3814,
LABORAL	01/09/1993	30/09/1993	S	S	$ 182,680	3811,
LABORAL	01/10/1993	31/10/1993	S	S	$ 139,937	3814,
LABORAL	01/11/1993	30/11/1993	S	S	$ 115,695	3814,
LABORAL	01/12/1993	30/01/1994	S	S	$ 141,436	3814,
LABORAL	01/02/1994	28/02/1994	S	S	$ 112,948	3814,
LABORAL	01/03/1994	29/04/1994	S	S	$ 158,606	3814,
LABORAL	01/05/1994	30/05/1994	S	S	$ 145,212	3811,
LABORAL	01/06/1994	29/06/1994	S	S	$ 154,102	3814,

LABORAL	01/07/1994	30/08/1994	S	S	$ 177,483	3814.
LABORAL	01/09/1994	28/09/1994	S	S	$ 167,291	3814.
LABORAL	01/10/1994	29/10/1994	S	S	$ 192,997	3814.
LABORAL	01/11/1994	29/11/1994	S	S	$ 154,102	3814.
LABORAL	01/12/1994	31/12/1994	S	S	$ 172,476	3814.

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/ COLPENSIONES POSTERIOR A 1994

NIT/ PATRONAL	NIT: 890302594	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	01/01/1995	22/01/1995	S	S	$ 135,000	

HISTORIA NO VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/ COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/ PATRONAL	PATRONAL: 4070104280 (12 - Sistema ALA)	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
CAMBIO SALARIO	01/02/1992		S	S	$ 60,843	3019.
CAMBIO SALARIO	01/06/1992		S	S	$ 108,661	3019.
LABORAL	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 131,990	3814,3841.
LICENCIA	30/06/1992	30/06/1992	S	S	$ 108,661	
CAMBIO SALARIO	01/02/1993		S	S	$ 115,701	3019.
LABORAL	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 108,661	3814,3841.
LICENCIA	28/02/1993	28/02/1993	S	S	$ 115,701	
CAMBIO SALARIO	01/05/1993		S	S	$ 118,541	3019.
LABORAL	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 115,701	3814,3841.
LICENCIA	30/05/1993	31/05/1993	S	S	$ 118,541	
CAMBIO SALARIO	01/07/1993		S	S	$ 205,267	3019.
LABORAL	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 118,541	3814,3841.
LICENCIA	31/07/1993	31/07/1993	S	S	$ 205,267	
CAMBIO SALARIO	01/01/1994		S	S	$ 159,599	3019.
LABORAL	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 205,267	3814,3841.
LICENCIA	31/01/1994	31/01/1994	S	S	$ 159,599	
CAMBIO SALARIO	01/04/1994		S	S	$ 145,212	3019.
LABORAL	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 159,599	3814,3841.
LICENCIA	30/04/1994	30/04/1994	S	S	$ 145,212	
CAMBIO SALARIO	01/05/1994		S	S	$ 154,102	3019.
LABORAL	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 145,212	3814,3841.
LICENCIA	31/05/1994	31/05/1994	S	S	$ 154,102	
CAMBIO SALARIO	01/06/1994		S	S	$ 183,145	3019.
LABORAL	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 154,102	3814,3841.
LICENCIA	30/06/1994	30/06/1994	S	S	$ 183,145	
CAMBIO SALARIO	01/08/1994		S	S	$ 167,291	3019.
LABORAL	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 183,145	3814,3841.
LICENCIA	31/08/1994	31/08/1994	S	S	$ 167,291	
CAMBIO SALARIO	01/09/1994		S	S	$ 192,997	3019.
LABORAL	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 167,291	3814,3841.
LICENCIA	29/09/1994	30/09/1994	S	S	$ 192,997	
CAMBIO SALARIO	01/10/1994		S	S	$ 154,102	3019.
LABORAL	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 192,997	3814,3841.
LICENCIA	30/10/1994	31/10/1994	S	S	$ 154,102	
LABORAL	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 154,102	3814,3841.
LICENCIA	30/11/1994	30/11/1994	S	S	$ 154,102	

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/ COLPENSIONES POSTERIOR A 1994

NIT/ PATRONAL	NIT: 890302594	NOMBRE EMPLEADOR	MAYAGUEZ S A

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	01/02/1995	28/02/1995	S	S	$ 149,000	3835.
LABORAL	01/03/1995	31/03/1995	S	S	$ 199,000	3835.
LABORAL	01/09/1996	30/09/1996	S	S	$ 0	3835.
LABORAL	01/12/1996	31/12/1996	S	S	$ 194,000	3835.
LABORAL	01/01/1997	31/01/1997	S	S	$ 0	3835.
LABORAL	01/02/1997	28/02/1997	S	S	$ 42,000	3835.

CONVENCIONES DE ERRORES/ OBSERVACIONES

ERROR/ OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN
3019	**INCONSISTENCIA**: MASIVO ISS/COLPENSIONES. VALOR DEL CAMPO DE_DEPURACION ES 1 Y TIPO APORTANTE DIFERENTE DE 15 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES **SOLUCION**: LA AFP DEBE REPORTAR LA INCONSISTENCIA AL ISS
3814	**OBSERVACIÓN**: EL ARCHIVO LABORALMASIVO DEL ISS/COLPENSIONES 1967-1994 PRESENTA UN INGRESO SIN RETIRO Y ESTÁ EN LA TABLA RELACIONES LABORALES CON TIPO DE AFILIACIÓN EN PENSIÓN (1: PENSION, SALUD, RIESGO; 2:

	PENSION,4: PENSION RIESGOS PROFESIONALES,7 PENSION. SALUD). SE ASUME EL 31 DE DICIEMBRE DE 1994 COMO FECHA DE RETIRO
3835	**INCONSISTENCIA**: EL ARCHIVO LABORAL MASIVO DEL ISS/COLPENSIONES REPORTA COMO DIAS TRABAJADOS 0 PARA HISTORIA LABORAL POST94. **SOLUCIÓN**: SI LA NOVEDAD NO ES CIERTA LA AFP DEBE REPORTAR LA INCONSISTENCIA A COLPENSIONES PARA SU RESPECTIVA CORRECCIÓN
3841	**OBSERVACION**: NOVEDAD LABORAL (INGRESO, RETIRO) CRUZADA CON NOVEDAD DE LICENCIA.

INFORMACION PRESTACIONES ISS/ COLPENSIONES

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES	IS

INDICIOS PRESTACIONES. LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACIÓN DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
C 5242615	800144331	SOC ADM DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S A	INVALIDEZ		ARCHIVO ENVIADO POR ASOFONDOS

INFORMACIÓN DE PRESTACIÓN CERTIFICADA POR LA AFP

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACIÓN	FECHA PRESTACIÓN (DD/MM/AAAA)	CERTIF

LIQUIDACION BONO

Tipo Bono	A	Modalidad	2	Versión	2
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	29/ 06/ 1992	Tiempo Válido Para Bono (sin traslapos)	1,501(dias) , 214 (semanas)	Tiempo Total Trabajado	1,501
Salario Base	$83,074	Empleadores Salario Base	MAYAGUEZ S A		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	01/ 05/ 1997	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	15/ 05/ 2024	Tasa Interes (%)	4.0
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)	20/ 10/ 1996	Causal Redención	Invalidez		
Valor Bruto A F.C.	$3,285,538	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	$3,285,538
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	$0				

CUOTAS PARTES

TIPO	NIT : NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALO NETO PAGAD
Emisor	1 NACIÓN	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,213			$2 779,966	85	0	0	
Contribuyente	900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	LIQUIDACION PROVISIONAL	288			$505,572	15	0	0	
TOTALES						$3.285,538		0	0	

HISTORIA LABORAL CUOTA PARTE HISTORIA LABORAL SIN TRASLAPOS DETALLE CALCULO

Enviar consulta

Bogotá, D.C

Fecha de Firma

Señores:

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A
Atn: Dirección de Bonos
Bogotá, D.C.

Respetados Señores:

Yo _____identificado (a) con cédula de ciudadanía número _____ bajo la gravedad de juramento declaro que: toda la información que se me atribuye es veraz y ninguna parte de ella se ha utilizado para una Pensión e indemnización concedida o en trámite para otro Bono Pensional emitido o en trámite. No estoy simultáneamente afiliado al Régimen de Prima Media. Con la información aquí detallada en la liquidación _____ de la OBP autorizo la emisión de mi Bono Pensional el cual tiene un valor de _____ a fecha de corte la cual es el _____ Art 52 D 1474/97.

Atentamente,

_____

Firma

_____

Nombre

HUELLA DACTILAR INDICE DERECHO

C. C._____ **de** _____

De: contacto@porvenir.com.co

Para: rolin8777@hotmail.es

CC:

Fecha: 27/09/2016 13:13

Asunto: Respuesta a su requerimiento.8619029

104

Bogotá D.C.

Señor

APOLINAR SÁNCHEZ ORDOÑEZ

rolin8777@hotmail.es

Ref. Rad. Porvenir: 0103803025170400
CC: 5242615
T.N: 8619029
COR - BENEF

Reciba nuestro cordial saludo.

En atención a su solicitud relacionada con la documentación enviada a la aseguradora AXA Colpatria, le informamos lo siguiente:

Realizada la validación correspondiente en nuestra base de datos, le remitimos copia de la comunicación enviada el 3 de mayo de 2016, mediante la cual esta Administradora solicitó a la aseguradora la recalificación de su Pérdida de Capacidad Laboral (PCL).

Así mismo, anexamos comunicación mediante la cual dicha aseguradora el 1 de junio de 2016, nos solicitó documentos adicionales para el estudio correspondiente.

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

Por favor no responda este mensaje, corresponde a un buzón automático de envío de información.

PAOLA ANDREA ÁLVAREZ CARVAJAL

Atención Integral a Clientes

PAAC/Luz C.

siendo los N°1

579
D
TN 8399288

CPCL - BEN

Radicado - Porvenir S.A. ficado

0103809024116600

Documentos Básicos para el Proceso de Valoración de Pérdida de Capacidad Laboral

porvenir Pensiones y Cesantías Porvenir

Nombre del Afiliado APOLINAR SANCHEZ

C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ N° Documento 5242615 De LEIVA - NARIÑO

Oficina CALI CENTRO Páginas 22

Centro de Costos 579

Físico 94.36177 16

Proceso de Calificación del Estado de Invalidez — Verificación Oficina

		SI	NO
ANG	1. Anexo G completamente diligenciado en todos los campos con letra legible.	✓	
DIA	2. Fotocopia del documento de identidad del afiliado al 150%.	✓	
AHC	3. Autorización de conocimiento de historia clínica con firma y huella dactilar del afiliado.	✓	
HCA	4. Historia Clínica completa que incluya valoraciones, conceptos y tratamiento de los últimos doce meses.	✓	
CRIE	5. Concepto de Rehabilitación en original de la EPS. Esta debe contener como mínimo: fecha de expedición, diagnóstico, pronóstico, secuelas, concepto NO FAVORABLE y origen común.		✓
ECA	6. Exámenes Complementarios (como resultado de imágenes diagnósticas de laboratorio, y afines).	✓	
CEPI	7. Certificado con las Relación de las Incapacidades expedido por la EPS.		✓
OEJ	8. Dictamen de Junta Regional y/o Nacional si con anterioridad fué calificado.		✓
HCA	9. Carta del afiliado aclarando si el origen de las patologia a estudiar se encuentran en apelación o no.	✓	

⚠ Recuerde que:

1. Recibido no implica aceptación, la lista de documentos entregada esta sujeta a verificación y control, por tal motivo puede ser susceptible de modificaciones, las cuales se informarán oportunamente al peticionario.
2. Para iniciar el proceso es requisito indispensable que radique la documentación completa y en el orden indicado anteriormente.
3. No se aceptan medios magnéticos.
4. Para los casos de Régimen Subsidiado (SISBEN) se debe aportar Historia Clínica actualizada, no es necesario Concepto de Rehabilitación.

Observaciones: Afiliado con reduccion de Pension exp PI 73991. Mignado Horizonte

Validación de Documentos Recibidos por el Área Responsable

Firma

Fecha :

Año	Mes	Día

Nombre

Espácio para Sello de Correspondencia

porvenir
sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Firma Consultor

Firma

Fecha :

Año	Mes	Día
2016	02	01

Nombre Adriana Hernandez

Firma Afiliado Apolinar sanchez

Fecha :

Año	Mes	Día
2016	02	01

V: 1.0

ENE-16 F-01-BF-RC-41

"En Porvenir tramitar su solicitud de valoración PCL es fácil y rápido, no necesita tramitador"

Tenga en cuenta que el trámite de su solicitud no tiene ningún costo. Por favor absténgase de entregar dinero a personas que se lo soliciten. Denuncie cualquier anomalía a nuestra auditoría interna fax N° 3390101 en Bogotá o al A.A. 241800 en Bogotá.

BEN – CPCL

porvenir

Check List – Validación Documental

Valoración PCL

Valid. 1	Valid. 2	Documentos – Validación
☐	☑	▪ **ANG →** Anexo G completamente diligenciado en todos los campos con letra legible
☑	☑	▪ **DIA →** Fotocopia del documento de identidad del afiliado al 150%
☑	☑	▪ **AHC →** Autorización de conocimiento de historia clínica ☑ Firma ☑ Huella dactilar del afiliado
☐	☑	▪ **HCA →** Historia clínica completa que incluya valoraciones, concepto y tratamiento de los últimos doce (12) meses.
☐	☐	▪ **CRIE →** Concepto de Rehabilitación en original de la EPS. Esta debe contener como mínimo: ☐ Fecha de expedición ☐ Diagnóstico ☐ Pronóstico ☐ Secuelas ☐ Concepto NO FAVORABLE / DESFAVORABLE y origen común. Nota: Para los casos de Régimen Subsidiado – Sisben no es necesario Concepto de rehabilitación.
☐	☑	▪ **ECA →** Exámenes Complementarios (si aplica).
☐	☐	▪ **CEPI →** Certificado con la relación de las incapacidades expedido por la EPS. ☐ Continuidad hasta el día 540 y origen común
☐	☐	▪ **OEJ →** Dictamen de junta Regional o Nacional si con anterioridad fue calificado
☐	☑	▪ **HCA →** Carta del afiliado aclarado si el origen de la patología a estudiar se encuentran en apelación o no
	☑	**Documentos Adicionales** ▪ Check List – Validación Documental (con doble firma)
	☐	▪ Asignación de tarea de intensión pensión o emisión de bono pensional

porvenir
sólo hay una
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Firma validación - Inicial

Nombre y apellido

Firma validación - segunda

Nombre y apellido

⚠ Importante

- ✓ **Para iniciar el proceso es requisito indispensable que radique la documentación completa**
- ✓ **Realizar la foliación / código según el orden indicado**

ANG

porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Anexo G

porvenir Fondo de Pensiones Porvenir

I. Tipo de Solicitud

Solicitud de Subsidio Equivalente de Incapacidad Temporal ☐	Solicitud de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) ☒

II. Datos del Afiliado

Apellidos	Nombres		
Sanchez Ordoñez	Apolinar		
Tipo de Documento: C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	N° Documento de Identidad: 5.242.615	Lugar de Expedición: Leiva Nariño	Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día): 04-mayo-1962
Edad: 53 años	Estado Civil: Casado	Escolaridad: Primaria	
Dirección de Residencia: Ortigal - Cauca	Ciudad: Miranda	N° Teléfono Residencia: —	
N° Teléfono Celular: 4874050	Otra Dirección de Contacto (Obligatorio):	Otro N° Teléfono de Contacto (Obligatorio): 314 638 62 38	
Nombre EPS: AIC Salud. (Asociacion Ind. del Cauca)	Nombre ARP: Sin ARL.		
Dirección de Correo Electrónico (e-mail): No tiene. @	Autorizo el Envío de Información a Través de Correo Electrónico: Si ☐ No ☒		

III. Datos del Tercero Autorizado

Apellidos	Nombres		
Sanchez Ordoñez	Rolando		
Tipo de Documento: C.C ☒ C.E ☐ T.I ☐	N°. Documento de Identidad: 1.114.884.880	Dirección de Localización: Ortigal - Cauca	
Ciudad: Miranda	N° de Teléfono Residencia: —	N° de Teléfono Celular: 314 638 62 38	

Parentesco: Cónyuge ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hijo ☒ Hermano ☐ Apoderado ☐ Otro ☐ ¿Cuál? _____

IV. Antecedentes Laborales

Empleo Actual

Nombre de la Empresa Contratante		
Sin empleo actual.		
Dirección de la Empresa Contratante	Ciudad	N° Teléfono Fijo
Nombre de la Empresa donde Labora	Ciudad	N° Teléfono Fijo
Dirección de la Empresa donde Labora	Ciudad	N° Teléfono Fijo
Denominación del Cargo Actual	Antigüedad en el Cargo Actual	Antigüedad en la Empresa
Profesión u oficio		

Otros Empleos Desempeñados

Nombre de la Empresa	Nombre del Cargo	Tiempo
Mayagüez SA	Oficios Varios	5 años

ANG

ANG

porvenir
sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 5 04 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA
RECIBIDA

V. Enfermedad Actual

1. Fecha desde la cual el afiliado comenzó a presentar su enfermedad: Hace unos 18 años.	
2. ¿La enfermedad del afiliado es consecuencia de un accidente o de una enfermedad?	Accidente ☐ Enfermedad ☒
3. Si la enfermedad del afiliado es consecuencia de un accidente ¿dónde se encontraba el afiliado al momento del accidente? (Especifique): Carretem del puto 13 hacienda aranca en candelaria - valle.	
4. Si la enfermedad del afiliado es consecuencia de un accidente ¿se encontraba trabajando en ese momento?	SI ☐ NO ☒
5. Si la enfermedad del afiliado es consecuencia de un accidente ¿qué estaba haciendo en ese momento? (Especifique): Se dirigia de la casa a su lugar de trabajo supre una caido en la cicla presentando dolor en la columna..	
6. Si la enfermedad del afiliado es consecuencia de un accidente de tránsito especifique si el automotor era utilizado para las actividades laborales.	SI ☐ NO ☒
7. Si la enfermedad del afiliado es consecuencia del accidente de tránsito ¿dónde ocurrió el accidente y hacia dónde se dirigía el afiliado?	
8. ¿Cuál es el diagnóstico clínico de la enfermedad? (Nombre de la enfermedad): Traumatologia columna, (Hernia Discal)	

VI. Información Grupo Familiar

Parentesco	Nombre y Apellido	N° de Identificación	Fecha de Nacimiento (Año/Mes/Día)
Esposa	Maria Dionilde Ordoñez	59.760.014	19 - Julio - 19
Hijo	Leodan Sanchez Ordoñez		
Hijo	Rolando sanchez Ordoñez	1.114.984.880	10 - Marzo - 1991

VII. Cuenta Bancaria (Solo aplica para el pago de subsidio equivalente de incapacidad temporal).

Autorizo SI ☐ NO ☒

A Porvenir S.A. para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación

Nombre del banco | N° de cuenta | Tipo de cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐

VIII. Firma

El solicitante manifiesta bajo la gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculta a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A. para validarla y verificarla, acudiendo a cualquier fuente de información y/o investigación siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de la información que falte a la verdad.
La presente solicitud se efectúa con el fin de adelantar ante la junta regional calificadora de invalidez de las gestiones tendientes a obtener el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, así como el origen de la misma, por lo tanto no constituye solicitud formal de pensión de invalidez.
Una vez firme el dictamen de invalidez, aportaré todos los documentos requeridos para que Porvenir S.A inicie el estudio de mi solicitud.

Firma del Afiliado

Apolinar Sanchez

Nombre y Apellido: Apolinar Sanchez

N° de Identificación: 5.242.615

SEP-14 F-01-BF-RC-28 V:-

D1D

FARA U...

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 5.242.615
SANCHEZ ORDOÑEZ

APELLIDOS
APOLINAR

NOMBRES

FIRMA

porvenir
sólo hay uno
Oficina Celi Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

FARA USO...

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1962
LEIVA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
28-AGO-1987 LEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1106400-00177750-M-0005242615-20090914 0016025771A 2 32081573

AUC

Ciudad y fecha

Señores:
Porvenir S.A
Ciudad

porvenir
sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLINICA E HISTORIA LABORAL

Yo, Apolinar Sanchez Ordoñez identificado con C.C [X] C.E [ ] número 5.247.615, expedida en: Leiva - Nariño autorizo en forma expresa a Seguros de Vida Alfa S.A y demás entes del Sistema General de Seguridad Social encargados de la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, para tener acceso y copia de mi historia clínica incluyendo todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados, así como también a mi historia laboral, en desarrollo del articulo 34 de la Ley 23 de 1981 y de la resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud.

Cordialmente,

FIRMA PACIENTE: Apolinar Sanchez
NOMBRE. Apolinar Sanchez
No. Identificación 5.247.615
Dirección: Ortigal - Cauca
Teléfono: 3148744050

AHC.

DATOS DE HISTORIA CLÍNICA

CIUDAD: Cali
FECHA: 01-02-2016
NOMBRE: Apolinar Sanchez Ordoñez
CÉDULA: 5242 615

porvenir
sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

A continuación relacione el nombre de la Entidades Promotoras de Salud a que ha estado afiliado (tanto como afiliado directo como beneficiario de servicios) y al frente las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud que le brindaron los servicios en cada caso:

EPS	IPS
Seguro Social	Hospital San Jose de Popayan.
AIC (Asociacion de Indig. del cauca).	

A continuación relacione el nombre de las entidades de Planes de Beneficios, Pólizas de Seguros, Compañías de Medicina Prepagada, Regímenes Especiales, Clínicas o Médicos Particulares a que ha estado afiliado (como afiliado directo o beneficiario de servicios) o que le han brindado servicios médicos.

OBSERVACIONES:

Certifico bajo gravedad de juramento, que esas son las únicas entidades en las que he recibido atención medida.

FIRMA DEL PACIENTE.

Apolinar sandez

No. Identificación: 5.242.615

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
891580002

Formato HC 36
Fecha 2014
Versión 0

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 5

Nº Historia Clínica: 5242615 **Fecha:** 27/01/2016 09:10:52 a.m. **Nº Ingreso:** 758140

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	**Género:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	04/mayo/1962 **Edad:** 53 Años \ 8 Meses \ 24 Días	**Estado Civil:**	Casado
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3148744050-3103756720

Tipo ID:	Cédula_Ciudadanía	**Tipo Afiliado:**	Ninguno
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3148744050-3103756720
Procedencia:	MIRANDA	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS INDIGENA	**Nivel - Estrato:**	SIN NIVEL O NIVEL N

DATOS DEL INGRESO **Fecha Ingreso:** 27/01/2016 07:51:09 a.m.

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Otra

porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

Especialidad:

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL DX: SX ESPALDA FALLIDA LUMBAR, DOLOR CRONICO INTRATABLE, DEPENDENCIA A OPIODES

ENFERMEDAD ACTUAL

18 AÑOS CON DOLOR LUMBAR NOCONTROLADO CON ANALGESICOS NI NEUROCIRUGIA. CONOCIDA PREVIAMENTE DR PALECHOR DE LARGA EVOLUCION. SINDROME DOLOROSO COMPLEJO CON MULTIPLES COMPONENTES EMOCIONALES Y COGNITIVOS.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

BUEN ESTADO FISICO; HEMODINAMICO Y NUTRICIONAL

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

NA

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 122/ 77 TAM: 92 FC: 78 FR: 19 Temp: 36 Peso: 51grm Talla: 157cm

VALORACION ESCALA DEL DOLOR: 3

CABEZA : NO APLICA.	A. Urinario : NO APLICA.
OJOS : NO APLICA.	Genitales : NO APLICA.
ORL : NO APLICA.	Piel : NO APLICA.
Cuello : NO APLICA.	Musculoesquelético : NO APLICA.
Torax : NO APLICA.	S. Linfático : NO APLICA.
Pulmones : NO APLICA.	Vascular: NO APLICA.
Corazón : NO APLICA.	Vascular: NO APLICA.
Abdoomen : NO APLICA.	

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

CODIGO	NOMBRE	PRINCIPAL	TIPO

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
891580002

Formato HC 36
Fecha 2014
Versión 0

HCA

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 5

Nº Historia Clínica: 5242615 **Fecha:** 27/01/2016 09:10:52 a.m. **Nº Ingreso:** 758140

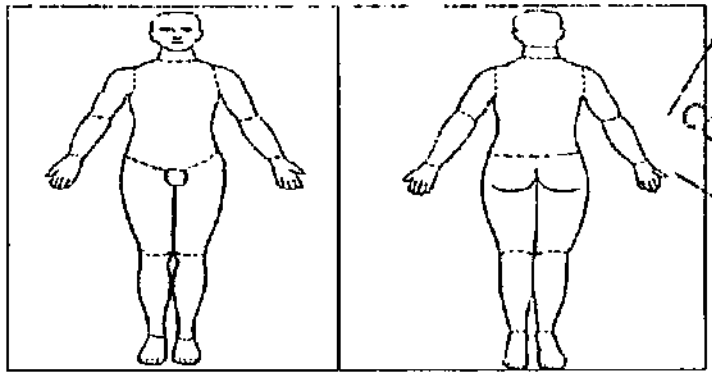
Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	**Género:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	04/mayo/1962 **Edad:** 53 Años \ 8 Meses \ 24 Días	**Estado Civil:**	Casado
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3148744050-3103755720

R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	☑ Presuntivo
R522	OTRO DOLOR CRONICO	☐ Presuntivo

ESQUEMA CORPORAL



Porvenir sólo hay uno Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CONDUCTA

1. BUPRENORFINA PARCHES 35 MCG/HORA . COLOCAR 1/2- 1 PARCHE CADA 72 HORAS X 30 DIAS,2. PREGABALINA CAPSULAS 150 MG VO NOCHE X 60 DIAS,3. CONSULTA EN 45 DIAS CON ALGESIOLOGIA4. REQUIERE TRASPORTE EN AMBULANCIA

COMENTARIO CLINICO

PACIENTE EN PROCESO DE DETOXIFICACION POR USO CRONICO DE OPIOIDES FUERTES Y COMPROMISO COGNITIVO. ASOCIADO DOLOR INTRATABLE, SX DE ESPALDA FALLIDA. EN EL MOMENTO SE CONTINUA USO DE BUPRENORFINA Y SE AJUSTA PREGABALINA PARA CONTROL DE DOLOR NEUROPATICO. DEBE CONTINUAR TTO DE FORMA INDEFINIDA. CITA DE CONTROL EN 45 DIAS.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

SI

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna)

DESTINO Cita control: SIdias. en 45dias. Se remite a: MEDICO ESPECIALISTA Especialidad: ALGESIOLOGIA **Terapia:**

CALVACHE ESPAÑA JOSE ANDRES
DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS **RM:** 05575-15
Firma Digitalizada

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL SAN JOSÉ
891580002

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

Formato HC 35
Fecha 2014
Versión 0

HCA

FOLIO: 4

Nº Historia Clinica: 5242615 **Fecha:** 10/11/2015 09:32:29 a.m. **Nº Ingreso:** 740575

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	**Género:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	04/mayo/1962 **Edad:** 53 Años \ 6 Meses \ 7 Días	**Estado Civil:**	Casado
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3148744050-3103756720
Tipo ID:	Cédula_Ciudadanía	**Tipo Afiliado:**	Ninguno
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3148744050-3103756720
Procedencia:	MIRANDA	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS INDIGENA	**Nivel - Estrato:**	SIN NIVEL O NIVEL N

DATOS DEL INGRESO **Fecha Ingreso:** 10/11/2015 07:17:07 a.m.

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad General

Porvenir Vida Hay Uno Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

Especialidad:

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL DX: SX ESPALDA FALLIDA LUMBAR SX FARMACODEPENDENCIA A OPIODES

ENFERMEDAD ACTUAL

18 AÑOS CON DOLOR LUMBAR NOCONTROLADO CON ANALGESICOS NI NEUROCIRUGIA

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

BUEN ESTADO FISICO; HEMODINAMICO Y NUTRICIONAL

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 108/64 TAM: 78 FC: 68 FR: 19 Temp: 35 Peso: 51grm Talla: 167cm

VALORACION ESCALA DEL DOLOR: 8

☐ Duele muchísimo

CABEZA : NORMAL.	A. Urinario : NORMAL.
OJOS : NORMAL.	Genitales : NORMAL.
ORL : NORMAL.	Piel : NORMAL.
Cuello : NORMAL.	Musculoesquelético : NORMAL.
Torax : NORMAL.	S. Linfático : NORMAL.
Pulmones : NORMAL.	Vascular: NORMAL.
Corazón : NORMAL.	Vascular: NORMAL.
Abdoomen : NORMAL.	Otros: NO.

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

CODIGO	NOMBRE	PRINCIPAL	TIPO

Fecha Actual : martes, 10 noviembre 2015

Usuario: 10535044

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

HISTORIA CLINICA

Formato HC 36
Fecha .2014
Versión 0

HCA

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 4

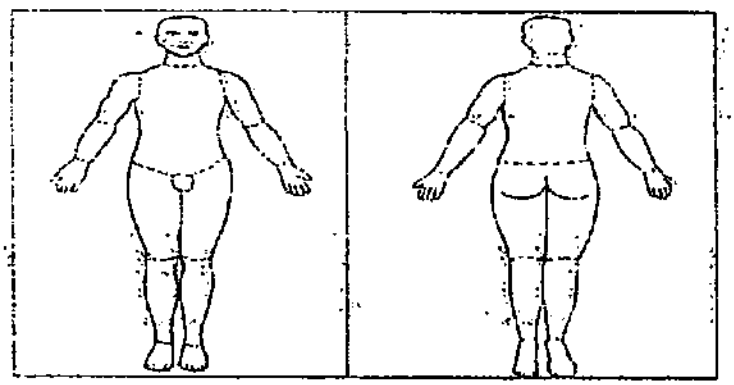
891580002
Historia Clínica: 5242615 Fecha: 10/11/2015 09:32:29 a.m. Nº Ingreso: 740575
Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ Género: Masculino
Fecha Nacimiento: 04/mayo/1962 Edad: 53 Años \ 6 Meses \ 7 Dias Estado Civil: Casado
Dirección: ORTIGAL GAUCA Teléfono: 3148744050-3103756720

R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE ☑ Definitivo

ESQUEMA CORPORAL



CONDUCTA

1 SUSPENDER METADONA 2 BUPRENORFINA PARCHES 35 MCG/HORA . COLOCAR 1/2- 1 PARCHE CADA 72 HORAS X 30DIAS 3 DULOXETINA CAP 60 MG . CADA 24 HORAS X 60 DIAS 4 CONSULTA EN 6 SEMANAS 5 REQUIERE TRASPORTE EN AMBULANCIA

COMENTARIO CLINICO

FARMACODEPENDENCIA A OPIODES

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

SI

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna)

Sólo hay una
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DESTINO Cita control: en 45dias. Se remite a: MEDICO ESPECIALISTA Especialidad: ALGESIOLOGIA Terapia: Sidias.

PALECHOR OBANDO NELSON
DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS RM: 11139
Firma Digitalizada

HISTORIA CLINICA

Formato HC 36
Fecha 2014
Versión 0

HOSPITAL SAN JOSE
891580002-

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 3

Nº Historia Clínica: 5242615 **Fecha:** 24/08/2015 01:45:27 p.m. **Nº Ingreso:** 703721

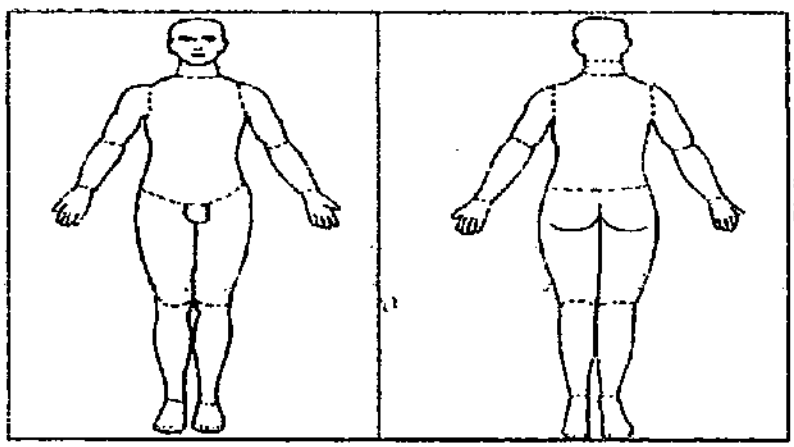
Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	**Género:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	04/mayo/1962 **Edad:** 53 Años \ 1 Meses \ 20 Dias	**Estado Civil:**	Casado
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3103756720

CODIGO	NOMBRE	PRINCIPAL	TIPO
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	☑	Definitivo

ESQUEMA CORPORAL



porvenir sólo hay uno Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CONDUCTA

METADONA TAB40 MG 1/4 TAB C/24 HORAS X 30 DIAS CONSULTA ALGESIOLOGIA 60 DIAS

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

SI

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna)

N.A.

DESTINO Cita control: Sidias. en 60dias. Se remite a: MEDICO ESPECIALISTA Especialidad: ALGESIOLOGIA Terapia:

PALECHOR OBANDO NELSON
DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS
RM: 11139
Firma Digitalizada

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

HISTORIA CLINICA

Formato HC 36
Fecha 2014
Versión 0

HOSPITAL SAN JOSÉ
891580002

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 3

Nº Historia Clinica: 5242615 **Fecha:** 24/06/2015 01:45:27 p.m. **Nº Ingreso:** 703721

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	**Género:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	04/mayo/1962 **Edad:** 53 Años \ 1 Meses \ 20 Dias	**Estado Civil:**	Casado
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3103756720

Tipo ID:	Cédula_Ciudadanía	**Tipo Afiliado:**	Ninguno
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3103756720
Procedencia:	MIRANDA	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC EPS INDIGENA	**Nivel - Estrato:**	SIN NIVEL O NIVEL N

DATOS DEL INGRESO **Fecha Ingreso:** 24/06/2015 09:22:09 a.m.

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

Porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

Especialidad:

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL DX :ESPALDA FALLIDA DOLOR CRONICO MIXTO COLUMNA LUMBAR INTOXICASION CRONICA OPIOIDES (TRAMADOL)

ENFERMEDAD ACTUAL

DOLOR CRONICO MIXTO COLUMNA LUMBAR NO CONTROLADO POR FALTA DE SUMINISTRO DE METADONA .EN EL MOMENTO RECIBE TRAMADOL 100MG X 2

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

BUEN ESTADO FISICO

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 103/ 60 TAM: 74 FC: 74 FR: 17 Temp: 36 Peso: 50grm Talla: 1cm

CABEZA : NORMAL.	A. Urinario : NORMAL.
OJOS : NORMAL.	Genitales : NORMAL.
ORL : NORMAL.	Piel : NORMAL.
Cuello : NORMAL.	Musculoesquelético : NORMAL.
Torax : NORMAL.	S. Linfático : NORMAL.
Pulmones : NORMAL.	Vascular: NORMAL.
Corazón : NORMAL.	Vascular: NORMAL.
Abdoomen : NORMAL.	Otros: NO.

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

HISTORIA CLINICA

Formato HC 36
Fecha 2014
Versión 0

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ
891580002

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 2

Nº Historia Clínica: 5242615 **Fecha:** 20/05/2015 09:53:51 a.m. **Nº Ingreso:** 684323

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

HCA

DATOS PERSONALES

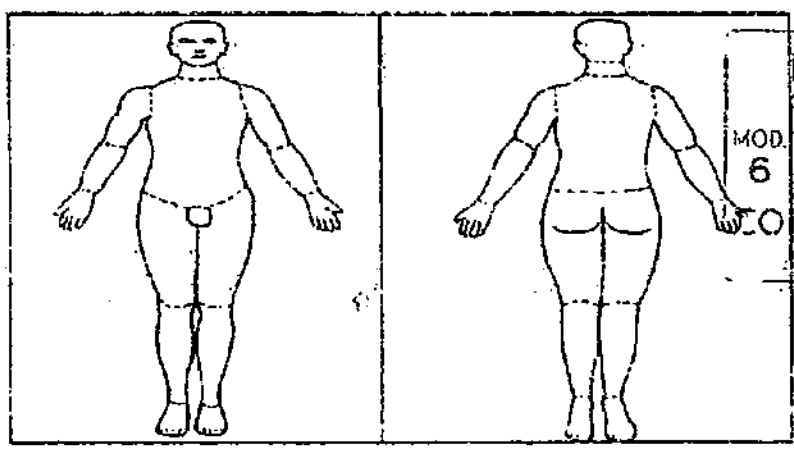
Nombre Paciente: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ **Género:** Masculino

Fecha Nacimiento: 04/mayo/1962 **Edad:** 53 Años \ 0 Meses \ 16 Dias **Estado Civil:** Casado

Dirección: ORTIGAL CAUCA **Teléfono:** 3103756720

CODIGO	NOMBRE	PRINCIPAL	TIPO
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	☑	Presuntivo

ESQUEMA CORPORAL



porvenir sólo hay uno Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CONDUCTA

1.10 SESIONES DE TERAPIA FISICA COLUMNA DORSO LUMBAR2. 10 SESIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL COLUMNA DORSO LUMBAR3.VALORACION URGENTE Y PRIOTARIA_: FISIATRIA, PSQUIATRIA, PSICOLOGIA.4. METADONA TAB 40 MG. 1/4 CADA 24 HORAS POR 30 DIAS5.PREGABALINA CAP 75 MG CADA 24 HORAS POR 60 DIAS. 6. MITRUL (CILOBENZAPRINA) CAP 15 MG CADA 24 HORAS POR 60 DIAS7. CONSULTA POR ALGESIOLOGIA POR 60 DIAS

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

SI

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna)

N.A.

DESTINO Cita control: SIdias. en 60dias. Se remite a: MEDICO ESPECIALISTA Especialidad: ALGESIOLOGIA Terapia:

PALECHOR OBANDO NELSON
DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS RM: 11139
Firma Digitalizada

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN]-NIT-[891580002-5]

ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - IPS I MINGA
Resolución 083 del 15 de Diciembre de 1997
Dirección General de Asuntos Indígenas – Ministerio del Interior
NIT. 817001773-3

HCA

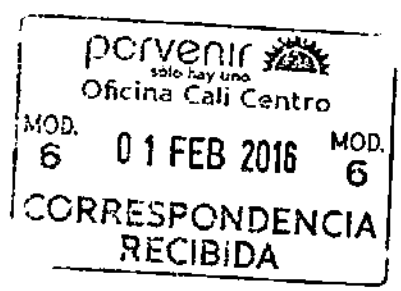
Historia Clínica No. 5242815

Usuario	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	Lugar procedencia	MIRANDA
Identificación	5242815	Lugar origen	MIRANDA
Fecha nacimiento	1962-05-04	Vereda	EL ORTIGAL
Edad	53	Municipio	MIRANDA
Lugar nacimiento	MIRANDA	Direccion	
Sexo	M	Teléfono	3148744050
Estado		Padres	-
Entidad	AIC - EPS INDIGENA	Responsable	

Fecha: 2015-06-23

No	ORDEN MEDICA
1	CITA EN TRES MESES

Diagnóstico Principal : TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION [F412]



TULIO MARINO PAZ MARTINEZ
CC 14997225, Psiquiatra reg: 698288
Responsable

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
891580002

Formato HC 38
Fecha 2014
Versión 0

HCA

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 2

Nº Historia Clinica: 5242615 **Fecha:** 20/05/2015 09:53:51 a.m. **Nº Ingreso:** 694323

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ **Género:** Masculino

Fecha Nacimiento: 04/mayo/1952 **Edad:** 53 Años \ 0 Meses \ 16 Días **Estado Civil:** Casado

Dirección: ORTIGAL CAUCA **Teléfono:** 3103756720

Tipo ID: Cédula_Ciudadanía **Tipo Afiliado:** Ninguno

Dirección: ORTIGAL CAUCA **Teléfono:** 3103756720

Procedencia: MIRANDA **Ocupación:** PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC **Régimen:** Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC **Nivel - Estrato:** SIN NIVEL O NIVEL N

DATOS DEL INGRESO **Fecha Ingreso:** 20/05/2015 07:11:41 a.m.

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

porvenir sólo hay uno Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

Especialidad:

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL DX:1:DOLOR LUMBAR CRONICO2. ESPALDA FALLIDA3. FARMACODEPENDENCIA A TRAMADOL4. INTOXICACION CRONICA OPIODES

ENFERMEDAD ACTUAL

10 AÑOS CON DOLOR MIXTO COLUMNA LUMBAR RADICULAR A MI IZQUIERDO. LAMINECTOMIA LUMBAR HACE 4 AÑOS. HACE 2 AÑOS CON FARMACODEPENDENCIA A TRAMADOL. TRATAMIENTO ACTUAL CON PSIQUIATRIA, ALGESIOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y FISIATRIA.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

BUEN CONDICIONES FISICAS

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 99/ 636 TAM: 457 FC: 66 FR: 17 Temp: 36 Peso: 50grm Talla: 167cm

CABEZA : NO APLICA.	A. Urinario : NO APLICA.
OJOS : NO APLICA.	Genitales : NO APLICA.
ORL : NO APLICA.	Piel : NO APLICA.
Cuello : NO APLICA.	Musculoesquelético : ANORMAL. ESPASMO MUSCULAR PARAVERTEBRALES LUMBARES
Torax : NORMAL.	S. Linfático : NO APLICA.
Pulmones : NO APLICA.	Vascular: NO APLICA.
Corazón : NO APLICA.	Vascular: NO APLICA.
Abdoomen : NO APLICA.	

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT [891580002-5]

HCA

FORMULA MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

Con experiencia y vocación mejoramos su salud

NIT. 891.560.002-5

FECHA			INGRESO No.
DIA	MES	AÑO	
20	5	2015	

NOMBRE DEL PACIENTE		
Apolinar Sanchez Ordoñez		
HISTORIA CLÍNICA	CAMA No.	SERVICIO
5242615		

MEDICAMENTO	UNID. MEDID	CANT. PEDIDA	CANTI. DESPAC
1) Metadona (40 mg)			
Tableta x 40 mg, Frasco de seguridad x 20 tabletas	B		
Tomar 0.25 tableta por via oral cada 24 horas	Ocho		
Tiempo administración: tratamiento por 30 dias	MOD. 6		MOD. 6
Nota adicional: TOMAR 1/4 TAB CADA 24 HORAS. 8 AM			
Diagnostico: Dolor Cronico Intratable			

COMVERITAS sólo hay uno Oficina Cali Centro

01 FEB 2016

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Nelson Palacios

LA FORMULACIÓN ES PARA 24 HORAS — OTRA (indicar)

FIRMA MÉDICO | REGISTRO | RECIBÍ | ENTREGUÉ

HCA

FORMULA MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

Con experiencia y vocación mejoramos su salud

NIT. 891.580.002.5

FECHA			INGRESO No.
DIA	MES	AÑO	
20	5	2015	

NOMBRE DEL PACIENTE		
Apolinar Sanchez Ordoñez		
HISTORIA CLÍNICA	CAMA No.	SERVICIO
5242615		

MEDICAMENTO	UNID. MEDID	CANT. PEDIDA	CANTI. DESPAC
VALORACION: PSICOLOGIA			
INTOXICACION CRONICA OPIODES			
Diagnostico: Dolor Cronico Intratable			

porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Nelson Palechor
C.C. 10.290.044
R.M. 11399

LA FORMULACIÓN ES PARA 24 HORAS – OTRA (Indicar)

FIRMA MÉDICO | REGISTRO | RECIBÍ | ENTREGUÉ

HCA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN E.S.E	FORMATO No.	944
	SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS-S	FECHA	2015-05-20
		VERSIÓN	1

NOMBRE DEL USUARIO	APELLIDOS	E.A.P.B
Apolinar	Sanchez Ordoñez	A.I.C.

EDAD	SEXO		TIPO DI	RC	TI	CC	CE	OTRO: CUAL	TRATAMIENTO			SERVICIO	FECHA		
													DD	MM	AAAA
52	F	M	No.DI	5242615					AMB	HOSP	URG		20	5	2015

DIAGNOSTICO No. 1	DIAGNOSTICO No. 2	DIAGNOSTICO No. 3
Dolor cronico Intratable		

RESUMEN DE ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con dolor severo intratable que requiere para su control el uso de opioide potente de larga acción de forma prolongada dada falla terapeutica de otras modalidades y contraindicaciones para uso de otros medicamentos. adicionalmente tiene contraindicaciones para el uso de otro tipo de opioides potentes.

porvenir sólo hay uno Call Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS DE LOS MEDICAMENTOS SEGÚN LO DEFINIDO EN LA RES. 3099 DE 2.008 y 4377 de 2012	MEDICAMENTOS POS UTILIZADOS PREVIAMENTE PARA EL MANEJO DE ESTA PATOLOGIA, SIN OBTENER RESPUESTA CLÍNICA O PARACLÍNICO SATISFACTORIO		MEDICAMENTOS NO POS-S SOLICITADO		Indicación Terapéutica	Efectos secundarios posibles contra indicaciones
			Nombre Genérico			
Nombre del medicamento en su denominación común internacional:	Oxicodona		Metadona (40 mg)		Dolor severo intratable	Nauseas, vomito, estreñimiento
Grupo Terapéutico	Opioide		Opioide			
Principio activo individual o combinado	Oxicodona		Metadona			
Concentración y forma farmacéutica	Tabletas x 10 mg		Tableta x 40 mg. Frasco de seguridad x 20 tabletas			
No. de dosis/ día / No. días tratamiento	Tomar 1 cada 12 horas	30 días	Tomar 0.25 tableta por via oral cada 24 horas	30 días		

Tiempo de respuesta esperado Medicamento NO POS

PARA DILIGENCIAR POR FARMACIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE:

CANTIDAD AUTORIZADA DEL MEDICAMENTO NO POS-S		REGISTRO INVIMA DEL MEDICAMENTO NO POS-S	
		COD. CUM	

Razones para la no formulación del medicamento del listado POS (Marque con una X la opción(es) para su NO formulación).

1	El medicamento no se encuentra en el listado POS y no tiene homólogo	X
2	Se previeron u observaron reacciones en el listado POS y no tiene homólogo	X
3	Esta contraindicado el uso de medicamentos POS en el paciente	
4	No hay respuesta clínica ni paraclínica con medicamentos POS	X
5	Se prevee u observa intolerancia del paciente al medicamento NO POS	
6	Otros: (explique)	

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

Nelson Palechor Delgado

FIRMA

Nelson Palechor C.C. 10.535.044 R.M. 11139

REGISTRO MEDICO

11139 / CC 10.535.044

HCA

FORMULA MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

Con experiencia y vocación mejoramos su salud

NIT. 891.580.002-8

FECHA			INGRESO No.
DIA	MES	AÑO	
20	5	2015	

NOMBRE DEL PACIENTE		
Apolinar Sanchez Ordoñez		
HISTORIA CLÍNICA	CAMA No.	SERVICIO
5242615		

MEDICAMENTO	UNID. MEDID	CANT. PEDIDA	CANTI. DESPAC
VALORACION POR FISIATRIA,			
ESPALDA FALUDA			
DOLOR CRONICO LUMBAR			
Diagnostico: Dolor Cronico Intratable			

Porvenir sólo hay uno Oficina Cali Centro MOD. 6 UTIED 2015 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Nelson Palechor C.C. 19.698.044 R.M. 11130

LA FORMULACIÓN ES PARA 24 HORAS – OTRA (Indicar)

FIRMA MÉDICO | REGISTRO | RECIBÍ | ENTREGUÉ

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL SAN JOSE
891580002

Formato HC 36
Fecha 2014
Versión 0

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 2

Nº Historia Clinica: 5242615 **Fecha:** 20/05/2015 09:53:51 a.m. **Nº Ingreso:** 694323

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

HCA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ	**Género:**	Masculino
Fecha Nacimiento:	04/mayo/1962 **Edad:** 53 Años \ 0 Meses \ 16 Días	**Estado Civil:**	Casado
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3103756720
Tipo ID:	Cédula_Ciudadanía	**Tipo Afiliado:**	Ninguno
Dirección:	ORTIGAL CAUCA	**Teléfono:**	3103756720
Procedencia:	MIRANDA	**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC	**Nivel - Estrato:**	SIN NIVEL O NIVEL N

DATOS DEL INGRESO **Fecha Ingreso:** 20/05/2015 07:11:41 a.m.

Responsable: **Teléfono Resp:**

Dirección Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad_General

porvenir
Oficina Call Center
MOD. 5 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

Especialidad:

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL. DX:1.DOLOR LUMBAR CRONICO2. ESPALDA FALLIDA3. FARMACODEPENDENCIA A TRAMADOL4. INTOXICACION CRONICA OPIODES

ENFERMEDAD ACTUAL

10 AÑOS CON DOLOR MIXTO COLUMNA LUMBAR RADICULAR A MI IZQUIERDO. LAMINECTOMIA LUMBAR HACE 4 AÑOS. HACE 2 AÑOS CON FARMACODEPENDENCIA A TRAMADOL. TRATAMIENTO ACTUAL CON PSIQUIATRIA, ALGESIOLOGIA, NEUROCIRUGIA Y FISIATRIA.

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

BUEN CONDICIONES FISICAS

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 99/636 TAM: 457 FC: 66 FR: 17 Temp: 36 Peso: 50gm Talla: 167cm

CABEZA : NO APLICA.	A. Urinario : NO APLICA.
OJOS : NO APLICA.	Genitales : NO APLICA.
ORL : NO APLICA.	Piel : NO APLICA.
Cuello : NO APLICA.	Musculoesquelético : ANORMAL. ESPASMO MUSCULAR PARAVERTEBRALES LUMBARES
Torax : NORMAL.	S. Linfático : NO APLICA.
Pulmones : NO APLICA.	Vascular: NO APLICA.
Corazón : NO APLICA.	Vascular: NO APLICA.
Abdoomen : NO APLICA.	

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

LICENCIADO A: [HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN] NIT:[891580002-5]

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL SAN JOSE 891580002

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

Formato HC 36
Fecha 2014
Versión 0

FOLIO: 1

Nº Historia Clinica: 5242615 Fecha: 17/04/2015 09:37:33 a.m. Nº Ingreso: 685659

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

HCA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ — Género: Masculino

Fecha Nacimiento: 04/mayo/1962 — Edad: 52 Años \ 11 Meses \ 13 Dias — Estado Civil: Casado

Dirección: ORTIGAL CAUCA — Teléfono: 3103756720

Tipo ID: Cédula_Ciudadania — Tipo Afiliado: Ninguno

Dirección: ORTIGAL CAUCA — Teléfono: 3103756720

Procedencia: MIRANDA — Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC — Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA AIC — Nivel - Estrato: SIN NIVEL O NIVEL N

DATOS DEL INGRESO Fecha Ingreso: 17/04/2015 07:04:52 a.m.

Responsable: Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Finalidad Consulta: No_Aplica — Causa Externa: Enfermedad General

porvenir sólo hay uno Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
ESPALDA FILIPINA
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

Especialidad:

MOTIVO DE CONSULTA

CONTROL DX DOLOR LUMBAR CRONICO INTRATABLE INTOXICACION CRONICA CON OPIOIDES (TRAMADOL)

ENFERMEDAD ACTUAL

DOLOR CRONICO Y DESINTOXICACION DE OPIOIDES NO CONTROLADA PORQUE LA EPS NO SUMINISTRO LOS MEDICAMENTOS NI ACEPTO LAS ORDENES MEDICAS

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	DETALLE

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

BUEN ESTADO FISICO Y MENTAL

EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TA: 107/69 TAM: 81 FC: 70 FR: 14 Temp: 35 Peso: 50grm. Talla: 1cm.

CABEZA : NO APLICA.	A. Urinario : NO APLICA.
OJOS : NO APLICA.	Genitales : NO APLICA.
ORL : NO APLICA.	Piel : NO APLICA.
Cuello : NO APLICA.	Musculoesquelético : NO APLICA
Torax : NO APLICA.	S. Linfático : NO APLICA.
Pulmones : NO APLICA.	Vascular: NO APLICA.
Corazón : NO APLICA.	Vascular: NO APLICA.
Abdoomen : NO APLICA.	

IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CIE - 10

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL SAN JOSE 891580002

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

Formato HC 36
Fecha 2014
Versión 0.

FOLIO: 1

Nº Historia Clinica: 5242615 Fecha: 17/04/2015 09:37:33 a.m. Nº Ingreso: 685659

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

HCA

DATOS PERSONALES

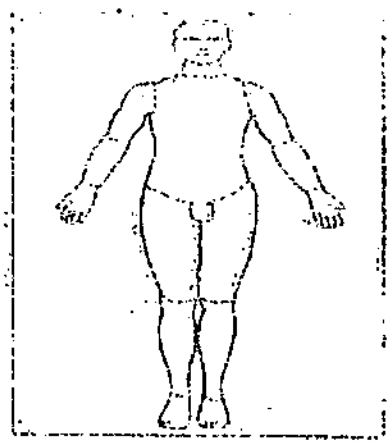
Nombre Paciente: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ Género: Masculino

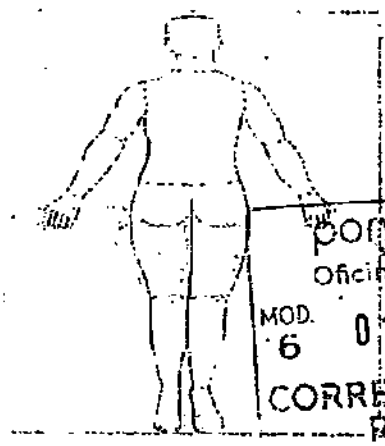
Fecha Nacimiento: 04/mayo/1952 Edad: 52 Años 11 Meses 13 Dias Estado Civil: Casado

Dirección: ORTIGAL-CAUCA Teléfono: 3103756720

CODIGO	NOMBRE	PRINCIPAL	TIPO
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	✓	Definitivo

ESQUEMA CORPORAL





porvenir sale muy uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CONDUCTA

METADONA TAB 40 MG. 1/4 DE TAB CADA 24 HORAS POR 30 DIASCONSULTA ALGESIOLOGIA 30 DIASCONTINUAR MANEJO POR PSIQUIATRIA. TRATAMIENTO URGENTE PRIORITARIO E INMEDIATO POR RAZONES CLINICAS SE DA CONSTANCIA DE ASISTENCIA A LA CONSULTA MEDICA SE DEJA CONSTANCIA QUE EL PACIENTE ES CRITICO POR SU DEPENDECIA FARMACOLOGICA Y EL NO SUMINISTRO OPORTUNO DE LOS MEDICAMENTOS Y RECOMENDACIONES MEDICAS ES GRAVE PARA EL PACIENTE.

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

PARCIAL

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna)

N.A.

DESTINO Cita control: Sidias en 30dias. Se remite a: MEDICO ESPECIALISTA Especialidad: ALGESIOLOGIA. Terapia:

PALECHOR OBANDO NELSON
DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS RM: 11139
Firma Digitalizada

HCA

FORMULA MÉDICA

HOSPITAL SAN JOSE

Con experiencia y vocación mejoramos su salud

NIT: 891.580.002-6

FECHA			INGRESO No.
DIA	MES	AÑO	
17	4	2015	

NOMBRE DEL PACIENTE		
Apolinar Sanchez Ordoñez		
HISTORIA CLÍNICA	CAMA No.	SERVICIO
5242615		

MEDICAMENTO	UNID. MEDID	CANT. PEDIDA	CANTI. DESPAC
Continuar manejo por psiquiatria			
Diagnostico: Dolor Cronico Intratable			

Porvenir
Sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 0 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

LA FORMULACIÓN ES PARA 24 HORAS – OTRA (indicar)

Nelson Valencia
C.C. 10.535.0[illegible]
Andres Mosquera
Teo 2110106[illegible]

FIRMA MÉDICO | REGISTRO | RECIBÍ | ENTREGUÉ

HOSPITAL SAN JOSE
891580002.

HISTORIA CLINICA

Formato HC 38
Fecha 2014
Versión 0

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

FOLIO: 1

Nº Historia Clínica: 5242615 **Fecha:** 17/04/2015 09:37:33 a.m. **Nº Ingreso:** 685659

Servicio: 7311 - CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA Y PROCEDIM.

HCA

DATOS PERSONALES

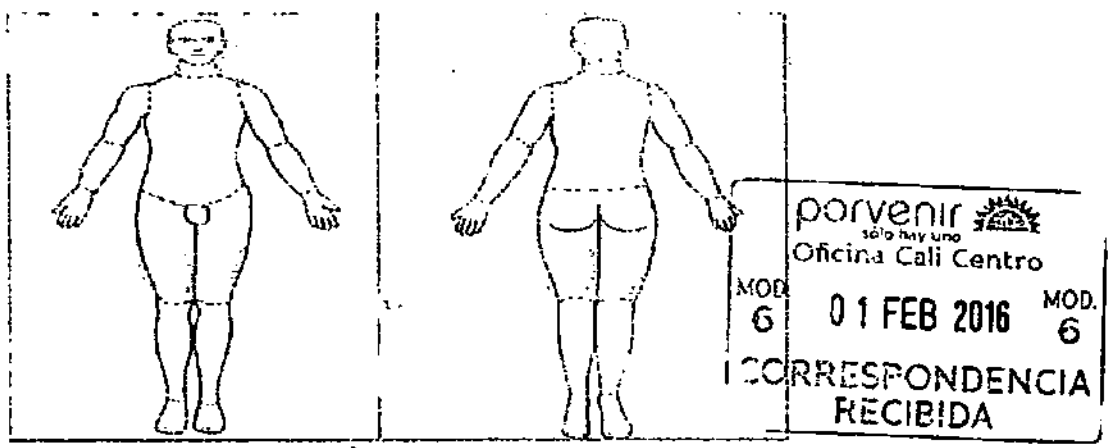
Nombre Paciente: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ **Género:** Masculino

Fecha Nacimiento: 04/mayo/1962 **Edad:** 52 Años \ 11 Meses \ 13 Días **Estado Civil:** Casado

Dirección: ORTIGAL CAUCA **Teléfono:** 3103756720

CODIGO	NOMBRE	PRINCIPAL	TIPO
R521	DOLOR CRONICO INTRATABLE	✔	Definitivo

ESQUEMA CORPORAL



porvenir
sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CONDUCTA

METADONA TAB 40 MG. 1/4 DE TAB CADA 24 HORAS POR 30 DIASCONSULTA ALGESIOLOGIA 30 DIASCONTINUAR MANEJO POR PSIQUIATRIA. TRATAMIENTO URGENTE PRIORITARIO E INMEDIATO POR RAZONES CLINICAS SE DA CONSTANCIA DE ASISTENCIA A LA CONSULTA MEDICA. SE DEJA CONSTANCIA QUE EL PACIENTE ES CRITICO POR SU DEPENDECIA FARMACOLOGICA Y EL NO SUMINISTRO OPORTUNO DE LOS MEDICAMENTOS Y RECOMENDACIONES MEDICAS ES GRAVE PARA EL PACIENTE.

COMENTARIO CLINICO

...

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

PARCIAL

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna)

N.A.

ESTINO Cita control: 8Idias. en 30dias. Se remite a: MEDICO ESPECIALISTA Especialidad: ALGESIOLOGIA Terapia:

11139

PALECHOR OBANDO NELSON
DOLOR Y CUIDADOS PALEATIVOS
RM: 11139
Firma Digitalizada

HCA

FORMULA MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

Con experiencia y vocación mejoramos su salud

NIT. 891.680.002-5

FECHA			INGRESO No.
DIA	MES	AÑO	
24	6	2015	

NOMBRE DEL PACIENTE		
Apolinar Sanchez Ordoñez		
HISTORIA CLÍNICA	CAMA No.	SERVICIO
5242615		

MEDICAMENTO	UNID. MEDID	CANT. PEDIDA	CANTI. DESPAC
Cita de control con Algesiologia - Medicina del Dolor en 60			
dias (2 meses)		MOD. 6	
Diagnostico: DOLOR LUMBAR CRONICO			

01 FEB 2016 MOD. 6

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

LA FORMULACIÓN ES PARA 24 HORAS – OTRA (Indicar)

Nelson Palechor Obando
Medicina del Dolor / Algesiologia 11139 / CC 10.535.044

Nelson Palechor C.C. 10.535.044 R.M. 11139

FIRMA MÉDICO REGISTRO RECIBI ENTREGUÉ

HCA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN E.S.E	FORMATO No.	944
	SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS-S	FECHA	2015-06-24
		VERSIÓN	1

NOMBRE DEL USUARIO	APELLIDOS	E.A.P.B
Apolinar	Sanchez Ordoñez	A.I.C.

EDAD	SEXO		TIPO DI	RC	TI	CC	CE	OTRO: CUAL	TRATAMIENTO			SERVICIO	FECHA		
													DD	MM	AAAA
52	F	X	No.DI	5242615					AMB	HOSP	URG		24	6	2015

DIAGNOSTICO No. 1	DIAGNOSTICO No. 2	DIAGNOSTICO No. 3
Dolor lumbar cronico		

RESUMEN DE ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con dolor severo intratable que requiere para su control el uso de opioide potente de larga acción de forma prolongada dada falla terapeutica de otras modalidades y contraindicaciones para uso de otros medicamentos, adicionalmente tiene contraindicaciones para el uso de otro tipo de opioides potentes, hay mo

Oficina Cali Centro
MOD. 5 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

CARACTERISTICAS FARMACOLOGICAS DE LOS MEDICAMENTOS SEGÚN LO DERIVADO EN LA RES. 3099 DE 2008 y 4477 de 2010		MEDICAMENTOS POS UTILIZADOS PREVIAMENTE PARA EL MANEJO DE ESTA PATOLOGIA, SIN OBTENER RESPUESTA CLÍNICA O PARACLINICO SATISFACTORIO		MEDICAMENTOS NO POS-S SOLICITADO			
				Nombre Genérico		Indicación Terapéutica	Efectos secundarios posibles contra indicaciones
Nombre del medicamento en su denominación común internacional.		Oxicodona		Metadona (40 mg)		Dolor severo intratable	Nauseas, vomito, estreñimiento
Grupo Terapéutico		Opioide		Opioide			
Principio activo individual o combinado		Oxicodona		Metadona			
Concentración y forma farmacéutica		Tabletas x 10 mg		Tableta x 40 mg, Frasco de seguridad x 20 tabletas			
No. de dosis/ día	No. días tratamiento	Tomar 1 cada 12 horas	30 días	Tomar 0,25 tableta por vía oral cada 24 horas	30 días		

Tiempo de respuesta esperado Medicamento NO POS	

PARA DILIGENCIAR POR FARMACIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

CANTIDAD AUTORIZADA DEL MEDICAMENTO NO POS-S		REGISTRO INVIMA DEL MEDICAMENTO NO POS-S	
		COD. CUM	

Razones para la no formulación del medicamento del listado POS (Marque con una X la opción(es) para su NO formulación)

1	El medicamento no se encuentra en el listado POS y no tiene homólogo	X
2	Se previeron u observaron reacciones en el listado POS y no tiene homólogo	X
3	Esta contraindicado el uso de medicamentos POS en el paciente	
4	No hay respuesta clínica ni paraclínica con medicamentos POS	X
5	Se prevee u observa intolerancia del paciente al medicamento NO POS	
6	Otros: (explique)	

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

Nelson Palechor Obando

FIRMA

Nelson Palechor C.C. 10.535.044 R.M. 11139

REGISTRO MEDICO

11139 / CC 10.535.044

Reclamar medicamento en Santander

HCA

FORMULA MÉDICA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

Con experiencia y vocación mejoramos su salud

NIT. 891.680.002.8

FECHA			INGRESO No.
DIA	MES	AÑO	
17	4	2015	

NOMBRE DEL PACIENTE		
Apolinar Sanchez Ordoñez		
HISTORIA CLÍNICA	CAMA No.	SERVICIO
5242615		

MEDICAMENTO	UNID. MEDID	CANT. PEDIDA	CANTI. DESPAC
Metadona Tab 40 mg			
Frasco de Seguridad por 20 tab # 1 (uno)			
Tomar ¼ de tableta cada 24 horas			
6 am			
TTO: 30 días			
Diagnostico: Dolor Cronico Intratable			

CORRESPONDENCIA Oficina Cali Centro
MOD. 3 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

LA FORMULACIÓN ES PARA 24 HORAS – OTRA (indicar)

Nelson Pacheco
C.C. 10.535.044
R.M. 11156

FIRMA MÉDICO

Andres mosquera
100 211 0866

REGISTRO

RECIBÍ

ENTREGUÉ

SECRETARIA DE SALUD DEL CAUCA

Control de Medicamentos

S? -

12 ABRIL 15 -

HCA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN E.S.E	FORMATO No.	944
	SOLICITUD Y JUSTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS NO POS-S	FECHA	2015-05-20
		VERSIÓN	1

NOMBRE DEL USUARIO	APELLIDOS	E.A.P.B
Apolinar	Sanchez Ordoñez	A.I.C.

EDAD	SEXO		TIPO DI	RC	TI	CC	CE	OTRO: CUAL	TRATAMIENTO			SERVICIO	FECHA		
													DD	MM	AAAA
52	F	M	No.DI	5242615					AMB	HOSP	URG		20	5	2015

DIAGNOSTICO No. 1*	DIAGNOSTICO No. 2*	DIAGNOSTICO No. 3*
Dolor crónico intratable		

RESUMEN DE ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente con dolor severo intratable que requiere para su control el uso de opioide potente de larga acción de forma prolongada dada falla terapeutica de otras modalidades y contraindicaciones para uso de otros medicamentos, adicionalmente tiene contraindicaciones para el uso de otro tipo de opioides potentes.

Comfenalco Salud EPS
Sede Cali Centro
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA
RADICADA

MOD. 6

CARACTERÍSTICAS FARMACOLOGICAS DE LOS MEDICAMENTOS SEGÚN LO DEFINIDO EN LA RES. 3099 DE 2008 y 4377 de 2010	MEDICAMENTOS POS UTILIZADOS PREVIAMENTE PARA EL MANEJO DE ESTA PATOLOGIA, SIN OBTENER RESPUESTA CLÍNICA O PARACLINICO SATISFACTORIO		MEDICAMENTOS NO POS-S SOLICITADO			
			Nombre Genérico	MOD. Indicación Terapéutica	Efectos secundarios posibles contraindicaciones	
Nombre del medicamento en su denominación común internacional.	Oxicodona		Metadona (40 mg)	Dolor severo intratable.	Nauseas, vomito, estreñimiento.	
Grupo Terapéutico	Opioide		Opioide			
Principio activo individual o combinado	Oxicodona		Metadona			
Concentración y forma farmacéutica	Tabletas x 10 mg		Tableta x 40 mg, Frasco de seguridad x 20 tabletas			
No. de dosis/ día	No. días tratamiento	Tomar 1 cada 12 horas / 30 días	Tomar 0,25 tableta por vía oral cada 24 horas / 30 días			

Tiempo de respuesta esperado Medicamento NO POS

PARA DILIGENCIAR POR FARMACIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

CANTIDAD AUTORIZADA DEL MEDICAMENTO NO POS-S		REGISTRO INVIMA DEL MEDICAMENTO NO POS-S	
		COD CUM	

	Razones para la no formulación del medicamento del listado POS (Marque con una X la opción(es) para su NO formulación)	
1	El medicamento no se encuentra en el listado POS y no tiene homólogo	X
2	Se previeron u observaron reacciones en el listado POS y no tiene homólogo	X
3	Esta contraindicado el uso de medicamentos POS en el paciente	
4	No hay respuesta clínica al paraclínico con medicamentos POS	X
5	Se previeo u observa intolerancia del paciente al medicamento NO POS	
6	Otros: (explique)	

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE

Nelson Palechor Erazo

FIRMA

Nelson Palechor
C.C. 10.535.044
R.M. 11139

REGISTRO MEDICO

11139 / CC 10.535.044

EXAMEN FISICO

Signos Vitales								
P	62 lat/mt	FR	18 res/mt	T°	36.1 °C	PA	120/80 mm/hg
PAM	mm/hg			Peso	52 Kg	Talla	cm

Aspecto general: Aceptable condición general

Órganos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.Linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Examen Fisico normal.

porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Sx Escalda Fallida Lumbar.		1) Buprenorfina parche x 35mg ✓ 72 hrs x 1 m
2 Dependencia Opioides - Desintoxicación Opioides		2) Suspender Metadona y Pregabalina
3		3) Risperidona tab 3mg: 1 tab 24 hrs VO pm x 1 m
4		4) Consulta en 45 días PREFERIBLE con Algesiología
5		5) Valoración Terapia ocupacional para evaluar
6		6 sitio de trabajo
7		7

COMENTARIO CLINICO

*Refiere no esta actual con la Buprenorfina sino con Metadona debido a que la EPS no ha colaborado con la continuación del tratamiento.

*Se Requiere que la EPS asegure el debido cumplimiento de las citas de control y administración del medicamento

*Recomendamos traslado en ambulancia por su patología Columna Lumbar

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a		Se contraremite a:	

Diana M. Hernández Valencia Palechor
C.C. 1.144.[illegible] Reg 11189

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HCA

J 250

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC: 902 Versión: 3 Fecha: 02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	51 años	Sexo	M	X	F			ENTIDAD	AIe.
Tipo D.I.	cedula	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Ortigal - mirandela - Llano.							TELEFONO	3148744405
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Rolando Sanchez							PARENTESCO	Hno.

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA DE LA CONSULTA	DD 17	MM 02	AAAA 14	Especialidad	M- dolor	Nº Fact.	916544		
Tipo de Consulta	Ira Vez Especialidad		Control Enf. aguda		Control Enf. Crónica	X			

Motivo consulta: 01 FEB 2010 — Dolor L → Sx Espalda Fallida

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Enfermedad Actual

- Dolor en región lumbar, irradiado a glúteo izq, y a región cervical, tipo punzante 10/10, descargas 8/10, y disestesias 10/10.
- Fuerza conservada en MsSs, la refiere disminuida en MI.
- Estreñimiento.
- No alteración sueño.
- Refiere - continúa con Metadona.

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							Gastritis Cronica
Diabetes							
Asma							
Cáncer					X		
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							Ca de Pulmon - madre.
Quirúrgicos							Diabetes - Padre.
Otros.							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales								
	P	93 laz/mit	FR	17 res/mit	T°	36 °C	PA	12/7 mm/hg
	PAM	— mm/hg		— Peso	52 Kg		Talla	167 cm

Aspecto general

HCA

Órganos	Normal	Alterado	No aplica	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				
2.Ojos				
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoesquelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

Dolor intenso al agregar
Digitopresion del
Lumbar
No Hay deficit
No Hay deficit sensitivo

Porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Sindrome Doloroso		1
2 Lumbar Lumbar.		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO

Tramadol x 50 mg Tab #300

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez						HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	50	Sexo	M		F		ENTIDAD	D/C
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615					
DIRECCIÓN	Miranda Corr. El Hatillo						TELEFONO	3148740105
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Rolando Sanchez						PARENTESCO	Hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	23 ENE	2013	AAAA		Especialidad	Neuro Cx	Nº Fact.	800397
Tipo de Consulta		1ra vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. Crónica	

Motivo consulta

porvenir
solo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MDD.
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Enfermedad Actual

Dolor Lumbar Irradiado a la Region Lumbar, Dorsal, cervical y en la region occipito frontal desde Marzo del 15 Dias / 12 Hs

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cancer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirurgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	86 lat/min	FR	res/min	T°	°C	PA	110/62 mm/hg
	PAM	mm/hg		Peso	57	kg	Talla	1.67 cm

Aspecto general

HCA

Órganos	Normal	Alterado	No aplica	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				
2.Ojos				
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoesquelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

Ulcera
oncly
Glasgow 15
sin Deficit
sin Deficit
Motor
sensitivo

porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 5 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

	DIAGNOSTICOS	CIE-10		CONDUCTA
1	Dispepsia Funcional		1	
2			2	
3			3	
4			4	
5			5	
6			6	
7			7	

COMENTARIO CLINICO

Se ordenan analgesicos por solicitud Expresa del paciente + Se explica le cortalec y Hyoscina en el control se ordena Tratamiento ECO.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC	902
		Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	50 años	Sexo	M	X	F			ENTIDAD	AIC
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN-	Miranda - Cauca							TELEFONO	3148744056
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Rolando Sanchez							PARENTESCO	Hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Dr. Hurtado

FECHA	DD 24	MM ABR	AAAA 2013		Especialidad	Neuro Cx		Nº Facl.	826988		
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control Enf. aguda				Control Enf. Crónica				
Motivo consulta											

Pertenece solo a Oficina Call Center
MOD. 6
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Enfermedad Actual

Consulta Quejosa de Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, asociado a parestesias e Hipoestesia. También se Queja de cefalea y Dolor en el corazón

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales										
	P	82	lat/min	FR	16	resp/min	T°	36.6	°C	PA	100/70	mm/hg
	PAM		mm/hg		Peso	57	Kg		Talla			cm

Aspecto general: Buenas condiciones generales.

HCA

Órganos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Dolor lumbar con la movilización
No logra sedestación.

Porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

	DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1	Espalda Fallida. Lumbar		1 Metadona tab 40mg 1/4 de tableta c/24h x 2 mese
2	Sx dependencia a opioides		2 Pregabalina cap 150mg c/24h por 2 meses
3	Farmacodependencia tramadol.		3 Duloxetina (inmovilidad) 60mg c/24h x 2 meses
4			4 Valoración por psiquiatría.
5			5 Consulta 2 meses.
6			6
7			7

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contrarremite a.	

Nelson Palechor C.C. 1.130.[illegible]

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico
Nelson Palechor		Nelson Palechor

HC

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA	Formato HC	902
	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		
	ADULTO	Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	51 años	Sexo		M	X	F		ENTIDAD	AIC
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Ortigal Cauca.							TELEFONO	8204098.
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Luz Maria. Sanchez							PARENTESCO	hermana

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	19	MM	05	AAAA	2013.	Especialidad	Dolor y Cuidados Paliativos	Nº Fact	832825
Tipo de Consulta	Ira vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. Crónica			

Motivo Consulta: Control espalda Falloa.

Enfermedad Actual: Paciente Masculino 51 años; operado hace 2 años, desde entonces refiere aumento del dolor lumbar, el cual es tipo urente irradiado a miembros inferiores y de forma ascendente hasta el cuello. intensidad 7/10. en ESO., mejora con metadona, la cual usó en diciembre; ahora está con tramadol.
Farmacodependencia a tramadol.

POR VENTANILLA Oficina Calle Cenco MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA 01 FEB 2013

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patologia	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cancer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

PORTE, MARCHA, ACTITUD : Con facies de dolor

CONCIENCIA: Alerta

ORIENTACION: Sin compromiso

PENSAMIENTO: Adecuado

AFECTO: Disfórico

SENSOPERCEPCIÓN:

INTELIGENCIA: Normal

LENGUAJE:

JUICIO DE REALIDAD: Conservado

INTROSPECCIÓN:

PROSPECCIÓN:

Porvenir
Sólo hay uno
Nestlé Call Center
MOD. 4
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	DIAGNOSTICOS.	CIE-10
1. Dolor crónico		4.	
2. F/ de ansiedad no especificada			
3. Dificultad en el apego.		6.	

CONDUCTA

1. Continuar con metadona 40 (1/4)
2. Fisioterapia 25 / noche
3. NO SUSPENDER METADONA
4. CONTROL X ALGESIOLOGIA

COMENTARIO CLINICO	CITA 2 MESES

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	días	Se remite a:		Se contraremite a:	

MAURA ELENA SALAZAR RODRIGUEZ

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
PSIQUIATRÍA

Formato HC	945
Versión	3
Fecha	02/11/10

239

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolina Sanchez Ordoñez						HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	50 años	Sexo		M	X	F	ENTIDAD	AIC
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615					
DIRECCIÓN	Miranda - Cauca						TELEFONO	3148774050
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Rolando Sanchez						PARENTESCO	hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DDD	11	MM	06	AAAA	13	Especialidad	psiquiatria	Nº Fact.	841517	
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad				Control Enf. Aguda			Control Enf. Crónica			

Motivo consulta: Psiquiatría

Enfermedad Actual: Eleva consulta de 2 años con dolor crónico secundario a cirugía de columna, desde entonces toma regularmente tramadol y motodona permanece inactivo por la limitación que le genera el dolor siente que padece. En cuanto las quejas están parcialmente controladas

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

No hay evidencia de ITS en 0 primeras veces

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	FC	at/mt	FR	res/mt	Tº	ºC	PA	mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	Kg	Talla	cm		
Aspecto general	Paciente con movilidad disfuncional y postura de dolor							

EXAMEN FISICO

Signos Vitales								
	P	78 lat/min	FR	17 resp/min	T°	36/9 °C	PA	110/70 mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	57.2 Kg	Talla			cm

Aspecto general: Buenas condiciones generales. HC

Órganos	Normal	Alterado	No aplica	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				Difícil sedestación, dolor lumbar intenso a la movilización
2.Ojos				
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoesquelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

porvenir sólo hay uno Oficina Cali Centro MED. 6 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

	DIAGNOSTICOS	CIE-10		CONDUCTA
1	Esoalgia fallido lumbar		1	Metadona Tb 10mg, 1 Tb c/24 hrs por 1 mes
2			2	Pregabalina Caps 150mg c/24 hrs por 2 meses.
3			3	
4			4	
5			5	
6			6	
7			7	

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO — El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico
	D. Rafael	

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez							HISTORIA CLINICA	524261
Edad	51	Sexo	M	X	F			ENTIDAD	AIC.
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	524261						
DIRECCIÓN	Hiraulia							TELEFONO	3147874480
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Rolando							PARENTESCO	Hno

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	11	MM	06	AAAA	13	Especialidad	M. dolor	Nº Fact.	84721
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. Crónica			

Motivo consulta: Control espalda fallida

Enfermedad Actual: Dolor ureute lumbar irradiado a miembros inferiores, hacia region cervical, valorado en 10/10 En manejo con metadona, refiere buena analgesia con este manejo.

01 FEB 2013 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales								
	P	76 lat/min	FR	16 rm/min	T°	°C	PA	120/60 mm hg
	PAM	mm/hg	Peso	56.3 kg	Talla			cm

Aspecto general: buen estado general

HCA

Órganos	Normal	Alteración	No Valorado	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				
2.Ojos				
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoesquelético				
13.S.Inmático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

porvenir
sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 5 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Espalda fallida. lumbar.		1 suspender metadona.
2 dependencia opiodes		2 buprenorfina parches 35mcg. 1 parche c/72h x 2 meses
3		3 pregabalina 75 mg c/ 24 h. x 1 m
4		4 biaxodilo 1h 1 mg c/ 24h x 1 m
5		5 esomeprazol cap 40mg c/24h. x 1 m.
6		6 consulta algenologia 3 semanas
7		7

COMENTARIO CLINICO:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contrarremite a.	

Nombre del Médico | Firma | Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSÉ

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Version	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez						HISTORIA CLINICA	5242615	
Edad	51 Años	Sexo	M	X	F		ENTIDAD	AIC	
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	El Ortigal - Miranda						TELEFONO	3148724050	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Rolando Sanchez						PARENTESCO	Hijo	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	14	MM	08	AAAA	013	Especialidad	M. Dolor	Nº Fact.	861450
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. Crónica			

Motivo consulta: Control Dx Espalda Fallida.

Enfermedad Actual:

Dolor lumbar radicular M.I.I.
- ardor quemazon 10/10: Espalda, gluteos, MI
- descarga 10/10 MI MS.
- dolor lumbar 10/10.
- Sd. Convulsivo.

CONVENIO [illegible] Oficina Call Center
01 FEB 2013
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertension				X			
Diabetes				X			
Asma					X		
Cáncer				X			
TBC							FAMILIARES
Alergicos							Padre hipertenso, diabetico
Quirúrgicos	X						
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

TAC: calcificacion puntiforme cerebelosa derecha

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	lat/min	FR	20 resp/min	Tº	36 °C	PA	No hay tensiómetro
	PAM	mm/hg		Peso	56. kg		Talla	1.67 cm

Aspecto general

HCA

Órganos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

alert
oriented
Glasgow 15
sin Deficit.

porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

	DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1	Discopatia lumbar.		1
2			2
3			3
4			4
5			5
6			6
7			7

COMENTARIO CLINICO

Tramadol long 1 Tableta cada 8 Horas
Se Explica que NO puede Recibir Tramadol + Buprenorfina ni Metadona.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Paulo Hurtado Gómez
CC. 76.325.[illegible]
[illegible]

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA	Formato HC	902
	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		
	ADULTO	Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez					HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	50	Sexo	M	50	F	ENTIDAD	ALC
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615				
DIRECCIÓN	Ortigal - Miranda - Cauca.					TELEFONO	3140744050
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Rolando Sanchez					PARENTESCO	Hijo

14 AGO 2012

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

Hotedo

FECHA	DD		MM		AAAA		Especialidad	MGF	Nº Fact	861677
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Contro: Enf. aguda				Control Enf. Crónica		

Motivo consulta

CONVENIOS Oficina Civil Cumbre MOD. 6 01 FEB 2013 CORRESPONDENCIA RECIBIDA MOD. 6

Enfermedad Actual

Cuadro que presenta de Dolor intenso en la Region lumbar, irradiado a miembros inferiores

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertension							
Diabetes							
Asma							
Cancer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

HOSPITAL SAN JOSÉ

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez						HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	49 Años	Sexo	M	X	F		ENTIDAD	Secretaria
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	5242615					
DIRECCIÓN	Miranda						TELEFONO	3103756720
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Kadan Sanchez						PARENTESCO	Hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION R140305 H473

FECHA	DD	31	MM	01	AAAA	012	Especialidad	M. Dolor	Nº Fact.	703365
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control Enf. aguda				Control Enf. Crónica			

Motivo consulta: Control.

Enfermedad Actual: Asintomatico de Espalda Intitida. + Hmm dolor multiples puntos con poca Respuesta al manejo instaurado. Refiere que el dolor en 8/10. Niega que algo le agonica con frecuencia

Cadena sólo hay una Oficina Cali Centro
MOD. 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión				X			Gastritis.
Diabetes							TBC. pulmonar
Asma							FAMILIARES
Cáncer							HTA padre.
TBC							
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:	X						

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	76 lat/mit	FR	17 res/mit	T°	36.3 °C	PA	120/65 mm/hg
	PAM	mm/hg		Peso	53 Kg		Talla	1.69 cm

Aspecto general: Buen estado Aparente. Paciente Ansioso con Lenguaje disperso

Organos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoe squelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Dolor a la palpacion en Region Occipital que al parecer se irradia a nuca y hombro. Juego Comedor

Al Examen Medico: Paciente con gran carga de ansiedad, paciente presenta en Cuadro del dolor y el consumo de Tramadol. Ideacion persistente sobre que el unico medicamento que le alivia es el Tramadol.

DIAGNOSTICOS	CIE-10
1 Espasmo muscular	
2 Hernia discal multiple	
3 Sx Adiccion Tramadol	
4	
5	
6	
7	

CONDUCTA

1 Valoracion Urgente Psiquiatrica.
2 Metadona tab x 40mg. 1/4/1/8 c/12h x 1 mes.
3 Tramal Long. tab 50mg 1/2 1/4c/h Luego c/12 luego c/8 x 1 mes
4 Pregabalina Cap 150mg c/noche y 75mg AM x 1 mes
5 Amitriptilina tab 25mg c/noche. x 1 mes
6 Biperideno tab x 5mg c/noche
7 Omeprazol tab x 20mg c/12h. x 1 mes.

COMENTARIO CLINICO

Paciente Alegre transparente Lenguaje disperso y ademas Gran Carga de Ansiedad. Ademas paciente Dependiente al Tramadol se remite a Psiquiatria para manejo.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	30	días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Cardiología
MI 2036

D. Pajoy P111139

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

Consultorio Oficina Cali Centro MOD 6 01 FEB 2018 CONDENSA CORPORATIVA

ACA

HOSPITAL SAN JOSÉ

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez					HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	48	Sexo	(M)		F	ENTIDAD	AIC HCA Uni
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242 615				
DIRECCIÓN	Urapa					TELEFONO	3148744050
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Leoban Sanchez					PARENTESCO	Hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

Dr Hinojosa

FECHA	DD 26	MM 01	AAAA 2018	Especialidad	Neuro Cx	Nº Fact.	703364		
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control Enf. aguda		Control Enf. Crónica				
Motivo consulta									

Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2018 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Enfermedad Actual

Paciente con dolor lumbar
continua Quejandose de
Ultimo en la Region lumbar
irradiado a miembro inferior

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	77 lat/mit	FR	20 res/mit	T°	36 °C	PA	107/67 mm/hg
	PAM	mm/hg			Peso	55.5 Kg	Talla	167 cm

Aspecto general

Órganos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoe squelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Dolor agudo Discogenico
desde linea 1/2 lumbosacra
Rm: Deshidratacion discal
L3-L4-L5-S1
No compresion Radicular

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Discopatia lumbar		1
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO

Desde el punto de vista neurocirugico
No hay nada mas que ofrecer.
se ordena Tramal 1 amp 100 mg (12 ft)

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI ____ NO ____ PARCIAL ____

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	
DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico | Firma | Registro Médico

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
PSIQUIATRÍA

Formato HC	945
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez					HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	49	Sexo	M	X	F	ENTIDAD	Vinculado
Tipo D.I.	C.C	Nº D.I.	5242615				
DIRECCIÓN	Miranda (Cauca)					TELEFONO	3148744056
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Solo					PARENTESCO	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	28	MM	02	AAAA	2012	Especialidad	psiquiatría	Nº Fact.	709465	
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad				Control Enf. Aguda				Control Enf. Crónica		

Motivo consulta
Remitido por Algesiología, por Consumo Crónico de Tramadol

Enfermedad Actual
Paciente con historia de dolor lumbar crónico, secundario a múltiples hernias discales, quien viene siendo manejado desde hace 1 año con Tramadol con buen control según refiere el paciente. Es remitido por algesiología (Dr. Policarpa) debido a que ha intentado disminuir dosis y hacer retiro gradual del Tramadol, pero al hacerlo, el paciente se torna muy ansioso, insomne y anoréxico, lo cual según refiere él, es debido al intenso dolor radiculopático que siente. Refiere que debido a su enfermedad, tuvo que detener sus planes de continuar estudiando sus hijos, dado que dependían de él económicamente y no ha podido trabajar.

1 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ANTECEDENTES

Patología	PERSONALES SI	PERSONALES NO	PERSONALES No Aplica	FAMILIARES SI	FAMILIARES NO	FAMILIARES No Aplica
Hipertensión		X				
Diabetes		X				
Asma		X				
Cáncer		X				
TBC	X					
Alérgicos		X				
Quirúrgicos	X					
Otros:						

Descripción de hallazgos positivos

PERSONALES
Hace 35 años TBC
Cx: laminectomía hace 10 años.

FAMILIARES
Padre: DST, IAM fallecido
Madre: fallecida por causa natural.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	FC	lat/min	FR	res/min	T°	°c	PA	mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	Kg	Talla	cm
Aspecto general	Buen aspecto general									

HCA

Porvenir Salud Ltda. Oficina Call Center

01 FEB

CORRESPONDENCIA

DESCRIPCION DE HALLAZGOS	
PORTE, MARCHA, ACTITUD:	Marcha normal, Conservado, actitud amigable, Biotipo Ect.
CONCIENCIA:	alerta.
ORIENTACION:	orientado en tres 3 esferas.
PENSAMIENTO:	lógico, coherente.
AFECTO:	anisotropo
SENSOPERCEPCIÓN:	Niega alteraciones
INTELIGENCIA:	Conservado
LENGUAJE:	Claro, Coherente.
JUICIO DE REALIDAD:	Conservado.
INTROSPECCIÓN:	buena
PROSPECCIÓN:	buena.

DIAGNOSTICOS	CIE-10	DIAGNOSTICOS	CIE-10
1. Adicción a Opioides.		4.	
2. Depresión remisionada		5.	
3.		6.	

CONDUCTA

1. Hospitalizar en USM para manejo de adicción a opioides.
2.
3.
4.

COMENTARIO CLINICO	Paciente con dependencia a opioides, para el cual requiere Hospitalización en USM, para manejo de adicción y desabstinencia.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior					
	SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	
DESTINO	Control en:		días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Luis Gonzalez — 0 13 57 85

Nombre del Médico | Firma | Registro Médico

FECHA Y HORA	EVOLUCION
5-03-12	Terapia Ocupacional: Paciente estubo con mejor respuesta en el proceso terapeutico con mayor iniciativa, participación en el proceso inicia ejecuta y termina actividad con buena respuesta. Queda estable —
06/03/2012 7:45 am	Paciente con Diagnostico de Adicion ul traviol mas actividad de hospitalizacion, Hemodinamicamente estable, sin variaciones, Paciente en cama, Glasgow 15/15, Examen mental: Paciente ajustado a su presentacion, Lenguaje claro coherente en tematica, Pensamiento: Curso normal, contenido, Ansiedad, Insomnio, Conducta: Paciente ajustado a su presentacion, Atencion: Conservada, Memoria: Conservada, Juicio: Conservado, Insight: Conservado, Impresion diagnostica: Adicion ul traviol mas actividad de hospitalizacion, Conducta a seguir: Evolucion por consultorio externo, Se explica a familiar, Se da alta, Se entrega receta, Se entrega certificado de atencion, Se entrega referencia, Se entrega carnet de citas, Se entrega orden de laboratorio, Se entrega orden de ecografia, Se entrega orden de radiografia, Se entrega orden de tomografia, Se entrega orden de resonancia, Se entrega orden de electrocardiograma, Se entrega orden de electroencefalograma, Se entrega orden de electromiografia, Se entrega orden de electroneurografia, Se entrega orden de electrooculografia, Se entrega orden de electroretinograf

202 19

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente		Historia Clinica	5942615
Servicio	Cama	Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
11 FEB 2010	Consciente, alerta, orientado en tres esferas, afebril, hidratado, ventilando espontaneamente, sin signos de dificultad respiratoria, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristalsis presente, extremidades sin edema, pulsos periféricos presentes, llenado capilar < 2 seg.
	TC con Angiografia
	Hb: 9.10 gr% Hto: 28.7% Leucos: 7.200
	Plaquetas: 178.000
	Se solicita valoración por cirugía vascular periférica
	Dr. Alfredo Lago Calderon MEDICO CIRUJANO Universidad del Cauca

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE POPAYAN
HISTORIA CLINICA
CERRADA

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clinica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	[illegible]
	[illegible]
	[illegible]

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente		Historia Clinica	5242 G/S
Servicio	Cama	Especialidad	

HA

FECHA Y HORA	EVOLUCION
Marzo 30-12	Consulta, fija juegos, la atienden sueño normal, apetito normal con quejas ginecologicas constante e ideas fantasticas sobre la salud
	01357-83
Mz-2/12	PA: 110/70 FC: 90 lpm FR: 20 rpm Paciente Consultatorio, Bolsa via oral, Cardiopulmonar: Normal, abdomen: Normal, Sin edema. Hoja Ingreso Folios Anteriores
Marzo 2-12	Terapia Ocupacional: Paciente estable. inhibido con buena respuesta y ejecución en el proceso terapeutico con poca iniciativa, mejor socialización y ejecución en las actividades Tolera proceso
Mz-3/12	PA: 100/60 FC: 90 lpm FR: 18 rpm Paciente Consultatorio Bolsa via oral

Alfredo Hugo Calderón
MEDICO CIRUJANO
Universidad del Cauca

Jenny Chamorro T.
Terapeuta Ocupacional
Universidad Mariana
Reg. 01888

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	de su salud, con pautas de alerta.
	1 FEB 2016 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA
	Sybeyla Cubillos Vargas, Psicóloga Clínica, Cédula profesional [illegible], cédula Maestría, Cuarto Semestre. Mayra Grace, Especialista en Terapia Ocupacional. Gabriela [illegible], Especialista en Psicología.
1 03 12	Terapia Ocupacional Paciente inhibido con poca habilidad y ejecución en las actividades terapeuticas, con poca socialización e integración SC (dificultad) evidencia aplanamiento afectivo.
2 Marzo 12	Evolución.
7:20.	Paciente con dx: 1) adicción al bromuro en el momento hemodinamicamente estable sin SRIS. Buen aspecto general, apariencia cuidada, orientado en tiempo, lugar y persona adecuado, con lenguaje coherente, pensamiento lógico abstracto. sin ansiedad.

Toda evolución deberá contener: 1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN.- 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Agustina Sanchez			Historia Clínica	5242615
Servicio	U. Mental	Cama		Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	Abierto 29-12.
	Dice que no ha podido dormir por dolor, aquí le dieron toma del, aceptó, negativista, devuelta a su tiempo
29/12	FR: 100 bpm FC: 74 lpm FR: 20 rpm Paciente ambulatorio, consciente, orientado en las 3 esferas, cardiopulmonar: normal, abdomen normal, extremidades: normal
01/03/202	Paciente con diagnostico de adicción al tramadol, se nota ansioso, poco colaborador, duerme poco, se queja constantemente de dolor. Acetaminofen, tolerando via oral
Marzo 1- 12	Consulta, quejoso con multiples quejas somáticas, incondicional con dosis de tramadol

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

CORRESPONDENCIA RECIBIDA 01 FEB 2016 Oficina Calle Centro
Porvenir
Hora:
Dr. Jorge A. Cerón Médico Interno UNICAUCA

Nariz [X] Normal [ ] Anormal	Boca [X] Normal [ ] Anormal
Cuello [X] Normal [ ] Anormal	Torax [X] Normal [ ] Anormal
Pulmones [X] Normal [ ] Anormal	Corazón [X] Normal [ ] Anormal
Abdomen [X] Normal [ ] Anormal	Genital [X] Normal [ ] Anormal
Urinario [X] Normal [ ] Anormal	Musculoesqueletico [X] Normal [ ] Anormal
Vascular Periferico [X] Normal [ ] Anormal	Neurologico [X] Normal [ ] Anormal orientado - sin indemnio

porvenir
lo que hay uno
Oficina Cali Centro

MOD. 5 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ACR

Diagnósticos :	Código CIE-10
1. Farmacodependencia	F16.2
2.	
3.	
4.	
5.	

Nombre y Código del Médico

MEDICO Y CIRUJANO
REG 732 SSC

CAUSA EXTERNA

01	Accidente de trabajo	06	Evento catastrófico	11	Sospecha de violencia sexual
02	Accidente de transito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha de maltrato emocional
03	Accidente rábico	08	Lesión auto inflingida	[X] 13	Enfermedad General
04	Accidente ofídico	09	Sospecha de maltrato	14	Enfermedad Profesional
05	Otro tipo de accidente	10	Sospecha de abuso sexual	15	Otra

206

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

	5 2 4 2 6 1 5
Versión	1
Fecha	25-III-08

SERVICIO DE URGENCIAS

VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE MEDICO

Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Ordoñez		
Nombres	Apolinar			Edad	49
GENERO	Hombre X	Tipo de Documento	Fecha dd/mm/aaaa	Hora	
	Mujer	CC	29/02/12	9+40h	

ENFERMEDAD ACTUAL: paciente remitido por psiquiatria en consulta externa por dolor lumbar cronico secundario a hernia discal con consumo de opioides, lo remite algesiologia ya que al disminuir dosis de Tizna el paciente informe, nervioso, no ha podido trabajar con ansiedad

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO	Describa los Antecedentes Positivos
Médicos	SI	NO	lumbalgia mecanico
Quirurgicos	SI	NO	TBC hace 3 años
Alergicos	SI	NO	
Epidemiologicos	SI	NO	
Transfusionales	SI	NO	
Farmacologicos	SI	NO	

ANTECEDENTES FAMILIARES

		Describa los Antecedentes Positivos
SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	
SI	NO	

EXAMEN FISICO

Estado Genéral del paciente:

ansioso.

SIGNOS VITALES

Pulso	82	Presión	120/70	Frecuencia	20	Temperatura	37	Glicemia			
Hora de ultima comida	7AM	Fecha Ultima Menstruación	N/A	Planifica?	SI	NO X	Ingesta de alcohol?	SI	NO X	Vacuna contra el tétanos?	SI	NO X

Cabeza: X Normal; Anormal

Maxilofacial: X Normal; Anormal

Ojos: X Normal; Anormal

Oidos: X Normal; Anormal

SIGNOS VITALES

Respiracion	20	Presión Arterial	120/80	Glucometria		F.U.M.	
Temperatura	36.2	Pulso	80	Talla		Peso	
G P A C		SaO2				Aliento Alcohólico?	

¿Otros elementos para definir el paciente como **URGENCIA?**

T

porvenir solo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 3 01 FEB 2016 MOD 6
CORRESPONDENCIA

HCA

Triage	Prioridad	Estado	Tiempo máximo de atención	
I	I	CRITICO	ROJO	
	II	EMERGENCIA	NARANJA	
II	III	URGENCIA	AMARILLO	X
III	IV*	CRITICO NO RECUPERABLE	NEGRO	
IV	V	URGENCIA DIFERIBLE	VERDE	
	VI	NO URGENTE	AZUL	
V	VII	FALLECIDO AL LLEGAR	BLANCO	
	* SOLO APLICA EN CASO DE DESASTRES EN MASA			

DESTINO DEL PACIENTE: DA

URGENCIAS ADULTOS ☐
URGENCIAS DE PEDIATRIA ☐
URGENCIAS DE GINECOLOGIA ☐
URGENCIAS DE NEONATOLOGIA ☐

UBICACIÓN EN EL SERVICIO

Emergencia ☐ Choque ☐ Consultorio ☐

OTRO CENTRO HOSPITALARIO

NIVEL I ☐ NIVEL II ☐ NIVEL III ☐

Diagnósticos de Ingreso:	Código CIE-10
1. Furmacia de pudencia	F16.2
2.	
3.	
4.	
5.	

APLICACIÓN DE CERTIFICACION MEDICA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EVENTO CATASTROFICO O TERRORISTA:

APLICA ☐ NO APLICA ☒

Por medio de este documento me permito certificar que por los hallazgos clínicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un:

ACCIDENTE DE TRANSITO ☐ EVENTO CATASTROFICO ☐ EVENTO TERRORISTA ☐

CAUSA EXTERNA

01	Accidente de trabajo	06	Evento catastrófico	11	Sospecha de violencia sexual
02	Accidente de transito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha de maltrato emocional
03	Accidente rábico	08	Lesión auto infligida	X	Enfermedad General
04	Accidente ofidico	09	Sospecha de maltrato	14	Enfermedad Profesional
05	Otro tipo de accidente	10	Sospecha de abuso sexual	15	Otra

Firma y Sello del Medico

REG 737 555

207

24

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

NUMERO DE HISTORIA CLINICA	Formato HC No.	929
5 2 4 2 6 1 5	Versión	5
	Fecha	23-IX-2011

SERVICIO DE URGENCIAS
VALORACION INICIAL DEL PACIENTE NO TRAUMATIZADO

HCA

PERTENECE AL Centro Oficina Calle 39 No. 57-141 MOD. 6 01 FEB 2012 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Primer Apellido	Segundo Apellido
Sanchez	Ordoñez

Nombres	Edad
Apolinar	49

Genero			Tipo de Documento	Fecha	Hora
	Hombre	X	CC	28/02/12	9+40h
	Mujer				

INFORMACION PREHOSPITALARIA

Transporte hasta el hospital

Transporte		Cruz Roja	
Ambulancia		Defensa Civil	
Automóvil		Bomberos	
Policía		Propios medios	
Otro		Cual:	

Remisión del paciente

Institucion remitente _____

Medico remitente _____

Medico confirmante _____

Motivo de consulta: Remitido por algesiologia por consumo cronico de Tramadol

Origen del Paciente

No Remitido	X
Remitido Estable	
Remitido Inestable	

Antecedentes Alérgicos y Personales: Dolor lumbar crónico — TBC hace 3J OFa

A

	SI	NO
¿Ruidos respiratorios ANORMALES?	SI	NO
¿Obstrucción de la Vía Aérea?	SI	NO

B

	SI	NO
¿Apnea?	SI	NO
¿Respiración mayor de 30 o menor de 8?	SI	NO
¿Retracciones intercostales?	SI	NO
¿Aleteo Nasal?	SI	NO
¿Uso de músculos accesorios respiratorios?	SI	NO
¿Disminución del movimiento de aire?	SI	NO

C

	SI	NO
¿Pulso ausente, débil o irregular?	SI	NO
¿Pulso menor de 60 o mayor de 100?	SI	NO
¿Diaforesis?	SI	NO
¿Piel fría?	SI	NO
¿Color anormal de la piel?	SI	NO

D

	SI	NO
¿No hay apertura ocular espontanea?	SI	NO
¿Desorientado en año?	SI	NO
¿Falta de respuesta a estimulos dolorosos?	SI	NO
¿Glasgow alterado?	SI	NO

OTROS SIGNOS DE ALERTA

	SI	NO
¿Dolor Agudo?	SI	NO
¿Hipotenso o Hipertenso?	SI	NO
¿Agitación psicomotriz?	SI	NO
¿Fiebre o Hipotermia?	SI	NO
¿Presencia de sangrado?	SI	NO
¿Pulsos distales ausentes?	SI	NO

SIGNOS DE ALARMA GINECO-OBSTETRICA

Signo	Si	No	Signo	Si	No
Tinnitus			Sangrado Vaginal		
Cefalea			Edema		
Fosfenos			Flujo Vaginal		
Epigastralgia			Disuria		
Amniorrea			Contracciones Uterinas		
Embarazada			Dolor Pelvico		

Cualquiera de los ITEMS que se considere como "SI" determina el carácter de URGENCIA. Si tiene otra consideración diferente para determinar la urgencia consignela al respaldo. No olvide clasificar la urgencia y determinar

PLAN DE ALTA HOSPITALARIA PARA MANEJO AMBULATORIO

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS REQUERIDOS PARA CONTROL AMBULATORIO

Nº	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO	Nº	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO

Positiva Yanbal
Oficina Call Centro
MOD
S 01 FEB 2016 MOD 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

SOLICITUD DE CONTROLES MEDICOS AMBULATORIOS

NOMBRE DELA ESPECIALIDAD	INDICACIÓN DEL CONTROL AMBULATORIO	NIVEL DE COMPLEJIDAD

CUIDADOS GENERALES A REALIZAR EN CASA Y EDUCACION BRINDADA ANTES DEL EGRESO DEL PACIENTE

INTERVENCIÓN FARMACEÚTICA

NOMBRE, REGISTRO Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DEL QUIMICO FARMACEÚTICO	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DE LA ENFERMERA	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DE LA NUTRICIONISTA

RECEPCION DE PLAN DE ALTA PARA MANEJO AMBULATORIO

NOMBRES, APELLIDOS, TIPO Y Nº DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO QUE RECIBE EL PLAN DE ALTA	NOMBRES, APELLIDOS, TIPO Y Nº DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL FAMILIAR QUE RECIBE EL PLAN DE ALTA	FECHA DE ENVIO DEL PLAN DE ALTA A LA ERP A TRAVES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

208

25

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E UNIDADES DE INTERNACION, QUIROFANO, CRITICOS Y URGENCIAS ORDENES MEDICAS DEL PLAN DE ALTA PARA MANEJO AMBULATORIO	Formato HC 970 Versión 1 noviembre-09

HC

POPAYAN CAUCA
Oficina de Archivo
1 FEB 2017
RECIBIDA

Nombre y Apellido							
Nº Doc. Identidad			Servicio				
Nº Historia Clínica		Edad		Sexo		NºCama	
Fecha de Ingreso ddmmaa		Fecha Egreso ddmmaa			ERP		

PLAN FARMACOLOGICO AMBULATORIO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGIA O INDICACIONES PARA SU CONSUMO	DURACION DEL TRATAMIENTO

ANEXAR LAS JUSTIFICACIONES DE MEDICAMENTOS Y NUTRIENTES NO POS FORMULADOS Y EN CASO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL REALIZAR SU FORMULACION EN EL RECETARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL DE LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA

INDICACIONES DIETETICAS DE MANEJO AMBULATORIO

NOMBRE DEL NUTRIENTE	INDICACIONES PARA SU CONSUMO	DURACION DE LA NUTRCION

INDICACIONES ESPECIFICAS DE CUIDADOS: SUBESPECIALIDADES INTERCONSULTANTES, FISOTERAPIA, CURACIONES, ENFERMERÍA, ENTRE OTRAS)

NOMBRE DEL CUIDADO	DETALLE SU REALIZACION Y TIEMPO DE DURACION	NOMBRE, REGISTRO Y FIRMA DEL ESPECIALISTA

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (Resultado: (N) si es normal, si es patológico: describa los hallazgos positivos más relevantes)

FECHA DD	MM	AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	FECHA DD	MM	AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO
29	02	12	Parasitos	Dentro de					
			Ur. C. Gli	limites por					
			Orina BUN	mujer					
			Creatinina	Negativo					

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS: SI NO

FECHA DD	MM	AA	PROCEDIMIENTO	FECHA DD	MM	AA

OPORTUNO PROCEDIMIENTOS Oficina Cali Centro
01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

TRATAMIENTOS APLICADOS (Mencione todos los tratamientos recibidos durante la atención) Ranitidina, Ondansetron, Levofloxacina

COMPLICACIONES Y CONDICIONES GENERALES AL EGRESO, INCLUIR INCAPACIDAD FUNCIONAL

CAUSA DEL EGRESO: ALTA [X] MUERTE [ ] FUGA [ ] REMISIÓN [ ] RTA A REMISIÓN [ ]

C. APLICACIÓN DE REFERENCIA [ ] CONTRAREFERENCIA [ ]

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO: I NIVEL [ ] II NIVEL [ ] III NIVEL [ ] IV NIVEL [ ]

NOMBRE IPS A LA QUE SE SOLICITA LA ATENCION:									
CIUDAD		DEPARTAMENTO							
PROFESION O ESPECIALIDAD REQUERIDA				TIPO DE ATENCION REQUERIDA			AMBUL	URG.	HOSP.
FECHA SOLICITUD DE LA ATENCIÓN	DD	MM	AA	HORA					
RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRES Y APELLIDOS)						TELEFONO			

CAUSA DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

DATOS DE CONFIRMACION DE LA ATENCION SOLICITADA		FECHA Y HORA	
NOMBRES Y APELLIDOS		PROFESION	
SERVICIO ACEPTADO SI [ ] NO [ ]	CAUSA DE NEGACION:		

D. APLICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, EVENTO CATASTRÓFICO O TERRORISTA APLICA: SI [ ] NO [X]

Por medio de éste documento me permito certificar que por los hallazgos clínicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un: Acc. Tránsito [ ] E. Catastrófico [ ] E. Terrorista [ ]

NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	No. DE CEDULA, REGISTRO Y ESPECIALIDAD	FIRMA
	12.136.357	

209

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC No.	916
	NIT. 891580002-5 POPAYAN – CAUCA	Versión	3
	URGENCIAS – C. EXTERNA – HOSPITALIZACION – SALAS ESPECIALES	Fecha	24/05/10
	EPICRISIS – REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		

A. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Hpolinia R Soto Ordoñez							Entidad Responsable de pago	Secretaria de Salud	
Tipo de Documento de Identidad	C.C	R.C.	T.I	C.E.	PAS	ASI	MSI	No. Documento Identidad		
Sexo	F	M	Edad		DD	MM	AA	Número de Historia Clínica	574265	
		X					49			

Residencia Habitual (dirección-municipio-departamento):

B. APLICACIÓN DE EPICRISIS SI NO

DATOS DE INGRESO						DATOS DE EGRESO					
SERVICIO	Urgencias					SERVICIO	Medicina Interna				
FECHA Y HORA	dd: 28	mm: 07	aaaa: 17	HORA (formato 24 horas)	9:57	FECHA Y HORA	dd: 03	mm: 07	aaaa: 17	HORA (formato 24 horas)	

DIAGNOSTICOS DE INGRESO PRESUNTIVOS CONFIRMADOS Y RELACIONADOS	COD. CIE 10	DIAGNOSTICOS DE EGRESO PRINCIPALES Y RELACIONADOS CONFIRMADOS	COD. CIE 10
1 Farmacodependencia	F10.2	1 Farmacodependencia	F10.2
2 Dolor crónico		2 Dolor crónico	
3		3	
4		4	
5		5	

DATOS CLINICOS DEL INGRESO (1-Motivo consulta 2-Enfermedad actual 3-Antecedentes 4-Revisión por Sistemas 5-Estado General al Ingreso 6-Exámen Físico 7-Conducta Inicial)

Paciente remitido por adicion al tramadol Antecedente de dolor crónico por discopatía lumbar, paciente ingresa consciente orientada en tiempo y persona, no extranjeros. Hemodinamicamente estable, sin SDRS, Afebril sin dificultad motor ni sensitivo

DATOS CLINICOS DE LA EVOLUCION CLINICA (Consígnela en órden cronológico, dando mayor relevancia a los aspectos clínicos que generan cambios en las conductas diagnósticas y terapéuticas. Cuando amerite incluya justificación de indicación terapeútica)

Paciente con adicion en evolución clínica, con adecuada interacción según disminución del dolor, tolerando vía oral y diuresis adecuada, dolor continuo moderado con [illegible]

HOSPITAL SAN JOSE

ORDEN MEDICA DE SALIDA

FORMATO H.C.
NF 921
VERSION 0
FECHA: 21-03-2007

NOMBRE DEL PACIENTE: [illegible] CAMA Nº. 120-7

HISTORIA CLINICA: 52.42.615 ENTIDAD: Secretaría de Salud

INGRESO AL SERVICIO DE: UR Urgencias

EGRESO DEL SERVICIO DE: Unidad Mental

	DIA	MES	AÑO	HORA
FECHA DE INGRESO	28	07	12	9:57 HORA DE INGRESO
FECHA DE SALIDA		03	12	HORA DE SALIDA

CAUSA DE SALIDA		ESTADO DEL PACIENTE	
ORDEN MEDICA	(X)	VIVO	(X)
VOLUNTARIA	( )	MUERTO	( )

TIPO DX PRINCIPAL		DESTINO	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	(X)	ALTA	(X)
CONFIRMADO NUEVO	( )	REMISIÓN	( )
CONFIRMADO REPETIDO	( )	HOSPITALIZACIÓN	( )

CAUSA EXTERNA:

DIAGNOSTICO EGRESO:

PRINCIPAL: Trastorno esquizofrenico CODIGO: F20.2

RELACIONADO: CODIGO:

RELACIONADO: CODIGO:

TIPO INTERVENCIÓN (EN CASO DE CIRUGIA O PARTO)

Alfredo Hugo Cubillos Cardenas
Médico Cirujano
Universidad del Valle

FIRMA Nº DE REGISTRO Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA Y SELLO

porvenir
Oficina Cali Centro
MCD. 04 FEB 2013 MOD.
DEPTO DE FACTURACIÓN 6

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	78 lat/min	FR	18 res/min	TO	°C	PA	100/60 mm/hg
	PAM	mm Hg			Peso	56.5 Kg	Talla	cm

Aspecto general

HCA

Organos	Normal	Alterado	Anexo
1.Cabeza			
2 Ojos			
3 OÍ...			
4 Cuello			
5 Torax			
6 Pulmones			
7 Corazón			
8 Abdomen			
9 Genitales			
10 Piel			
11. Musculo Esqueletico			
12 Linfático			
13 Vascular			
14.5 N C			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

T Fc

porvenir
sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOT. E
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Lum d-esl		1 T Fc.c. 30 Tc Cam.
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	90	días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	49 Años	Sexo		M	X	F		ENTIDAD	Secretaria
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Miguel Miranda Cra 6 # 7.42							TELEFONO	3103756777
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Solo							PARENTESCO	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Hora 7:30

Fecha	DD 03	MM 04	AAAA 012	Especialidad	Psiquiatria			Nº Fact.	717504
Tipo de Consulta	A través especialidad			Control Enf. agjuda				Control Enf. Crónica	

Motivo consulta: D.I. Ideas

Enfermedad Actual: Brote Psicotico de Herencia Social

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

CORRESPONDENCIA RECIBIDA 01 FEB 2016

EXAMEN FISICO

Signos Vitales								
P	76 lat/mn	FR	18 res/mn	T°	°C	PA	100/60 mm/hg
PAM	mm/hg	Peso	57.2 kg	Talla	167 cm		

Aspecto general: Buen estado general

HCA

Órganos	Normal	Anormal	No aplica
1. Cabeza			
2. Ojos			
3. ORL			
4. Cuello			
5. Tórax			
6. Pulmones			
7. Corazón			
8. Abdomen			
9. Genitales			
10. Genitales			
11. Piel			
12. Musculoesquelético			
13. S. linfático			
14. Vascular			
15. S.N.C			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Puntos miofasciales a nivel paravertebral lumbar dolorosos.

solo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Espalda fallida		1 Buprenorfina parches x 35mcg. 1/4 parche c/72h
2 Farmacodependencia Tramadol		2 Lidocaina parches 5%. 1/4 parche paravertebral lumbar c/24h
3		3 x 12 h.
4		4 Pregabalina caps x 75mg c/48h.
5		5 Amitriptilina tab x 25mg c/48h.
6		6 valoración x psiquiatria.
7		7

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	60	días	Se remite a		Se contraremite a:	

Oscar E. Gaitan
Cirujano
Reg. 2882

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico
	M. Palacios	11139

059213

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez						HISTORIA CLINICA	3242615
Edad	49 Años	Sexo	M	X	F		ENTIDAD	AJC
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	3242615					
DIRECCION	Ortigal Miranda						TELEFONO	3148744050
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Solo						PARENTESCO	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Hora 7:30

FECHA	DD	24	MM	04	AAAA	012	Especialidad	M. Dolor	Nº Fact	721999

Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control Enf. aguda		Control Enf. Crónica	

Motivo consulta: Control: Diagnóstico: Espalda fallido.

Enfermedad Actual:

Dolor mixto lumbar radicular 10/10.
Dependencia física al tramadol
Tto: Tramadol long. 100mg x 2/día
Neurocirugía descarta tto quirúrgico.
En tto por psiquiatría. Farmacodependencia.

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES		
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica
Hipertensión						
Diabetes				X		
Asma						
Cáncer				X		
TBC	X					
Alérgicos						
Quirúrgicos	X					
Otros:						

Descripción de hallazgos positivos

PERSONALES

FAMILIARES

Ca Gastrico, PBT.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	62 · lat/mt	FR	18 · res/mt	T°	36· °C	PA	130/80 · mm/hg
	PAM	mm/hg		Peso	56·2 Kg		Talla	cm

Aspecto general: Buen estado general y nutricional

HCA

Órganos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza	X		
2.Ojos	X		
3.ORL	X		
4.Cuello	X		
5.Tórax	X		
6.Pulmones	X		
7.Corazon	X		
8.Abdomen	X		
9.A.Urinario	X		
10.Genitales	X		
11.Piel	X		
12.Musculoesquelético		X	
13.S.Inflatorio	X		
14.Vascular	X		
15.S.N.C.	X		

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Contracturas musculares paravertebrales en región lumbar.

porvenir
solo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Espalda Fallida		1 Buprenorfina Parches 55 mcg. 1/4 c/7dhr
2 Farmacodependencia Tratada		2 Pregabalina Cap 75mg. C/24 hr x 2 meses
3 Controlada		3 Ciclobenzaprina Tab 10mg. C/24 hr x 2 meses
4		4 Duloxetina Tab 30 mg. C/24hr x 2 meses
5		5 Valoracion urgente prioritaria Psiquiatria
6		6 Quirofano: Bloqueo simpatico lumbar +
7		7 Esteroides peridurales L4-L5

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	60	días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico
	M.P. 76084 11139	

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolino Sanchez Ordoñez							HISTORIA CLINICA	5242615.
Edad	50	Sexo		M		F		ENTIDAD	VDO.
Tipo D.I.		Nº D.I.	5242615.						
DIRECCION	Mz 6 Casa 6 Fernando Leal.							TELEFONO	3148744070.
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Solo.							PARENTESCO	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	12	MM	05	AAA	12	Especialidad	M/DOLOR	Nº Fact	736599.
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda				Control Enf. Crónica			

Motivo consulta: CONTROL 1) Dx. ESPALDA FALLIDA 2) FARMACODEPENDENCIA. TRAMADOL

Enfermedad Actual:

No ha consultado con Psiquiatria
Dolor Mixto Somatico y Neuropatico Radicular Miembros Inferiores con predominio de Miembro Inferior Izquierdo,
Con Buprenorfina: Dolor 5/10, Sin Buprenorfina: 10/10

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES		
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica
Hipertensión						
Diabetes				X		
Asma						
Cáncer				X		
TBC	X					
Alérgicos						
Quirúrgicos	X					
Otros:						

Descripción de hallazgos positivos

PERSONALES
laminectomia lumbar: 18 meses

FAMILIARES
Ca. Gastrico

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligenciar cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

No: 30631

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

P 1

219

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 10/07/2012 12:10:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 50 **Sexo:** M

Quirófano: 5 **Ingreso:** **Cama:**

Servicio de procedencia: PACIENTE

HCA

Cirujano: NELSON PALECHOR **Ayudante 1:** FERNANDO VELÁSQUEZ

Ayudante 2: . **Anestesiólogo:** NELSON PALECHOR

Diagnóstico preoperatorio: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

Diagnóstico postoperatorio: R521 - DOLOR CRONICO INTRATABLE

Otros diagnósticos: SIND. DE ESPALDA FALLIDA

Intervención practicada: BLOQUEOS SIMPATICOS POR REGIONES

porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 3 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Tipo de anestesia: SEDACIÓN

Verificación del área corporal intervenida: REGIÓN LUMBAR

Lateralidad del área Quirúrgica: AMBAS

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: SI

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

CICATRIZ MEDIANA EN REGIÓN LUMBOSACRA.

Descripción del procedimiento quirúrgico:

PREVIA ASEPSIA CON YODADOS. SE LOCALIZA ESPACIO INTERVERTEBRAL L4-L5 GUIADO POR FLUOROSCOPIA. SE INFILTRA LA PIEL CON LIDOCAÍNA 2%, SE AVANZA AGUHA TOUHY N18 HASTA EL ESPACIO PERIDURAL CON TÉCNICA DE PÉRDIDA DE LA RESISTENCIA DE AIRE, SE ASPIRA Y SE VERIFICA CON MEDIO DE CONTRASTE. SE INFILTRA BUPIVACAÍNA 0.25% 15ML + DEXAMETASONA 8MG + METILPREDNISOLONA 80MG. SE REALIZA PUNCIÓN PARAMEDIAL DERECHA A 7CM CON AGUJA SPINOR N25, SE GUIA BAJO FLUOROSCOPIA HASTA BORDE ANTEROLATERAL DEL CUERPO VERTEBRAL DE L5, SE VERIFICA EL ESPACIO PREVERTEBRAL CON MEDIO DE CONTRASTE Y SE INFILTRA BUPIVACAÍNA 0.25% 10ML + METILPREDNISOLONA 20MG + DEXAMETASONA 4MG. SE REALIZA PUNCIÓN PARAMEDIAL IZQUIERDA A 7CM CON AGUJA SPINOCATH N25, SE GUIA BAJO FLUOROSCOPIA HASTA BORDE ANTEROLATERAL DEL CUERPO VERTEBRAL DE L4, SE VERIFICA EL ESPACIO PREVERTEBRAL CON MEDIO DE CONTRASTE Y SE INFILTRA BUPIVACAÍNA 0.25% 10ML + METILPREDNISOLONA 20MG + DEXAMETASONA 4MG.

Presenta complicaciones quirúrgicas: NO

Descripción de la complicación quirúrgica: NINGUNA.

Plan postoperatorio:

CONTROL AMBULATORIO POR ALGESIOLOGÍA. Y NEUROCIRUGÍA

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Se utilizó el intensificador de imágenes: SI

Conteo de compresas al iniciar: 0

Conteo de compresas al finalizar: 0

N. Palechor RM 11134

NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL CIRUJANO

Nota digitada el dia 10/07/2012 12:05:09

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (Resultado: (N) si es normal, si es patológico: describa los hallazgos positivos más relevantes)

FECHA DD	MM	AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	FECHA DD	MM	AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:	SI	NO	FECHA DD	MM	AA	PROCEDIMIENTO
FECHA DD MM AA	PROCEDIMIENTO					
20 07 12	Bloqueo simpatico lumbar izq					
10 07 12	Bloqueo simpatico lumbar derecho					
10 07 12	Fenestracion de esteroides peridural					

HCA

POPAYÁN Cauca
Oficina Cali Centro
01 FEB 2013 MOD 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

TRATAMIENTOS APLICADOS (Mencione todos los tratamientos recibidos durante la atención)

COMPLICACIONES Y CONDICIONES GENERALES AL EGRESO, INCLUIR INCAPACIDAD FUNCIONAL

Ninguna

CAUSA DEL EGRESO: ALTA [X] MUERTE [ ] FUGA [ ] REMISIÓN [ ] RTA A REMISIÓN [ ]

C. APLICACIÓN DE REFERENCIA [ ] **CONTRAREFERENCIA** [ ]

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL [ ] II NIVEL [ ] III NIVEL [ ] IV NIVEL [ ]

NOMBRE IPS A LA QUE SE SOLICITA LA ATENCION:									
CIUDAD		DEPARTAMENTO							
PROFESION O ESPECIALIDAD REQUERIDA			TIPO DE ATENCION REQUERIDA			AMBUL	URG.	HOSP.	
FECHA SOLICITUD DE LA ATENCIÓN	DD	MM	AA	HORA					
RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRES Y APELLIDOS)					TELEFONO				

CAUSA DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

DATOS DE CONFIRMACION DE LA ATENCION SOLICITADA		FECHA Y HORA	
NOMBRES Y APELLIDOS		PROFESION	
SERVICIO ACEPTADO	CAUSA DE NEGACION:		
SI [ ] NO [ ]			

D. APLICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, EVENTO CATASTRÓFICO O TERRORISTA **APLICA :** **SI** [ ] **NO** [ ]

Por medio de éste documento me permito certificar que por los hallazgos clínicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un: Acc. Tránsito [ ] E. Catastrófico [ ] E. Terrorista [ ]

Fernando Velasquez	13163622 Anestesiólogo 60937	
NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	**No. DE CEDULA, REGISTRO Y ESPECIALIDAD**	**FIRMA**

✓ 223

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC No.	916
HCA	NIT. 891580002-5 POPAYAN – CAUCA	Versión	3
	URGENCIAS – C. EXTERNA – HOSPITALIZACION – SALAS ESPECIALES	Fecha	24/05/10
	EPICRISIS – REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		

A. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez	Entidad Responsable de pago	AIC

Tipo de Documento de Identidad	CC: X	RC	TI	CE	PAS	ASI	MSI	No. Documento Identidad	5242615
Sexo	F	M	Edad 50		10 DD	07 MM	1960 AA	Número de Historia Clínica	5242615

Residencia Habitual (dirección-municipio-departamento):

APLICACIÓN DE EPICRISIS SI NO

DATOS DE INGRESO						DATOS DE EGRESO					
SERVICIO						SERVICIO					
FECHA Y HORA	10 dd	07 mm	17 aaaa	HORA (formato 24 horas)	12	FECHA Y HORA	10 dd	07 mm	12 aaaa	HORA (formato 24 horas)	13

DIAGNOSTICOS DE INGRESO PRESUNTIVOS CONFIRMADOS Y RELACIONADOS	COD. CIE 10	DIAGNOSTICOS DE EGRESO PRINCIPALES Y RELACIONADOS CONFIRMADOS	COD. CIE 10
1 Dolor crónico		1	
2 Espalda		2	
3		3	
4		4	
5		5	

DATOS CLINICOS DEL INGRESO (1-Motivo consulta 2-Enfermedad actual 3-Antecedentes 4-Revisión por Sistemas 5-Estado General al Ingreso 6-Exámen Fisico 7-Conducta Inicial)

Paciente programado para bloqueo simpatico lumbar
Se realiza bloqueo simpatico lumbar bilateral
+ inyeccion de esteroides peridural

DATOS CLINICOS DE LA EVOLUCION CLINICA (Consignela en órden cronológico, dando mayor relevancia a los aspectos clínicos que generan cambios en las conductas diagnósticas y terapéuticas. Cuando amerite incluya justificación de indicación terapeútica)

Buena evolucion clinica

EXAMEN FISICO

Signos Vitales										
	P	90	lat/mn	FR	20	res/mn	T°	36	°C	PA	113/64 mmHg
	PAM		mmHg			Peso	55.5	Kg.	Talla	169	cm

Aspecto general

HCA

Órganos	Normal	Anormal	No evaluado
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Torax			
6.Pulmones			
7.Corazon			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesqueletico			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

ulcera 6kg gran
Sin Deficit motor
NO Sx meningeo
Dolor intenso de
la linea media lumbar

El Parvenir Red Integrada de Servicios de Salud Centro
MOD. 5 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Dislogia lumbar		1
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO

Se ordena Versatis + Tramadol 100 mg

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		Cirugía	Se remite a:		Se contraremite a:	

Paula Hipólito Colina
NEUROCIRUJANO
RP 175683

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HCA

225

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA	Formato HC	902
	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		
	ADULTO	Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Adalina Sanchez ordoñez						HISTORIA CLINICA	5242615	
Edad	50	Sexo		(M)		F	ENTIDAD	AIC SOB	
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Miranda						TELEFONO	3148744050	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Sandra Ortega						PARENTESCO	Hermana	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	18	MM	7	AAAA	2011	Especialidad	Neurocx	Nº Fact.	753034	
Tipo de Consulta	Primera vez especialidad			Control Enf. aguda				Control Enf. Crónica			

Motivo consulta

POS-V02 Oficina Calle Centro MOD. 6
MOD. 5 01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Enfermedad Actual

Fumadora con Severo Dolor lumbocruz
Pierna Medica, irradiado a
Region Dorsal y miembros Inferiores

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	76 lat/mit	FR.	17 res/mit	T°	°C	PA	110/60 mm/hg
	PAM	mm hg		Peso	55 1/ Kg		Talla	1.67 cm

Aspecto general Buen Aspecto General-

HCA

Órganos	Normal	Alterado	No aplica	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				
2.Ojos				
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoe squelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

Porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 SY. Dolor Hiato Sumbar		1 Meloxicam tab 10mg.
2 farmacodependencia		2 1/2 tb c/12h
3 fisica: Tramadol		3
4		4 Pregabalina cap 75mg x1 x2 m
5		5 Bisacodilo tb 5mg 2tb x1 x2m
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	45	días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico
	N. Ruiz M.	2111153

138 227

HCA

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC	902.
		Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	50 Años	Sexo	M	X	F			ENTIDAD	AIC
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Asentamiento Cañaveral Lote 10							TELEFONO	3216078726
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Sandra Ortega							PARENTESCO	Hermana.

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Hora 7:00

FECHA	DD	26	MM	09	AAAA	12	Especialidad	Medicina Dolor	Nº Fact.	767942
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. Crónica			

Motivo consulta: Dolor Lumbar.

CORVEN S.A. Oficina Cali Cent. NOD. 5 01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Enfermedad Actual: Continua con dolor Lumbar; Linea Media Region Dorsal y M.I.

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							Cx de los 2 Hernias
Diabetes				✓			
Asma							
Cáncer				✓			
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							Padre - Diabetes, CA pulmon
Quirúrgicos	✓						Madre - CA. pulmon.
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	94 lat. mit	FR	20 res./mit	T°	36 °C	PA	104/70 mm/hg
	PAM	mm/hg		Peso	56 Kg		Talla	167 cm

Aspecto general

HC

Órganos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoe squelético			
13.S.Jinfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Dolor intenso zona
Palpación de columna
Dorsal y lumbar

porvenir
solo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 5 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

	DIAGNOSTICOS	CIE-10		CONDUCTA
1	Discopatia lumbar		1	
2	espondilo Fallida		2	
3			3	
4			4	
5			5	
6			6	
7			7	

COMENTARIO CLINICO

P/C inicia antidepresivos
Fluoxetina 20 mg/dia
Tramadol 200 mg/dia

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Paulo Andres Cortes Daniel
MEDICO CIRUJANO
RM 1755-93

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HCA

HOSPITAL SAN JOSÉ	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC	902.
		Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	50	Sexo		M		F		ENTIDAD	DIC
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Hotel Miranda							TELEFONO	3148744007
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Sandra Ortega Rolando Sanchez							PARENTESCO	Familiar

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	17	MM	09	AAAA	2012	Especialidad	Neurocirugia	Nº Fact.	76794C1
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda				Control Enf. Crónica		

CONVENIO Oficina Cali MOD. 5 01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA MOD. 6

Motivo consulta

Enfermedad Actual

Paciente con Dolor en columna, los pies, la espalda los brazos, no le sirve otro analgesico que el Tramadol

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	74 lat/mit	FR	18 res/mit	T°	°C	PA	100/60 mm/hg
	PAM	mm/hg		Peso	56 kg		Talla	cm

Aspecto general: Buen estado general

HCA

Órganos	Normal	Alterado	No aplica
1. Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Torax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

porvenir
Oficina Cali Centro
FOLIO 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Espalda fallida		1 Metadona tb 40 mg 1/4 tab c/24h
2 Sx. dependencia a		2 Pregabalina 75 mg c/24h x 2 m
3 opioides		3 Imipramina tb 25 mg
4 farmacodependencia		4
5 (Tramadol)		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO: Neuro Cx: descartó fto qx

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Nelson Vecchor
Fisiatra

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HCA

✓ Isabel 23C

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC	902
		Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sandy Ordoñez.							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	50 años	Sexo	M	X	F			ENTIDAD	AIC
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Kra 17-30 Conjunto Abigail (c)							TELEFONO	3103756720
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Rolando Sandy							PARENTESCO	Hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD 21	MM 12	AAAA 012	Especialidad	M/Dolor			Nº Fact.	792915
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda				Control Enf. Crónica	

Motivo consulta: Alcohol: 2 Dx. Sx abstinencia - Dependencia tramadol
Espalda fallido

Enfermedad Actual

- Dolor lumbar radicular M.I.s
ardor-quemazon 10/10: Espalda - gluteos
MI inferior → rg. ant.
- Corrientazos 10/10 MIs - cara lat.
- Dolor 10/10 lumbar → MIs

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes				X			
Asma							
Cancer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:				X			

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

HOSPITAL SAN JOSE

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

No: 17981

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 19/03/2011 09:00:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 48 **Sexo:** M

Quirófano: 5 **Ingreso:** **Cama:** 4

Servicio de procedencia: URGENCIAS ADULTOS

Cirujano: PAULO HURTADO GOMEZ **Ayudante 1:** NO

Ayudante 2: NO **Anestesiólogo:** NO

Diagnóstico preoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Diagnóstico postoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Otros diagnósticos:

Intervención practicada: BLOQUEOS SIMPATICOS POR REGIONES

porvenir sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Tipo de anestesia: LOCAL

Verificación del área corporal intervenida: COLUMNA LUMBOSACRA

Lateralidad del área Quirúrgica: NO APLICA

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: SI

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

CICATRIZ MEDIANA LUMBOSACRA

Descripción del procedimiento quirúrgico:

PACIENTE SENTADO. INFILTRACION DE ESPACIO L4-L5, LINEA MEDIA POSTERIOR. SE INTRODUCE AGUJA DE TOUHY. MEDIANTE TECNICA DE PÉRDIDA DE RESISTENCIA, SE LOCALIZA ESPACIO EPIDURAL. SE INYECTA MEZCLA ANALGESICA ASI BUPIVACAINA 2 CC + DEPOMEDROL 80 MG. SE RETIRA AGUJA. NO COMPLICACIONES.

Presenta complicaciones quirúrgicas: NO

Descripción de la complicación quirúrgica:

Plan postoperatorio:

HOSPITALIZAR.

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Se utilizó el intensificador de imágenes: NO

Conteo de compresas al iniciar: 0

Conteo de compresas al finalizar: 0

Paulo Hurtado Gomez NEUROCIRUJANO RM 4735-93

NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL CIRUJANO

Nota digitada el dia 19/03/2011 09:36:58

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC 940
	UNIDADES DE INTERNACION- URGENCIAS Y CRITICOS	Versión 0
	PROGRAMA PIEL SANA - VALORACION INICIAL	Fecha 28 10 08

Nombre y Apellido	Apolinar Sanchez				
Nº Doc. Identidad	5242615	Servicio	UCE.	Nº Cama	28 HCA
Nº Historia Clinica	5242615	Edad	48.		
Fecha de Ingreso	14/03/11	Servicio de Procedencia			

I. ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS - ESCALA DE BRADEN

PUNTOS	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada ☐	Constantemente húmeda ☐	Encamado ☒	Completamente inmóvil ☐	Muy pobre ☐	Problema ☐
2	Muy limitada ☐	Húmeda con frecuencia ☐	En silla ☐	Muy limitada ☒	Probablemente inadecuada ☐	Problema potencial ☒
3	Ligeramente limitada ☐	Ocasionalmente húmeda ☒	Deambula ocasionalmente ☐	Ligeramente limitada ☐	Adecuada ☒	No existe problema aparente ☐
4	Sin limitaciones ☒	Raramente húmeda ☐	Deambula frecuentemente ☐	Sin limitaciones ☐	Excelente ☐	Excelente ☐

PUNTAJE TOTAL 15

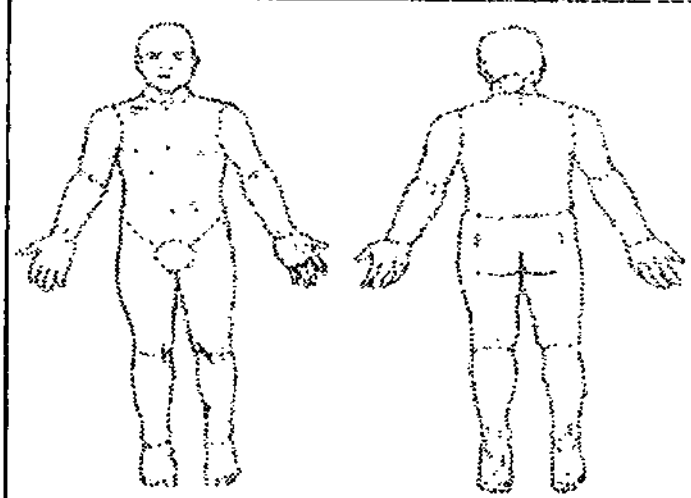
☐	19 - 24 Puntos = Sin riesgo	☒	15 - 18 Puntos = Riesgo Bajo Valoracion cada 7 dias	☐	13 a 14 Puntos = Riesgo Moderado Valoracion cada 3 dias	☐	Menor de 12 Puntos = Riesgo Alto Valoracion diaria
NO INGRESA AL PROGRAMA		COLOR VERDE		COLOR AZUL		COLOR NARANJA	

OBSERVACION: Valoracion en "riesgo Bajo" requiere el ingreso AL PROGRAMA PIEL SANA, para valoracion por medico general, nutricion y Fisioterapia para definir manejo interdisciplinario *Continuar valoracion en reverso de la hoja*

II. ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESION

PRESENCIA DE ULCERA	NO ☒	SI ☐ Si marca SI continue diligenciando el formato.		
DESCRIBA POR CADA LESION	LESION 1 (Ls 1)	LESION 2 (Ls 2)	LESION 3 (Ls 3)	LESION 4 (Ls 4)
LOCALIZACION				
ESTADIO				
DIAMETRO/PROFUNDIDAD				

porvenir S.A. Oficina Call Center HOR. 5 MOD. 6 01 FEB 2010 CORRESPONDENCIA RECIBIDA



Lesión Sospechosa de Tejido Profundo
Piel intacta descolorida , púrpura o marrón con ampollas llenas de sangre debido a un daño del tejido celular subcutáneo por presión o fricción

Estadio I
Enrojecimiento ligero edema, sin perdida de la integridad de la piel

Estadio II
Erosion epidermica y/o ampollas y/o abracion

Estadio III
Afeccion de la totalidad de la epidermis y tejido subcutaneo.

Estadio IV
Destruccion de tejido subcutaneo, musculo tendo e incluso hueso.

Ulcera por Presion No Clasificable
Perdida total del grosor del tejido con una base cubierta de color amarillo, gris, verde o café y / o tejido necrótico, bronceado, café o negro en el lecho de la herida

Ulcera Terminal de Kennedy
Ubicación en region del sacro, bordes irregulares, de aparición sóbita con una coloracion rojo, amarillo y negro

Señale Region Comprometida con cigla que identifique la lesion Ls1 - Ls4	Claudia Salinas.	ENFERMERA 1061698038
	Nombre y apellidos de Enfermeria	Firma y Sello

HCA

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC 940
	UNIDADES DE INTERNACION- URGENCIAS Y CRITICOS	Versión 0
	PROGRAMA PIEL SANA – EVOLUCION / NOVEDADES	Fecha 28 10 08

Nombre y Apellido					
Nº Doc. Identidad		Servicio		Nº Cama	
Nº Historia Clínica		Edad			
Fecha de Ingreso al programa		Servicio de Procedencia			

I. VALORACION DE MEDICINA GENERAL DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR MEDICO

PAC. venir sólo uno oficina Call Center MOD. 6
MOD. 6 01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

II. VALORACION DE ENFERMERIA DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR ENFERMERIA
Paciente con Dx psicosis de Hernia discal con intenso dolor lumbar que dificultad la movilidad	- Asistir en sus Necesidades básicas - Garantizar la vía oral - Movilizar en bloque - Mantener piel limpia - seca - lubricada - Evitar zonas de fricción - Masaje y cambios de posición c/2h

III. VALORACION NUTRICIONAL DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR NUTRICION

IV. VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR FISIOTERAPIA

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN S.E	Formato	981
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Versión:	0
	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, ANESTESICOS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	Fecha 25-05-11	~~06/04/10~~

123

Yo, Apolinar Sanchez ; Mayor de edad (____ años).

Identificado con CC Número: 5242615 Expedida en:

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, LIBRE Y CONSCIENTE DECLARO:

HCA

1. Que comprendo la naturaleza de mi enfermedad.

2. Que se me ha explicado y he entendido las diferentes alternativas de tratamiento para mi condición actual.

3. Que otorgo mi consentimiento para que me sea practicado el procedimiento quirúrgico denominado:

Retiro de Material de Osteosintesis de Columna

Sin perjuicio a que por razón de mis condiciones clínicas y bajo un criterio estrictamente médico me deba ser practicado otro distinto o adicional en el procedimiento, que a juicio del médico tratante lo haga aconsejable.

4. Que el medico tratante DR: Hurtado previa valoración de mi condición clínica - patológica y teniendo en cuenta que no tengo ni he advertido de algún antecedente, que haga desaconsejable la practica quirúrgica, manifiesta que el procedimiento autorizado es el más aconsejable entre las alternativas médico quirúrgicas posibles actualmente.

5. Que el Médico anestesiólogo tratante ,previa valoración de mi condición clínica - patológica y teniendo en cuenta que no tengo ni he advertido de algún antecedente, que haga desaconsejable la técnica anestésica autorizada, este es la mas aconsejable entre las alternativas medicas posibles actualmente (en caso de necesidad de anestésica).

6. Que se me ha informado de forma clara, completa y sencilla y he entendido y comprendido la naturaleza y beneficios del procedimiento que se me realizará, que consistirá en:

Quirúrgicos: Sacar Tornillos de la Columna.
Anestésicos:

CONVENIO solo hay uno Oficina Calle Centro MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

7. Que se me ha informado de forma clara, completa y sencilla y he entendido y comprendido los siguientes riesgos y complicaciones posibles, que son:

Quirúrgicos: Sangrado, Infecciones, Hematoma en region quirurgica.
Puede continuar con el dolor.
Anestésicos:

8. Que se me ha explicado en forma clara, completa y lenguaje sencillo y he comprendido satisfactoriamente el tipo de anestesia que se me aplicara además de sus posibles riesgos, asi coma la naturaleza y propósito de la técnica anestésica y la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese estrictamente necesario.

9. Que se me han explicado los riesgos relacionados con mis enfermedades ya existentes y su influencia en el resultado final del procedimiento anestésico y quirúrgico.

10. Que se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas con respecto a mi enfermedad y al procedimiento a realizar en forma satisfactoria.

11. Que se me ha explicado y he entendido los riesgos y complicaciones mas importantes derivadas de la No realización de dicho procedimiento.

12. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

13. Que autorizo al médico a. Anestesiólogo para administrar los anestésicos, los medicamentos, los productos sanguíneos que considere necesarios y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de vena) durante la realización del acto quirúrgico, de acuerdo con mi condición clínica y al tipo de intervención que requiero ya que previamente me ha explicado de forma clara completa y sencilla que hay riesgos, resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible y difícil predicción y soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada.

HCA

14. Que autorizo al Médico tratante y a los profesionales que participaran en mi cirugía para que dispongan de los órganos (o sus partes) que deban ser retirados de mi cuerpo durante la realización del procedimiento quirúrgico autorizado, así como la toma de muestras para estudios clínicos que se requieran para continuar mi manejo.

Por lo tanto Certifico que he entendido en su totalidad este consentimiento y QUE ACEPTO LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO y ANESTÉSICO y libero al médico cirujano, al médico anestesiólogo, al personal asistencial y absuelvo al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE de Popayán por los riesgos, resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible y difícil predicción que se puedan presentar en la practica del procedimiento quirúrgico y anestésico; por lo cual procedo a firmarlo a los ____ día(s) del mes de_____ del año 20____.

Declaración Médica: Declaro(amos) que he(mos) informado al paciente el propósito y naturaleza del procedimiento(s) descritos arriba, de sus alternativas, riesgos y complicaciones posibles y de los resultados que se esperan.

Nombres y apellidos del Paciente	Documento de Identidad No.	Firma del Paciente
Apolinar Sanchez	5 [redacted] 42-615	
Nombres y apellidos del Testigo	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Testigo**
xMARIA Dionilde	59.700 60014	xMARIA Dionilde
Nombres y apellidos del Médico que interviene	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Médico**
Pablo Huertado G.	76 305 487	
Nombres y apellidos del Anestesiólogo	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Anestesiólogo**

DECLARACION PERSONAS EN INCAPACIDAD DE DECISION O MENORES DE EDAD: Diligencie en caso que el paciente sea menor de 18 años, esté en estado de inconsciencia, discapacitado mental o que presente limitaciones para comunicación verbal y escrita.

El paciente_____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito en este consentimiento. El médico me ha explicado en forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento al igual que sus riesgos y complicaciones posibles. Declaro que he comprendido todo lo explicado y escrito en este consentimiento y por ello YO:

_____

identificado con:_____ No._____ expedida en_____ en calidad de (Parentesco):_____, obro como REPRESENTANTE LEGAL del paciente en mención por lo cual declaro que entiendo y acepto lo consignado en este documento y doy mi consentimiento para que los médicos tratantes realicen el (los) procedimiento(s).

Nombres y apellidos del Representante Legal	Documento de Identidad No.	Firma del Representante Legal

Este formato es de obligatorio diligenciamiento por el profesional de salud responsable de una intervención quirúrgica o un procedimiento especial o invasivo para todo tipo de pacientes, otorgado en desarrollo de la Ley 23 de 1981 de Ética medica

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato	981
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Versión:	0
	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, ANESTESICOS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	Fecha 23/05/11	06/04/10

Yo, Apolinar Sanchez ; Mayor de edad (____ años)

Identificado con : CC Número: 5242615 Expedida en:

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, LIBRE Y CONSCIENTE DECLARO:

HCA

1. Que comprendo la naturaleza de mi enfermedad.

2. Que se me ha explicado y he entendido las diferentes alternativas de tratamiento para mi condición actual.

3. Que otorgo mi consentimiento para que me sea practicado el procedimiento quirúrgico denominado:

Retiro de material de osteosintesis de columna

Sin perjuicio a que por razón de mis condiciones clínicas y bajo un criterio estrictamente médico me deba ser practicado otro distinto o adicional en el procedimiento, que a juicio del médico tratante lo haga aconsejable.

4. Que el medico tratante Dr Hurtado previa valoración de mi condición clínica - patológica y teniendo en cuenta que no tengo ni he advertido de algún antecedente, que haga desaconsejable la practica quirúrgica, manifiesta que el procedimiento autorizado es el más aconsejable entre las alternativas médico quirúrgicas posibles actualmente.

5. Que el Médico anestesiólogo tratante _____ previa valoración de mi condición clínica - patológica y teniendo en cuenta que no tengo ni he advertido de algún antecedente, que haga desaconsejable la técnica anestésica _____ autorizada, este es la mas aconsejable entre las alternativas medicas posibles actualmente (en caso de necesidad de anestésica).

6. Que se me ha informado de forma clara, completa y sencilla y he entendido y comprendido la naturaleza y beneficios del procedimiento que se me realizará, que consistirá en:

Quirúrgicos: Sacarle los Tornillos de la columna
Anestésicos:

Porvenir
Oficina Cali Centro
01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

7. Que se me ha informado de forma clara, completa y sencilla y he entendido y comprendido los siguientes riesgos y complicaciones posibles, que son:

Quirúrgicos: Puede continuar con Dolor, infectarse Sangrar, fiebre
Anestésicos:

8. Que se me ha explicado en forma clara, completa y lenguaje sencillo y he comprendido satisfactoriamente el tipo de anestesia que se me aplicara además de sus posibles riesgos, así coma la naturaleza y propósito de la técnica anestésica y la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese estrictamente necesario.

9. Que se me han explicado los riesgos relacionados con mis enfermedades ya existentes y su influencia en el resultado final del procedimiento anestésico y quirúrgico.

10. Que se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas con respecto a mi enfermedad y al procedimiento a realizar en forma satisfactoria.

11 Que se me ha explicado y he entendido los riesgos y complicaciones mas importantes derivadas de la No realización de dicho procedimiento.

12. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

13. Que autorizo al médico anestesiólogo para administrar los anestésicos, los medicamentos, los productos sanguíneos que considere necesarios y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de vena) durante la realización del acto quirúrgico, de acuerdo con mi condición clínica y al tipo de intervención que requiero ya que previamente me ha explicado de forma clara completa y sencilla que hay riesgos, resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible y difícil predicción y soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada.

14. Que autorizo al Médico tratante y a los profesionales que participaran en mi cirugía para que dispongan de los órganos (o sus partes) que deban ser retirados de mi cuerpo durante la realización del procedimiento quirúrgico autorizado, así como la toma de muestras para estudios clínicos que se requieran para continuar mi manejo.

Por lo tanto Certifico que he entendido en su totalidad este consentimiento y QUE ACEPTO LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO y ANESTÉSICO y libero al médico cirujano, al médico anestesiólogo, al personal asistencial y absuelvo al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE de Popayán por los riesgos, resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible y difícil predicción que se puedan presentar en la practica del procedimiento quirúrgico y anestésico; por lo cual procedo a firmarlo a los ____ día (s) del mes de _____ del año 20____.

Declaración Médica: Declaro(amos) que he(mos) informado al paciente el propósito y naturaleza del procedimiento(s) descritos arriba, de sus alternativas, riesgos y complicaciones posibles y de los resultados que se esperan.

Nombres y apellidos del Paciente	Documento de Identidad No.	Firma del Paciente
Apolinar Sandiez	5242-615	
Nombres y apellidos del Testigo	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Testigo**
Nombres y apellidos del Médico que interviene	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Médico**
Paulo Hurtado	7690548	Paulo Hurtado Gómez CIRUJANO
Nombres y apellidos del Anestesiólogo	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Anestesiólogo**

DECLARACION PERSONAS EN INCAPACIDAD DE DECISION O MENORES DE EDAD: Diligencie en caso que el paciente sea menor de 18 años, esté en estado de inconsciencia, discapacitado mental o que presente limitaciones para comunicación verbal y escrita.

El paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito en este consentimiento. El médico me ha explicado en forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento al igual que sus riesgos y complicaciones posibles. Declaro que he comprendido todo lo explicado y escrito en este consentimiento y por ello YO:

_____

identificado con _____ No. _____ expedida en _____ en calidad de (Parentesco): _____, obro como REPRESENTANTE LEGAL del paciente en mención por lo cual declaro que entiendo y acepto lo consignado en este documento y doy mi consentimiento para que los médicos tratantes realicen el (los) procedimiento(s).

Nombres y apellidos del Representante Legal	Documento de Identidad No.	Firma del Representante Legal

Este formato es de obligatorio diligenciamiento por el profesional de salud responsable de una intervención quirúrgica o un procedimiento especial o invasivo para todo tipo de pacientes, otorgado en desarrollo de la Ley 23 de 1981 de Ética medica

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
Empresa Social del Estado POPAYAN

REGISTRO DE ANESTESIA Y RECUPERACION

FECHA	MEDICACION PREANESTESICA	MGRS.	VIA	HORA	EFECTO

S242605
HISTORIA No.

Sanchez — Apolinar — HCA
1er. Apellido | 2o. Apellido | Nombre

03 — C
Servicio | Sala o Cuarto | Cama

Fecha 2011/05/23

EDAD	SEXO	PESO	TEMP.	RIESGO	SALA
49	M	70	—	I	3

CIRUJANOS: Hurtado
ANESTESIOLOGOS: Gil

AGENTES | HORA | 4 15 30 45 | 5 15 30 45 | 15 30 45 | 15 30 45 | 15 30 45

07
Vasig 4 ml
Sedon

Y 38 210
Pulso 38 19 180
Inducción 34 17 160
Incisión 32 15 140
FiO2 Aire 30 13 120
Resp. 28 11 100
Temp. 26 9 80
PV + 7 60
Foto 5 40
3 Esp.
20 Aisis
1 Cont.

POSICION
INFUSION
PERDIDA
DIURESIS

X	Inducción	Rápida-Lenta
1	Efortil 5	
2	Atracurio	
3	Dexametasona	
4	Dipirona 2 g	
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

TECNICAS

General		Conductivo	
Abierto	Cerrado	Epidural	✓
Semi		Subaracnoidea	
Circular	Valvun	Caudal	
Unidireccional		Bloqueo Plexo	
Máscara		Simple	
Tubo No.		Continua	✓
OT	NT	Aguja No.	18
Manguito		Nivel	
Topica		Altura punción	L4-L5
Técnica especial	Sedación		

RECIEN NACIDO

SEXO	HORA DE NACIMIENTO			
PESO	APGAR	1 MIN.	5 MIN.	10 MIN.
TALLA				

ESTADO GENERAL AL SALIR DEL QUIROFANO Apgar.

HEMORRAGIA

DIURESIS TOTAL

COMPRESAS
COMPLETAS | INCOMPLETAS

SANGRE Y SOLUCIONES ADMINISTRADAS

TOTAL

INSTRUMENTADORA:

CIRCULANTE

OBSERVACIONES

Analgesia Sacra

DIAGNOSTICO: PREOPERATORIO

OPERACION: OPERATORIO | PROPUESTA Retro-auricular OI | REALIZADA

TIEMPO CIRUGIA | TIEMPO ANESTESIA

HCA

FECHA:

EVALUACION PREANESTESICA

CARDIOVASCULAR

TA FC E.K.G. RX

RESPIR. ORIO

GASTROINTESTINAL

RENAL

ENDOCRINO

NEUROMUSCULAR

MEDICAMENTOS PREVIOS

HEMATOLOGIA			QUIMICA SANGUINEA	ORINA
HD	HTO	Grupo RH		

ANESTESIAS PREVIAS SI NO LUGAR

FECHA ANESTESIA O TECNICA

TIPO CIRUGIA COMPLICACIONES

COMPLICACIONES ANESTESICAS Y POSTANESTESICAS

No

GASES				CONTROL POST-ANESTESICO
Ph				
PO_2				
PCO_2				
Bicarb.				
E.B.				
K				
Na.				

HORA DE SALIDA

ANESTESIOLOGO CODIGO

porvenir solo hay una Oficina Cali Centro MOD. 6 01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA MOD. 6

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

No: 19611

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

130

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 23/05/2011 15:00:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 49 **Sexo:** M

Quirófano: 1 **Ingreso:** **Cama:** 4

Servicio de procedencia: URGENCIAS ADULTOS

HCA

Cirujano: PAULO HURTADO GOMEZ **Ayudante 1:** LUGO

Ayudante 2: NO **Anestesiólogo:** FRANCISCO SAA

Diagnóstico preoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Diagnóstico postoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Otros diagnósticos:

Intervención practicada: EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS COLUMNA VERTEBRAL

porvenir solo hay uno Oficina Cali Cent MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Tipo de anestesia: RAQUIDEA

Verificación del área corporal intervenida: COLUMNA LUMBOSACRA

Lateralidad del área Quirúrgica: NO APLICA

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: SI

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

TORNILLOS PRISIONEROS MUY AJUSTADOS.

Descripción del procedimiento quirúrgico:

PACIENTE BAJO ANESTESIA EPIDURAL EN DECÚBITO PRONO. INCISION RECTA LINEA MEDIA POSTERIOR L4-S1. DISECCION DE CABEZAS DE TORNILLOS TRANSPEDICULARES EN EL LADO IZQUIERDO. SE INTRODUCE DESTORNILLADOR DE TORNILLOS PRISIONEROS Y SE INTENTA DESENROSCARLO. SE PRODUCE FRACTURA DEL DESTORNILLADOR. ES IMPOSIBLE CONTINUAR PORQUE NO EXISTE EN LA CENTRAL DE MATERIALES OTRO DESTORNILLADOR QUE LE AJUSTE. CIERRE POR PLANOS.

Presenta complicaciones quirúrgicas: SI

Descripción de la complicación quirúrgica: FRACTURA DE DESTORNILLADOR. NO SE PUEDE REALIZAR PROCEDIMIENTO.

Plan postoperatorio:

ANALGESICO. ANTIBIOTICO

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Se utilizó el intensificador de imágenes: NO

Conteo de compresas al iniciar: 0

Conteo de compresas al finalizar: 0

NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL CIRUJANO

Nota digitada el dia 23/05/2011 15:48:50

Folios 836

137

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
DEPARTAMENTO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Informe N°: 121077

HCA

FechaToma Placa:	N_Historia:	Servicio
13-may-11	5242615	URGENCIAS ADULTO

Nombre:	Medico solicito el Estudio:	Entidad
SANCHEZ ORDOÑEZ APOLINAR		VINCULADO

RX CLS

Leve escoliosis lumbar izquierda.

Fijación metálica entre L4 y C1.

Espacios intervertebrales conservados.

porvenir
solo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 5
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

LUIS CARLOS GONZALEZ
Mèdico Radiólogo

Teresa

Con experiencia y vocación mejoramos tu salud

FECHA Y HORA	EVOLUCION
5/01/16	alta — DC/ mala un — foco DC/ No Detect Alta

HCA

Paulo Hurtado Gómez
MEDICO CIRUJANO
[illegible]

POR CORREO
Oficina Call Center
5 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

...ada evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la ...spitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Adriana Sanchez			Historia Clínica	42-42 018
Servicio	Trauma	Cama		Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	Bol: Normal
	Colab: Nula
	Primera: Limpio
	Sd Doloris: Bio. PO no dolo.
	Edema: Grado 1 PO: Leve
	Mov: Activa y Completo.
	Dren: No.
	Curación: Seca y aseada
	Férula:
	Manejo PO: Normal
5-1-11-	Cirugía Intervalo.
5-I-11	Fisiatría
12130	Paciente de 48 años procedente de Miranda Hombre de lateralidad diestra de 9 años de evolución Dx como Radiculopatía por hernia discal L5-S1 en POP de Discoidectomía (Micro) y artrodesis posterior de Columna lumbar a nivel L4-L5 refiere Moderado dolor en zona quirúrgica y dificultad para ponerse de pie Ayer tuvo recaída (durante 7 meses antes de la cirugía no lo había podido hacer) EF: Alerta orientado, afebril herida quirúrgica a nivel lumbar bien cubierta sin signos de infección, hay palpación de liquido peridural sin dolor ni calor, resistente Movilidad de caderas 0-90° bilateral Sensibilidad conservada MII normales, debilidad 4/5 MII. Plan: iniciar bipedestación y marcha con walker. Se prescribe fisioterapia

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

(3)

ORDEN MEDICA DE SALIDA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

NOMBRE DEL PACIENTE: Hedinar Sanchez	ENTIDAD: DIC	CAMA No. 32 B.	
HISTORIA CLINICA: 5242615.	FECHA SALIDA: 5-I-11	HORA SALIDA:	

FECHA INGRESO OBSERVACION:	HORA INGRESO OBSERVACION:	FECHA EGRESO OBSERVACION:	HORA EGRESO OBSERVACION:	DIGITADOR
27-XII-10.			5-I-11	HCA

CAUSA DE SALIDA		ESTADO DEL PACIENTE		
ORDEN MEDICA	(X)	VIVO	(X)	CAUSA EXTERNA: *
VOLUNTARIA	( )	MUERTO	( )	CAUSA DE MUERTE: Código:

TIPO DX PRINCIPAL (PACIENTE NO OBSERVADO)		DESTINO		DIAGNOSTICO EGRESO	
IMPRESION DIAGNOSTICA	( )	ALTA	(X)	Hernia Discal	M512.
CONFIRMADO NUEVO	(X)	REMISION	( )	PRINCIPAL	CODIGO
CONFIRMADO REPETIDO	( )	HOSPITALIZACION	( )	RELACIONADO	CODIGO
				RELACIONADO	CODIGO

* Ver al reverso

NOMBRE Y REGISTRO DEL MEDICO

POSVENIR
Oficina Call Centro
MOD. 6
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

No: 15829

22

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 27/12/2010 14:00:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 48 **Sexo:** M

Quirófano: 1 **Ingreso:** **Cama:** 4Ç

Servicio de procedencia: PACIENTE

Cirujano: PAULO HURTADO GOMEZ **Ayudante 1:** PAOLA LUGO

Ayudante 2: NO **Anestesiólogo:** JUAN MANUEL MUÑOZ

Diagnóstico preoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Diagnóstico postoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Otros diagnósticos:

Intervención practicada: MICRODISCOIDECTOMIA, UNO O MAS INTERESPACIOS, UNO O MAS INTERESPACIOS CERVICAL TORAXICA O LUMBAR UNILATERAL, ARTRODESIS POSTERIOR DE COLUMNA CON INSTRUMENTACION

Tipo de anestesia: RAQUIDEA

Verificación del área corporal intervenida: COLUMNA LUMBOSACRA

Lateralidad del área Quirúrgica: AMBAS

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: SI

Porvenir Oficina Cali Centro 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

CAMBIOS ARTRÓSICOS FACETARIOS. DISCO L4-L5 PROTRUIDO POSTERO LATERALMENTE HACIA EL RECESO DERECHO.

Descripción del procedimiento quirúrgico:

PACIENTE BAJO ANESTESIA EPIDURAL EN DECÚBITO PRONO, CADERA FLEXIONADA 90 GRADOS. INCISIÒN RECTA LINEA MEDIA POSTERIOR L3-S1. DISECCIÒN DE FASCIA LUMBAR DERECHA. INCISIÒN EN FASCIA LUMBAR DERECHA A 3 CMS DE LA LINEA MEDIA, LADO DERECHO. DISECCIÒN DE MUSCULATURA PARAESPINAL EN PLANO ENTRE MÚSCULO MULTIFIDUS Y MÚSCULO ILIOCOSTAL HASTA PALPAR MASAS LATERALES DE L4,L5 Y S1. DISECCIÒN SUBPERIOSTICA DE LAMINA Y CARILLA ARTICULAR L4-L5 DERECHA. RESECCIÒN DE PEQUEÑA VENTANA DE HEMILAMINA DERECHA, HASTA ACCEDER AL DISCO L4-L5. INCISIÒN EN CRUZ EN ANIL FIBROSO. RESECCION DE 1 GRAMO DE DISCO HERNIADO. SE COLOCAN TORNILLOS TRANSPEDICULARES ASI L4: 5.5 X 45 mm, L5:5.5 X 45 mm, S1: 5.5 X 40 mm. SE COMPRUEBA POSICIÒN MEDIANTE FLUOROSCOPIA. SE COLOCA BARRA LONGITUDINAL PREDOBLADA DE 80 mm. SE UNE BARRA A CADA TORNILLO TRANSPEDICULAR CON UN TORNILLO PRISIONERO. SE REALIZA DISTRACCION Y SE AJUSTAN TORNILLOS PRISIONEROS. HEMOSTASIA. INCISIÒN EN FASCIA LUMBAR IZQUIERDA A 3 CMS DE LA LINEA MEDIA. DISECCIÒN DE MUSCULATURA PARAESPINAL IZQUIERDA A TRAVÉS DEL PLANO ENTRE MÚSCULO MULTIFIDUS Y MÚSCULO ILIOCOSTAL HASTA PALPAR CARILLAS ARTICULARES. DISECCION SUBPERIOSTICA DE CARILLAS ARTICULARES Y PROCESO TRANSVERSO DE L4, L5 Y S1 IZQUIERDO. SE COLOCAN TORNILLOS TRANSPEDICULARES ASI L4: 5.5 X 45 mm, L5: 5.5 X 45 mm, S1: 5.5 X 40 mm. HEMOSTASIA. CIERRE POR PLANOS. NO COMPLICACIONES.

Presenta complicaciones quirúrgicas: NO

Descripción de la complicación quirúrgica:

Plan postoperatorio:

ANALGESICO. ANTIBIÓTICO.

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Paulo Hurtado Gomez NEUROCIRUJANO TR 1755-93

Se utilizó el intensificador de imágenes: SI

Conteo de compresas al iniciar: 0

Conteo de compresas al finalizar: 0

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

No: 15830

21

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 27/12/2010 14:20:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 48 **Sexo:** M

Quirófano: 1 **Ingreso:** **Cama:** 4

Servicio de procedencia: URGENCIAS ADULTOS

Cirujano: NO **Ayudante 1:** NO

Ayudante 2: NO **Anestesiólogo:** JUAN MANUEL MUÑOZ DUEÑAS

HCA

Diagnóstico preoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Diagnóstico postoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Otros diagnósticos: NO

Intervención practicada: INSTALACION DE BOMBA DE INFUSION PARA DOLOR

porvenir
sólo hay uno
Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Tipo de anestesia: BLOQUEO REGIONAL

Verificación del área corporal intervenida: SI

Lateralidad del área Quirúrgica: NO APLICA

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: NO

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

NO

Descripción del procedimiento quirúrgico:

ASEPSIA Y ANTISEPSIA REGION LUMBOSACRA. INFILTRACION DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, LIGAMENTO INTERESPINOZO, CON XILOCAINA SIMPLE 100 MGRS. LOACALIZACION DE ESPACIO PERIDURAL CON AGUJA TOHUY 18 A NIVEL DE L2L3 CON PRUEBA DE RESISTENCIA DE AIRE. PASO DE CATETER PERIDURAL HASTA 12 CMS. AISLAMIENTO DE SITIO DE INSERCION CON TEGADERM.

Presenta complicaciones quirúrgicas: NO

Descripción de la complicación quirúrgica: NO

Plan postoperatorio:

MANEJO DE DOLOR

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Se utilizó el intensificador de imágenes: NO

Conteo de compresas al iniciar: 0

Conteo de compresas al finalizar: 0

NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL CIRUJANO

Nota digitada el dia 27/12/2010 18:18:50

Organos	Normal	Alterado	No aplica	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				Dolor intenso de Origen Lumbar, no lesiones Reflejos Deshidratación Leve
2.Ojos				
3.OPL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoesqueletico				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

HCA

DIAGNOSTICOS	CONDUCTA
1 Discopatia L4-L5, L5-S1	1 Oficina con Centro
2	2
3	3 01 FER 2020 Hab. 6
4	4 CORRESPONDENCIA RECIBIDA
5	5
6	6
7	7

COMENTARIO CLINICO	Requiere tratamiento Quirúrgico Microdiscectomia y Artrodesis L4-L5, L5-S1, se solicita material de O.S.

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	
DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

VERIFICACIÓN POS-CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA

No.	ORDENES MEDICAS	SI	NO	NA	FIRMA USUARIO	FIRMA, CODIGO Y SELLO AUX. ENFERMERÍA
		No. Total				
1	Formulas médicas	1			Nombres Completos:	
2	Justificación de medicamentos					
3	Exámenes de Laboratorio					
4	Justificación de Procedimiento					
5	Interconsulta a Anestesia	1			Dirección:	
6	Interconsulta a otra especialidad					
7	Turno de cirugía					
8	Formula Antibióticos					
9	Formato de recomendaciones gra.	1			Telfs:	
10	Fotocopia Historia Clinica del dia	1				
11	Insumos					
12	Banco de Sangre					

03

HCA

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA	Formato HC Nº	902
	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		
	ADULTO	Versión	2
		Fecha	FEBRERO 01/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Adriana Sanchez Ochoa			Nº HISTORIA CLINICA	5242 615
Edad	48	Sexo	M / F	Administradora de planes de beneficios	Sin cobran un
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242 615		
Nombre del acompañante	Estella Diaz			Parentesco	Hermana

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	dd	03	mm	11	aaaa	10	Especialidad	Ort Cx	Nº Fact.	81203	
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control enf aguda			Control Enf crónica				
Motivo consulta											

Enfermedad Actual: Varios años de evolución de dolor severo en columna lumbar irradiado a miembros inferiores.

MOD. 6 — RESPONDENCIA RECIBIDA

ANTECEDENTES	FAMILIARES			PERSONALES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirurgicos							
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	66 lat/mit	FR	19 res/mit	TO	36 °C	PA	110/60	mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	50.5 Kg			Talla	1.62	cm
Aspecto general									

Organos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4 Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoe squelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Ex. Neurológico: alerta, conversa
Marcha antálgica
No deficit motor.
Flexión tronco: limitada
x dolor.

HCA

DIAGNOSTICOS		CONDUCTA	
1	Radiculopatía Crónica S1	1	Ibuprofeno 800 mg cada 8 horas.
2	M54.1	2	
3	H.P. L4-L5 y L5-S1.	3	Ref. Neurocirugía. Montan
4		4	
5		5	Cita pert. Valoración.
6		6	
7		7	

Porvenir
Oficina Call Center
MOD
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
MOD. 6

COMENTARIO CLINICO	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

JUNTA CENTRAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ

VERIFICACION POS-CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA

No.	ORDENES MEDICAS	SI	NO	NA	FIRMA USUARIO	FIRMA, CODIGO Y SELLO AUX. ENFERMERÍA
		No. Total				
1	Formulas médicas				Nombres Completos:	
2	Justificación de medicamentos					
3	Exámenes de Laboratorio					
4	Justificación de Procedimiento				Apolinar Son	
5	Interconsulta a Anestesia				Dirección:	
6	Interconsulta a otra especialidad	Neuroc			VEREDA HORNGAL	
7	Turno de cirugía					
8	Formula Antibióticos				MIRANDA	
9	Formato de recomendaciones gral				Telfs:	
10	Fotocopia Historia Clínica del cia	1			3148744050	
11	Insumos					
12	Banco de Sangre CONTROL	1				

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA	Formato HC Nº	902
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		
ADULTO	Versión	2
	Fecha	FEBRERO 01/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ				Nº HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	48 AÑOS	Sexo	M	F	Administradora de planes de beneficios	AIC
Tipo D.I.	CEDULA	Nº D.I.	5242615			
Nombre del acompañante	STELLA DAZA				Parentesco	HNA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	dd 02	mm 11	aaaa 2010	Especialidad	NEUROC	Nº Fact.	611829		
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control enf aguda		Control Enf crónica				

Motivo consulta: Cervicalgia Rx Cervical Sin Hg x poner TAC.

Enfermedad Actual: TAC / RMN CLS. (26.10.10): protrusión discal en retrazo saco dural y estrechamiento de columna de LCR a nivel L4-L5 y L5-S1. No se objetiva bien la compresión radicular. Se queja de dolor en MI Izq. trayecto S1.

ANTECEDENTES	FAMILIARES			PERSONALES		
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica
Hipertensión						
Diabetes						
Asma						
Cáncer						
TBC						
Alérgicos						
Quirúrgicos						
Otros:						

Descripción de hallazgos positivos

PERSONALES

/

FAMILIARES

/

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

/

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

/

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	98. lat/mit	FR	24 res/mit	Tº	36.2 °C	PA	120/80 mm/hg	
	PAM	mm/hg	Peso	57.8 Kg			Talla	167 cm	
Aspecto general									

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	...Examen físico. Se da de alta con control por consulta externa y manejo con fisiatría.
8-03 12	Terapia Ocupacional: Paciente estable con buena respuesta al proceso terapéutico con evidente alteración cognitiva dificultad atención - memoria para tolerancia a la frustración.

Jenny Chamorro T.
Terapeuta Ocupacional
Universidad Mariana
Reg. 01854

HOSPITAL UNIVERSITARIO
RECIBIDO
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA
RECIBIDA

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

200

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato h.c. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Sanchez			Historia Clinica	32y2615
Servicio	U. J Mental	Cama	12028	Especialidad	Psiquiatria

FECHA Y HORA	EVOLUCION
7-03 12	Terapia Ocupacional: Paciente estable se evalua proceso facilitando procesos cognitivos para ejecución de actividades con poca habilidad cognitiva ejecución a problemas. se continua manejo

HCA

Jenny Marmolejo T.
Terapeuta Ocupacional
Universidad Mariana
Reg. 01892

Archivo Clínico Sede Hospital Universitario San José Popayán
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

12
Consciente, alerta, afecto con mejoras moduladas, sin ansiedad, alucinaciones, ideación delirante. Refiere dolor hay disminuido de forma importante ya no pide apoyo para el baño, deambula sin ayudas. Se da de alta con remisión a manejo por consulta externa

8-12 Dx: F20.0 F84.0 F32.2
Paciente ambulatorio, colaborador, sin
referir alucinaciones sin cambios al

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

0526

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC No.	916
	NIT. 891580002-5 POPAYAN – CAUCA	Versión	2
	URGENCIAS – C. EXTERNA – HOSPITALIZACION – SALAS ESPECIALES	Fecha	12/08/0[illegible]
	EPICRISIS – REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		

A. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez							Entidad Responsable de pago	ASI
Tipo de Documento de Identidad	CC: X	RC	TI	CE	PAS	ASI	MSI	No Documento Identidad	5242615
Sexo	F	M: X	Edad		DD	MM	AA: 41	Número de Historia Clínica	5242615 HCA

Residencia Habitual (direccion-municipio-departamento):

B. APLICACIÓN DE EPICRISIS SI: X NO:

DATOS DE INGRESO						DATOS DE EGRESO					
SERVICIO	URG					SERVICIO	URG				
FECHA Y HORA	dd: 04	mm: 02	aaaa: 16	HORA (formato 24 horas)	17:05	FECHA Y HORA	dd: 07	mm: 02	aaaa: 16	HORA (formato 24 horas)	11:15

DIAGNOSTICOS DE INGRESO PRESUNTIVOS CONFIRMADOS Y RELACIONADOS	COD. CIE 10	DIAGNOSTICOS DE EGRESO PRINCIPALES Y RELACIONADOS CONFIRMADOS	COD. CIE 10
1 Pop Hernia discal	Z48.9	1 Pop artroplastia postura	Z455
2 Lumbalgia	M545	2 Lyle-S1	M545
3		3 Lumbalgia Fovela	
4		4	
5		5	

DATOS CLINICOS DEL INGRESO (1-Motivo consulta 2-Enfermedad actual 3-Antecedentes 4-Revisión por sistemas 4-Revisión por Sistemas 5-Estado General al Ingreso 6-Exámen Fisico 7-Conducta inicial)

Pte Operado por hernia discal hace 1 mes, ahora consulta por dolor lumbar irradiado a pierna, tabes incapacitante que le impide la marcha

SV: TA: 120/80 FC: 80 FR: 20 T: 36

Pte hemodinamicamente estable, en buen estado general, con dolor a la palpación de linea media columna lumbar. Herida limpia fase de cicatrización

Pte Valorado por Neuro quien ordena Rx Columna Lumbosacra donde se evidencia Instrumentacion

Oficina de Atención al Usuario Centro
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
MOD. 6

DATOS CLINICOS DE LA EVOLUCION CLINICA (Consignela en órden cronológico, dando mayor relevancia a los aspectos clínicos que generan cambios en las conductas diagnósticas y terapéuticas. Cuando amerite incluya justificación de indicación terapéutica)

En buena posición - Orden analgesia

Pte con evolución satisfactoria tranquilo tolerando el medio y la vía oral. Asumen dx de alta por lo cual ordena retiro Hacia con recomendaciones

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (Resultado: (N) si es normal, si es patologico, describa los hallazgos positivos más relevantes)

FECHA DD MM AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	FECHA DD MM AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO

HCA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS: SI [ ] NO [ ]

FECHA DD MM AA	PROCEDIMIENTO	FECHA DD MM AA	PROCEDIMIENTO
05 01 11	Rx Columna Lumbosacra Ap y Lat		Instrumentado

TRATAMIENTOS APLICADOS (Mencione todos los tratamientos recibidos durante la atención)

Dietabla
Dipirona 2gr IV c/6hs
Tramadol 100mg IV c/6hs

COMPLICACIONES Y CONDICIONES GENERALES AL EGRESO, INCLUIR INCAPACIDAD FUNCIONAL

NO SE REGISTRA

CAUSA DEL EGRESO: ALTA [X] MUERTE [ ] FUGA [ ] REMISION [ ] RTA A REMISION [ ]

APLICACIÓN DE REFERENCIA [ ] **CONTRAREFERENCIA** [ ]

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO I NIVEL I [ ] NIVEL II [ ] NIVEL III [ ] NIVEL IV [ ]

NOMBRE IPS A QUIEN SE SOLICITA LA ATENCION:

CIUDAD		DEPARTAMENTO				
PROFESION O ESPECIALIDAD REQUERIDA		TIPO DE ATENCION REQUERIDA		AMBUL	URG.	HOSP.
FECHA SOLICITUD DE LA ATENCIÓN	DD MM AA	HORA				
RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRES Y APELLIDOS)		TELEFONO				

CAUSA DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

PLAN DE MANEJO	HOSPITALARIO		AMBULATORIO	

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO (Medicamentos)

NOMBRE-CONCENTRAC-PRESENTAC	POSOLOGIA	TIEMPO DE TTO	PLAN DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE APOYO DIAGNOSTICO
Naproxeno tab x 250mg VO c/12hs			Cita Control por Consulta Externa en 15 días con Neurocirugía

DATOS DE CONFIRMACION DE LA ATENCION SOLICITADA

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA Y HORA	
		PROFESION	
NO ACEPTADO [ ] NO [ ]	CAUSA DE NEGACION.		

APLICACION DE CERTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EVENTO CATASTROFICO O TERRORISTA APLICA. SI [ ] NO [ ]

Por medio de éste documento me permito certificar que por los hallazgos clínicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un: Acc. Transito [ ] E. Catastrófico [ ] E. Terrorista [ ]

NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	No. DE CEDULA, REGISTRO Y ESPECIALIDAD	FIRMA
	43200 04	

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

ADULTO

Formato HC Nº	902 53
Versión	2
Fecha	FEBRERO 01/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Adolina Sanchez Ordoñez			Nº HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	48	Sexo	M F	Administradora de planes de beneficios	Vinculado
Tipo D.I.	C.C	Nº D.I.	5242615		
Nombre del acompañante	Sandra Ortega			Parentesco	Hermana

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

pr: Hospitado

FECHA	dd 9	mm 02	aaaa 16	Especialidad	Neurocx	Nº Fact.	630656		
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control enf aguda		Control Enf crónica				
Motivo consulta									

HCA

Enfermedad Actual

Mes y media post. Qx L4-L5. Artrodesis posterior Columna descendente

Porvenir solo hay uno Oficina Cali Centro
Folio 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ANTECEDENTES	FAMILIARES			PERSONALES		
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica
Hipertensión						
Diabetes						
Asma						
Cáncer						
TBC						
Alérgicos						
Quirúrgicos						
Otros:						

Descripción de hallazgos positivos

PERSONALES

FAMILIARES

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	72 lat/mit	FR	18 res/mit	Tº	36 °C	PA	120/60 mm/hg	
	PAM	mm/hg	Peso	51.6 Kg	Talla	157.5 cm			
Aspecto general									

Organos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4. Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoe squelético			
13.S.Linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Dolor intenso de predominio
dela linea media lumbar
signo de Lasegue Bilateral

HCA

DIAGNOSTICOS		CONDUCTA	
1	Disco [illegible]	1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	

DOY FE Que la Copia que antecede es Fiel Tomada del Original que Reposa en este Centro Médico
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA

AIRO

COMENTARIO CLINICO	Se dan indicaciones para manejo de la Enfermedad

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	
DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

OS JHON

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

VERIFICACION POS-CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA

No.	ORDENES MEDICAS	SI (No. Total)	NO	NA	FIRMA USUARIO	FIRMA, CODIGO Y SELLO AUX. ENFERMERÍA
1	Formulas medicas				Nombres Completos:	
2	Justificacion de medicamentos					
3	Exámenes de Laboratorio					
4	Justificación de Procedimiento					
5	Interconsulta a Anestesia				Dirección. Original (Miranda)	
6	Interconsulta a otra especialidad					
7	Turno de cirugía					
8	Formula Antibióticos					
	Formato de recomendaciones g al				Telfs: 3194194050	
10	Fotocopia Histor a Clínica del día					
11	Insumos					
12	Banco de Sangre					

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Muñoz Ovando	Historia Clínica	5242615
Servicio	Quirurgico	Cama	Especialidad: Neurocx

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	NOTA Evolución - Hospitalario
28/Oct/10.	Masculino 48 A
H:735	Lev dia POD - Ar Microdiscoidectomia. +
	Artrodesis Posterior de columna.
	Se maneja con Analgesia x: catéter
	Peridural y Medicación Endovenosa en el
	momento Dolor Leve, Presenta Sangrado
	en zona del catéter para Dolor
	Herida Limpia Hemodinamicamente
	EXAMEN FISICO: Fc 76 PA 120/70
	T° 36.5° Normocefalo Inmovilizado
	Sin signos cuello No alteración de Conciencia
	Motor no cambios Sensibilidad conservada
	Tolera via oral, c/u eliminando Explosivos
	Ext, No Deficit Neuro Quirúrgico Normal
	Aparentemente. Sueño normal
	Plan: 1 Continuar Analgesico - Antibiotico
	2 Interconsulta A dolor.
	3 Manejo x Neurocx:
23-XII-10	ANESTESIOLOGIA.
8+50	Paciente masculino 48 A. conocido
	Presenta gasa en lugar de inserción de catéter
	con bastante contenido hemático. No aprecia
	movilización del catéter pero no hay certeza
	Se decide pasar 6 cc de bupivacaina al 0.1%
	vio catéter peridural - Si se observa
	mayor extravasacion o ausencia de analgesia
	se revisará por debajo de fegoderm y se definira retiro

Toda evolución deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

Andrés Suárez
RESIDENTE ANESTESIOLOGIA
U. del Cauca R.M. 19

FECHA Y HORA	EVOLUCION
28/12/10	NPO Mal orina con dolor Herida limpia HCA Pl Rastrel a cda
29/12/10	NPO Mal orina Glasgow 15 SNC sin deficit Dolor leve Pl retirar catéter permitir deambulación Retiro alta
24-XII-10. 18h	Medico Hospitalario: Paciente en 2do Dia POP Microdiscectomia L4-L5 En el momento estable- sin clinica. Con SV en limites normales. Cardiopulmonar y abdomen sin alteraciones. Gu. Diuresis espontanea. Extremidades- sin edemas. SNC- No deficit motor. Plan- Salida mañana segun evolucion.

Pablo Hurtado Gómez
NEUROCIRUJANO
T.P. 1755-93

01 FEB 2011
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Pablo Hurtado Gómez
NEUROCIRUJANO
T.P. 1755-93

da evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La identificación clínica de la pitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S E	Formato No 940
	UNIDADES DE INTERNACION- URGENCIAS Y CRITICOS	Versión 6
	PROGRAMA PIEL SANA – EVOLUCION / NOVEDADES	Fecha 28 10 08

Nombre y Apellido					
Nº Doc Identidad		Servicio		Nº Cama	HCA
Nº Historia Clínica		Edad			
Fecha de Ingreso al programa		Servicio de Procedencia			

I. VALORACION DE MEDICINA GENERAL DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR MEDICO
	Porvenir Oficina Call Centro 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

II. VALORACION DE ENFERMERIA DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR ENFERMERIA
Paciente con Dx psiq de Hernia discal con intenso dolor lumbar que dificulta la movilidad	- Asistir en las Necesidades básicas - Garantizar la vía oral - Movilizar en bloque - Mantener piel limpia -seca- lubricada - Evitar zonas de fricción - Masaje y cambio de posición c/2h

III. VALORACION NUTRICIONAL DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR NUTRICION

IV. VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR FISIOTERAPIA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC 940 -
UNIDADES DE INTERNACION- URGENCIAS Y CRITICOS	Versión 0
PROGRAMA PIEL SANA - VALORACION INICIAL	Fecha 28 10 08

Nombre y Apellido	Apolinar Sanchez				
Nº Doc. Identidad	5242615	Servicio	UCE.	NºCama	28
Nº Historia Clinica	5242615	Edad	48		
Fecha de Ingreso	14/03/11	Servicio de Procedencia			

HOA

I. ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS - ESCALA DE BRADEN

PUNTOS	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada ☐	Constantemente húmeda ☐	Encamado ☒	Completamente inmóvil ☐	Muy pobre ☐	Problema ☐
2	Muy limitada ☐	Húmeda con frecuencia ☐	En silla ☐	Muy limitada ☒	Probablemente inadecuada ☐	Problema potencial ☒
3	Ligeramente limitada ☐	Ocasionalmente húmeda ☒	Deambula ocasionalmente ☐	Ligeramente limitada ☐	Adecuada ☒	No existe problema aparente ☐
4	Sin limitaciones ☒	Raramente húmeda ☐	Deambula frecuentemente ☐	Sin limitaciones ☐	Excelente ☐	Excelente ☐

PUNTAJE TOTAL 15

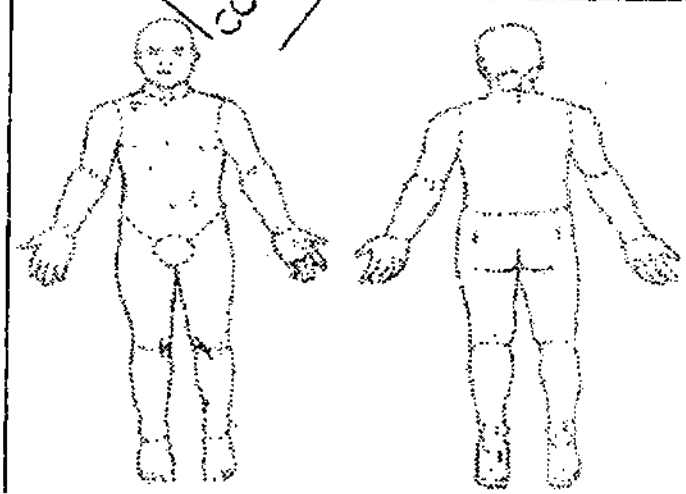
☐	19 - 24 Puntos = Sin riesgo	☒	15 - 18 Puntos = Riesgo Bajo Valoracion cada 7 dias	☐	13 a 14 Puntos = Riesgo Moderado Valoracion cada 3 días	☐	Menor de 12 Puntos = Riesgo Alto Valoracion diaria
NO INGRESA AL PROGRAMA		COLOR VERDE		COLOR AZUL		COLOR NARANJA	

OBSERVACION: Valoracion en "riesgo Bajo" requiere el ingreso AL PROGRAMA PIEL SANA, para valoracion por medico general, nutricion y Fisioterapia para definir manejo interdisciplinario. *Continuar valoracion en reverso de la hoja*

II. ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESION

PRESENCIA DE ULCERA	NO ☒	SI ☐ Si marca SI continue diligenciando el formato.		
DESCRIBA POR CADA LESION	LESION 1 (Ls 1)	LESION 2 (Ls 2)	LESION 3 (Ls 3)	LESION 4 (Ls 4)
LOCALIZACION				
ESTADIO				
DIAMETRO/PROFUNDIDAD				

CONVENIO Docencia Servicio 01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA HC 6



Señale Region Comprometida con cigla que identifique la lesion Ls1 - Ls4

Lesion Sospechosa de Tejido Profundo
Piel intacta descolorida, purpura o maroon con ampollas llenas de sangre debido a un daño del tejido celular subcutáneo por presión o fricción

Estadio I
Enrojecimiento ligero edema, sin perdida de la integridad de la piel.

Estadio II
Erosion epidermica y/o ampollas y/o abracion

Estadio III
Afeccion de la totalidad de la epidermis y tejido subcutaneo.

Estadio IV
Destruccion de tejido subcutaneo, musculo tendo e incluso hueso.

Ulcera por Presion No Clasificable
Perdida total del grosor del tejido con una base cubierta de color amarillo, gris, verde o cafe y/o tejido necrotico bronceado, café o negro en el lecho de la herida

Ulcera Terminal de Kennedy
Ubicacion en region del sacro, bordes irregulares, de aparicion súbita con una coloracion rojo, amarillo y negro

Claudia Salinas.	Claudia S
Nombre y apellidos de Enfermera	Firma y Sello

HOSPITAL SAN JOSE

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

No: 17981

72

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 19/03/2011 09:00:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 48 **Sexo:** M

Quirófano: 5 **Ingreso:** **Cama:** 4

Servicio de procedencia: URGENCIAS ADULTOS

HCA

Cirujano: PAULO HURTADO GOMEZ **Ayudante 1:** NO

Ayudante 2: NO **Anestesiólogo:** NO

Diagnóstico preoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Diagnóstico postoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Otros diagnósticos:

Intervención practicada: BLOQUEOS SIMPATICOS POR REGIONES

porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Tipo de anestesia: LOCAL

Verificación del área corporal intervenida: COLUMNA LUMBOSACRA

Lateralidad del área Quirúrgica: NO APLICA

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: SI

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

CICATRIZ MEDIANA LUMBOSACRA

Descripción del procedimiento quirúrgico:

PACIENTE SENTADO. INFILTRACION DE ESPACIO L4-L5, LINEA MEDIA POSTERIOR. SE INTRODUCE AGUJA DE TOUHY. MEDIANTE TECNICA DE PÉRDIDA DE RESISTENCIA, SE LOCALIZA ESPACIO EPIDURAL. SE INYECTA MEZCLA ANALGESICA ASI BUPIVACAINA 2 CC + DEPOMEDROL 80 MG.-SE RETIRA AGUJA. NO COMPLICACIONES.

Presenta complicaciones quirúrgicas: NO

Descripción de la complicación quirúrgica:

Plan postoperatorio:

HOSPITALIZAR.

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Se utilizó el intensificador de imágenes: NO

Conteo de compresas al iniciar: 0

Conteo de compresas al finalizar: 0

Paulo Hurtado Gómez
NEUROCIRUJANO
RM 755-93

NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL CIRUJANO

Nota digitada el día 19/03/2011 09:36:56

HCA

ORDEN MEDICA DE SALIDA

NOMBRE DEL PACIENTE:	ENTIDAD:	CAMA No.
Carolina Sánchez	DDO	204
HISTORIA CLINICA:	**FECHA SALIDA:**	**HORA SALIDA:**
8242 615	22-III-11	11:00 a

FECHA INGRESO OBSERVACION:	HORA INGRESO OBSERVACION:	FECHA EGRESO OBSERVACION:	HORA EGRESO OBSERVACION:	DIGITADOR
14-III-11	11:38			

CAUSA DE SALIDA		ESTADO DEL PACIENTE		
ORDEN MEDICA	(Y)	VIVO	(Y)	CAUSA EXTERNA: * V20
VOLUNTARIA	( )	MUERTO	( )	CAUSA DE MUERTE: _____ Código

TIPO DX PRINCIPAL (PACIENTE NO OBSERVADO)	DESTINO	DIAGNOSTICO EGRESO
IMPRESION DIAGNOSTICA (Y)	ALTA (Y)	Desplazamiento NEOM2
CONFIRMADO NUEVO (Y)	REMISION ( )	PRINCIPAL CODIGO
CONFIRMADO REPETIDO ( )	HOSPITALIZACION ( )	Dolor abdominal agudo
		RELACIONADO CODIGO
		RELACIONADO CODIGO

* Ver el reverso

Nubia E. Arteaga
MEDICO CIRUJANO
REGISTRO DEL CAUCA
NOMBRE Y REGISTRO DEL MEDICO

Porvenir
solo hay uno
Oficina Cali Centro
FOLIO 6
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN			Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA			Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS			Fecha	30/03/06
Nombre del Paciente	Apolinar Jaramillo		Historia Clínica	5242615	
Servicio	Urgencias	Cama		Especialidad	Ninguna

FECHA Y HORA	EVOLUCION
22/03/11	HCA Paciente continua con dolor lumbar irradiado a MSI, pero de menor intensidad al examen físico Vital Vivido Glasgow se retira sonda vesical Se da de alta se ordenan analgésicos, se cita a control con resultado de las ordenadas ambulatorias
22/03/11 10:00	[illegible]

Porvenir
Oficina Cali Centro
MOD.
01 FEB 2016 MOD.
CORRESPONDENCIA
RECIBIDA

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

MEDICO Y CIRUJANO
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
R.M 8601

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	FORMATO HC No.	957
	HISTORIA CLINICA DE INGRESO A INTERNACION Y CRÍTICOS	Versión	0
		Fecha	30/10/09

Nombre del Paciente	Apolinar Sanchez	No. Historia Clinica	5242615

Servicio/ especialidad	Trauma	No. Cama	20A	Fecha/Hora	DD 21	MM 03	AA 11	HORA
Sexo	F ___ M X	Edad:	48	Estado Civil	S	C	V	UL Menor
Ocupación		Entidad responsable de pago	Secretaria					

INGRESO A SALAS TRAUMA. HCA

MC: Dolor

EA: Paciente con cuadro clinico de 4 semanas de evolución de dolor en región lumbar de gran intensidad, incapacitante irradiado a piernas y asociado a parestesias. Con antecedente importante de: trodesis posterior L4-L5 S1. Valorado por Algesiologia y neurocirugia quienes consideran necesario realizar bloqueo simpatico lumbar. Procedimiento realizado el 19/03/11 sin complicaciones

CLINICA SAN JOSE
16 01 FEB 2016 MOD. 6
COORDINADORA DE ENFERMERIA CLINICA

AP: Neg

EF: Buenas condiciones generales TA: 110/70 FC: 86 FR: 16 T: 36 °C Mucosas húmedas y rosadas Cuello móvil Cardiopulm: Normal Abd: Pcts blando no doloroso EXT: Sin edemas SNC: Alerta orientado con dolor en región lumbar irradiado a: M. Inferiores asociado a parestesias

IDx: - Pop bloqueo simpatico lumbar
- Pop tardio artrodesis posterior L4 L5 S1

PLAN: Analgesia - Vigilancia clinica

DILIGENCIAR EN FORMA CLARA Y COMPLETA LA ANAMNESIS, LOS ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES, REVISION POR SISTEMAS, SIGNOS VITALES, EXÁMEN FÍSICO, ANÁLISIS CLINICO, DIAGNÓSTICOS O IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS Y CONDUCTA A SEGUIR.

Luz Angela
MEDICA
C.C. 31
Universidad del Cauca

REPUBLICA DE [illegible]
DEPARTAMENTO DEL CAUCA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NORTE 2 E.S.E.
NIT. 900.146.006-6

REGISTROS MEDICOS

Remisión de Pacientes
Solicitud

039

PUNTO DE ATENCION: ☐ Caloto ☐ Corinto ☐ Guachené ☒ Miranda

HCA

A Identificación de Instituciones

DE:	A:
HLM.	Hospital San Jose Dr. Tarqas Didier

B Identificación del Paciente

1ER. APELLIDO	2DO. APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	No. HISTORIA CLINICA INST. QUE REMITE
Sanchez		Apolinar	5242615

EDAD	SEXO	RESIDENCIA HABITUAL: (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País)	No. HISTORIA CLINICA INST. QUE RECIBE
47 AÑOS MESES DIAS	M ☒ F ☐		

PERSONAS RESPONSABLES DEL PACIENTE (Nombre y Relación de parentesco)

RESIDENCIA ACTUAL: (Dirección, Localidad, Municipio, Sección del País) — TELEFONO

Porvenir Oficina Call Centro

MOD. 6

01 FEB 2016

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

C Solicitud de Atención

FECHA DE REMISION (DIA MES AÑO)	MEDICO QUE REMITE:	SERVICIO AL CUAL SE REMITE:
04 FEB 2016	Angela CH.	Neurocirugia

D Ordenamiento

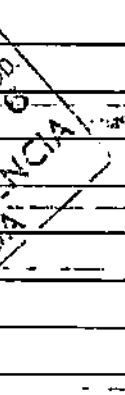
1. Resumen de Anamnesis y Examen Físico
2. Fechas y Resultados de Exámenes Auxiliares de Diagnóstico
3. Resumen de la evaluación
4. Diagnóstico
5. Complicaciones
6. Tratamientos aplicados
7. Motivo de Remisión
8. Firma y código de la persona responsable

Paciente con presencia de dolor lumbar irradiado a piernas hasta talones tipo punzada constante incapacitante que imposibilita la marcha posterior a giro posicional en cama
Ant: corrección hernia discal hace 1 mes en hospital San José. Dr Hurtado
Ex físico. TA: 103/77. P: 83x' FR: 18x' T: 36°C
CP: RSCSRS, CORS no (+)
Abd: negativo
Lumbar: dolor a la palpación en mayor lumbosacra, cicatriz quirúrgica sana
Ext: moviles, pulsos (+)

Dx (1) Nevralgia
(2) Corrección hernia discal hace 1 mes x H. Clx

Plan: Valoración Neurocirugia

ACA



HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
EVOLUCION MEDICA	Versión	0
UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente: EDGUNDO SANCHEZ | Historia Clínica: 5242615

Servicio: URGENCIAS | Cama: 13 | Especialidad: NEUROCX

FECHA Y HORA	EVOLUCION
FEB 6/2011	EVOLUCION PACIENTE MASCULINO, 36 AÑOS DX 1) ESPONDILODISCITIS LUMBAR 2) POP DE TROCITO POSTERIOR L4-L5-S1, REFIERE MEJORIA DEL DOLOR PERMANECE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE: TA 110/70, FC 82, FR 20, T 36°C. CONTINUO EN OBSERVACION HCA Convenir Clínica Cali Centro MOD. 3 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA
07/02/11	PCX evolucion favorable mejoria ++ cuadro del dolor lumbar no hay deficit motor Herida limpia P/ ALTA control C. externo
07/02/11 11:00	Pte con diagnostico de espondilodiscitis lumbar (3) POP extraccion posterior L4-L5. TA: 110/70 FC: 80 FR: 20 T: 36, pte hemodinamicamente estable con disminucion del dolor, no hay deficit motor. Herido a buen condicion, por lo que Neurocx decide DAR Alta con recomendaciones

Pedro Alejandro Cadena Cadena
ESPECIALISTA
T.P. 1

La evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización, 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL Universitario SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Sandoval	Historia Clínica	5242615
Servicio	UCE	Cama	Especialidad	FCX

FECHA Y HORA	EVOLUCION
04/02/11	FCX ACA
	48 años
	Hace 36 días de rechazo Atrodesis Posterior L4-L5 S1 + Discopatia degenerativa de los mismos manifiesta consulta por Dolor intenso en la linea media lumbar que irradia a miembros inferiores al EF Dolor a la palpacion de la linea media lumbosacra no lesiones no deficit radicular Dx: Espondilodiscitis lumbar Rx simple LLS
	Oficina Cali Centro FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA
	Paulo Hurtado Gómez NEUROCIRUJANO RP 1755-93
5-II-11 9:10	Paciente de 36 años sexo masculino con dx de espondilodiscitis lumbar - Pos de artrodesis posterior L4-L5 S1 quien ingresa por dolor lumbar intenso irra

La evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	dueño a nuevos vómitos tipo rumiación Hoy refiere buena mejoría del dolor y tolera líquidos. PA 110/70. FC: 80 rítmico Pulmones: ventilando bien. Corazón RsCs bien timbrados. Abdomen: blando (+) RHD tolerando vía oral. Presenta edema en miembros inferiores S/NAC: Normal Sin fiebre
05/02/11	Rx Rendido mejor evolución Buena evolución alta Medicado Hoy sin dolor Rx CLS: instrumentación en buena posición Plan: igual manejo
06/02/11	PCX Mejor evolución mes Vómitos alta, medicado Herida limpia, cicatrización Plan: alta

Dr. Hurtado Gómez
NEUROCIRUJANO
T.P. 1455-93

Dr. Hurtado Gómez
NEUROCIRUJANO
T.P. 1455-93

La evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la realización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

SERVICIO DE URGENCIAS

VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE MEDICO

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 5249615

930 | 1 | 25-III-08

Primer Apellido: Sandoval | Segundo Apellido: Ordoñez

Nombres: Adelina | Edad: 47

GENERO			Tipo de Documento	Fecha dd/mm/aaaa	Hora
	Hombre	X	CC	04/02/01	17:05
	Mujer				

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente operada de HNCL + hace 1 mes. Otra dolor lumbar irradiado a piernas talones. punzante e incapacitante que le imposibilita caminar

HCA

ANTECEDENTES

	PERSONALES		Describa los Antecedentes Positivos	FAMILIARES		Describa los Antecedentes Positivos
Médicos	SI	NO	Hernia operada	SI	NO	
Quirurgicos	SI	NO		SI	NO	
Alergicos	SI	NO		SI	NO	
Epidemiologicos	SI	NO		SI	NO	
Transfusionales	SI	NO		SI	NO	
Farmacologicos	SI	NO		SI	NO	

Porvenir Oficina Cali Centre 01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

EXAMEN FISICO

Estado General del paciente: Se bueno condiciones dolor (+) acceso + 10 normal

SIGNOS VITALES

FC: 80	TA: 140/80	FR: 20	Temperatura: 36.5	Glicemia:							
Talla: 1.60	Fecha Ultima Menstruación: —	Planifica?	SI	NO	Ingesta de alcohol?	SI	NO	Vacuna contra el tétanos?	SI	NO	

Cabeza: Normal / Anormal

Maxilofacial: Normal / Anormal

Cuello: Normal / Anormal

Oidos: Normal / Anormal

Oído ☐ Normal ☐ Anormal	Boca ☒ Normal ☐ Anormal
Cuello ☐ Normal ☐ Anormal ACA	Torax ☐ Normal ☒ Anormal
Pulmones ☐ Normal ☐ Anormal	Corazón ☐ Normal ☒ Anormal
Abdomen ☐ Normal ☐ Anormal	Genital ☐ Normal ☐ Anormal
Cráneo ☐ Normal ☒ Anormal	Musculoesqueletico ☐ Normal ☒ Anormal
Vascular Periferico ☐ Normal ☒ Anormal	Neurologico ☐ Normal ☐ Anormal

CONVENIR
Oficina Cali Centro
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

MOD. 6

Diagnósticos	Código CIE-10
POP. Hallucal Lateralis 2°	

Nombre Código del Medico

USO INTERNO

1	Accidente de trabajo	06	Evento catastrófico	11	Sospecha de violencia sexual
2	Accidente de transito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha de maltrato emocional
3	Accidente rabico	08	Lesión auto inflingida	13	Enfermedad Venereal
4	Accidente ofidico	09	Sospecha de maltrato	14	Enfermedad Profesional
5	Otro tipo de accidente	10	Sospecha de abuso sexual	15	Otra

AIC

HOSPITAL SAN JOSE

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 1624261 5

[illegible]	929
Versión	2
Fecha	13-VIII-09

SERVICIO DE URGENCIAS
VALORACION INICIAL DEL PACIENTE NO TRAUMATIZADO

Primer Apellido: Sanchez	Segundo Apellido:				
Nombres: Arturo				Edad: 42	
GENERO	Hombre: X	Tipo de Documento: CC	Fecha dd/mm/aaaa: 040211	Hora: 17:0	
	Mujer:				

Motivo de consulta: POP cx Hallux Valgus izq dolor L. irradiado a pierna

Antecedentes Alérgicos y Personales: POP. HTA.

Origen del Paciente

- No Remitido
- Remitido Estable
- Remitido Inestable

HCA

A

¿Ruidos respiratorios ANORMALES? SI NO
¿Obstruccion de la Via Aérea? SI NO

B

¿Apnea? SI NO
¿Respiración mayor de 30 o menor de 8? SI NO FR: 19
¿Retracciones intercostales? SI NO
¿Aleteo Nasal? SI NO
¿Uso de músculos accesorios respiratorios? SI NO
¿Disminución del movimiento de aire? SI NO

C

¿Pulso ausente, débil o irregular? SI NO
¿Pulso menor de 60 o mayor de 100? SI NO Pulso 78
¿Diaforesis? SI NO
¿Piel fria? SI NO
¿Color anormal de la piel? SI NO

D

¿No hay apertura ocular espontanea? SI NO 1
¿Desorientado en año? SI NO 5
¿Falla de respuesta a estímulos dolorosos? SI NO
¿Glasgow alterado? SI NO /15

OTROS SIGNOS DE ALERTA

¿Dolor Agudo? SI NO
¿Hipotenso o Hipertenso? SI NO TA: 140/90
¿Agitación psicomotriz? SI NO
¿Fiebre o Hipotermia? SI NO
¿Presencia de sangrado? SI NO
¿Pulsos distales ausentes? SI NO

CONVENIR Oficina Sede Centro
01 DIC 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

¿OTRA CONSIDERECIÓN PARA DETERMINAR LA URGENCIA? Dolor Lumbar —

Clasificación de la Urgencia				Destino del Paciente			
Rojo		Amarillo	Negro	Choque		Emergencia	
Verde		Blanco	No Urgente	Consultorio		Consulta Externa	

Diagnósticos de Ingreso:	Código CIE-10
1. POP. Hallux Valgus (Discectomia + Artrodesis)	M 21.2
2. Lumbalgia a.	
3.	

APLICACIÓN DE CERTIFICACION MEDICA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EVENTO CATASTROFICO O TERRORISTA:

APLICA ☐ NO APLICA ☐

Por medio de este documento me permito certificar que por los hallazgos clinicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un:

ACCIDENTE DE TRANSITO ☐ EVENTO CATASTROFICO ☐ EVENTO TERRORISTA ☐

Cualquiera de los ITEMS que se considere como "SI" determina el carácter de URGENCIA. Si tiene otra consideración diferente para determinar la urgencia consignela en "OTRO?." No olvide clasificar la urgencia y determinar el destino del paciente

Firma y Sello del Medico

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C No.	913
EVOLUCION MEDICA	Version	0
UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Dpolina Sanchez Ordoñez	Historia Clinica	52265.
Servicio	Urgencias.	Cama	Especialidad

FECHA Y HORA	EVOLUCION
Continuación Cx: ① Dutoltor En quirofano bloqueo Histono Clinico Simpatico lumbar ② Bloqueo Unai Nuamural Paravertebral I ③ Bloqueo Unai nuanqural bloqueo nervio 12 ④ alqimde F 1 TDB C/4 Hs. ⑤ Expender dipirona ⑥ Iniciar prometrio y Loxante. ⑦ Iniciar Estabilizante muscular adicional a analgesicos ⑧ Colocar Nuevo Con Xylocaina 1/2% ⑨ Cito de control en 8 dias por Mejoria del dolor ⑩ dosis de Esteroide por 48 Hs ⑪ Se solicita RMN Simple de columna lumbo Sacro.	
III - 15/11 10am	Paciente con POP de Hemorragia Digestiva Alta en manejo con Inhibidor de Bomba de Protones y Antiemetico con buena tolerancia oral

Angelica Maria Ortiz Rivera
MEDICO INTERNO
1-FEB 2010
RESPONDENCIA RECIBIDA

Toda evolución deberá contener: 1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS- Y PLAN. 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

Angelica Maria Ortiz Rivera
MEDICO UNICAUCA
T.P. 002453

FECHA Y HORA	EVOLUCION
III – 15/11 13:20	paciente con dolor neuropático por lo cual TX/ del dolor dejó pregabalina
	Jazmina Daza Rivas MEDICO UNICAUCA T.P. [illegible]
	Interconsulta 09:40h transmarca el dolor en el hipogastrio. Si mejora el dolor valorar SNC
	Henry A. López NEUROCIRUJANO
Marzo 16/2011 11:00	Foncaudiologia: Paciente de sexo masculino de NO CORRESPONDE
Marzo 16/11 16hrs	paciente con lista de - POP, bene disc/ Dolor neuropático refiere que aunque ha disminuido el dolor este persiste, que mentos, tiene analgesia disminuye el dolor pero que paresthesia le el dolor del miembro inferior mente y es intermitente - Comenta que el dolor la pone tantos nos en el momento que duele en región lumbar, por lo cual se solicita revaloración x TX del dolor

Jazmina Daza Rivas MEDICO UNICAUCA T.P. [illegible]

Esta evolución deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de hospitalización, 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Sandy			Historia Clínica	1242615
Servicio	Urgencias	Cama	28	Especialidad	Neuro

FECHA Y HORA	EVOLUCION
14-03/11	HCA — Mamoplia 11:20 h Dolor intenso de toda hemicara, inespecífico. Paciente espasmo muscular, presenta movimientos tónicos en ojo izquierdo, dolor en miembro superior izquierdo, espasmo y en la cara. A.P Operado hace 2 1/2 años por hernia discal e intervención L4 a S1 Al ingreso presenta mareo por vértigo no presenta dolor por dolor. Cual - se ordena TAC de cráneo simple Rx columna lumbar Bajo TAC 1 amp. IM — Dr. Henry A. Cobos NEUROCIRUJANO Reg. 197
17:30 h	— Mamoplia Ya no siente dolor, solo manifiesta que persiste dolor a nivel de herida quirúrgica suturada con grapas y hielo. Los dedos de los pies por lo cual se toma la decisión de la inmovilización Rx columna lumbar sin cambios con control y se da instrucciones Especialista Dr. Henry A. Cobos NEUROCIRUJANO Reg. 197

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

Dr. Henry A. Cobos NEUROCIRUJANO Reg. 197

FECHA Y HORA	EVOLUCION
15-03	H.C. Nicaragua 08:20 h Ha mejorado el dolor Refiere mejoría I.C. - anestesiología
15 marzo 2015 9:00 hrs	ANESTESIOLOGÍA Edad: 48 años Dx: ① Post Hernio discal L4 - S1. hace 2.5 meses aprox. ② Dolor mixto con predominio dolor neuropático. ③ Sx Espalda fallida S: Dolor neuropático con descargas 6/10. a/dol 8/10. y componente somático opresivo 6/10 en región lumbar y miembro inferior izquierdo a nivel posterior. EF: En regulares condiciones generales, hemodinámicamente estable. TA: 110/70 FC: 80 FR: 16 T: afebril. Cardiopulmonar: sin alteraciones Gastrointestinal: con disminución del peristaltismo. Refiere estreñimiento. Osteo-muscular: Disminución marcada de la fuerza en miembro inferior izquierdo con atrofia leve muslos miembro inf. izq. y se palpan puntos miofasciales en región glútea y poplítea ipsilateral.

Continua

Dr. Henry A. López
NEUROCIRUJANO

evolución deberá contener:1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HAIC

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

SERVICIO DE URGENCIAS

VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE MEDICO

NUMERO DE HISTORIA CLIN	Formato HC No	930
6247915T	Versión	1
	Fecha	25-III-08

Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Ordoñez	
Nombres	Apolinar			Edad 42

GENERO	Hombre	X	Tipo de Documento	Fecha dd/mm/aaaa	Hora
	Mujer		CC	14/03/11	10:40

ENFERMEDAD ACTUAL Pte operado de HLS agudo ± 2½ me ses presentando desde hace 6 días aster. LS - incapacitante constante alguna de f. sin me jore ; pte pasado en cama

HCA

ANTECEDENTES

	PERSONALES		Describa los Antecedentes Positivos	FAMILIARES		Describa los Antecedentes Positivos
Médicos	SI	NO	Hernia Inguinal	SI	NO	
Quirurgicos	SI	NO		SI	NO	
Alergicos	SI	NO		SI	NO	
Epidemiologicos	SI	NO		SI	NO	
Transfusionales	SI	NO		SI	NO	
Farmacologicos	SI	NO		SI	NO	

EXAMEN FISICO

Estado General del paciente: Pte en posicion de fowler (cambio para no formar decubito prono)

SIGNOS VITALES

Pulso	80	Presión	120/80	Frecuencia	20	Temperatura	36	Glicemia	

Hora de ultima comida	0700	Fecha Ultima Menstruación	10 ago	Planifica?	SI	NO	Ingesta de alcohol?	SI	NO	Vacuna contra el tétanos?	SI	NO

Cabeza
- [x] Normal
- [ ] Anormal

Maxilofacial
- [x] Normal
- [ ] Anormal

Ojos
- [ ] Normal
- [ ] Anormal

Oidos
- [x] Normal
- [ ] Anormal

Oficina Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Cara ☒ Normal ☐ Anormal HCA	Boca ☒ Normal ☐ Anormal
Cuello ☒ Normal ☐ Anormal	Torax ☒ Normal ☐ Anormal
Pulmones ☒ Normal ☐ Anormal	Corazón ☐ Normal ☒ Anormal
Abdomen ☒ Normal ☐ Anormal	Genital ☐ Normal ☐ Anormal
Urinario ☐ Normal ☒ Anormal	Musculoesquelético ☐ Normal ☒ Anormal Dolor exquitoant Lesao cuadra Hd. 9 ca
Vascular Periferico ☐ Normal ☐ Anormal	Neurologico ☐ Normal ☒ Anormal

porvenir
Oficina Call Cent.
MOD. 6
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA
RECIBIDA

Diagnósticos :	Código CIE-10
1. Dolor POP. Hombro	M64.5
2.	
3.	
4.	
5.	

Nombre y Código del Médico

CAUSA EXTERNA

01	Accidente de trabajo	06	Evento catastrófico	11	Sospecha de violencia sexual
02	Accidente de transito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha de maltrato emocional
03	Accidente rábico	08	Lesión auto-inflingida	13	Enfermedad General
04	Accidente ofidico	09	Sospecha de maltrato	14	Enfermedad Profesional
05	Otro tipo de accidente	10	Sospecha de abuso sexual	15	Otra

ABC

86

HOSPITAL SAN JOSE

SERVICIO DE URGENCIAS
VALORACION INICIAL DEL PACIENTE NO TRAUMATIZADO

NUMERO DE HISTORIA CLINICA	Formato HC No.	929
5247615	Versión	2
	Fecha	MAY 11 09

Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Ordoñez	
Nombres	Apolinar		Edad	48

GENERO	Hombre	X	Tipo de Documento	Fecha dd/mm/aaaa	Hora
	Mujer		CC	140211	10:39

HCA

Motivo de consulta: Dolor epigastrico + 2½ meses. Origen del Paciente

Hace (8) dias refiere nuevo dolor a

Antecedentes Alérgicos y Personales: Niega. Hipertenso no controlado

Origen del Paciente	
No Remitido	
Remitido Estable	
Remitido Inestable	

A

¿Ruidos respiratorios ANORMALES? SI NO
¿Obstruccion de la Vía Aérea? SI NO

C

¿Pulso ausente, débil o irregular? SI NO
¿Pulso menor de 50 o mayor de 100? SI NO Pulso 80
¿Diaforesis? SI NO
¿Piel fria? SI NO
¿Color anormal de la piel? SI NO

B

¿Apnea? SI NO
¿Respiración mayor de 30 o menor de 8? SI NO FR: 18
¿Retracciones intercostales? SI NO
¿Aleteo Nasal? SI NO
¿Uso de músculos accesorios respiratorios? SI NO
¿Disminución de movimiento de aire? SI NO

D

¿No hay apertura ocular espontanea? SI NO
¿Desorientado en año? SI NO
¿Falta de respuesta a estimulos dolorosos? SI NO
¿Glasgow alterado? SI NO 15/15

OTROS SIGNOS DE ALERTA

¿Dolor Agudo? SI NO
¿Hipotenso o Hipertenso? SI NO TA: 110/70
¿Agitación psicomotriz? SI NO

¿Fiebre o Hipotermia? SI NO
¿Presencia de sangrado? SI NO
¿Pulsos distales ausentes? SI NO

DO 36 4 Call Center

01 FEB 2016 MOD. 6

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

¿OTRA CONSIDERACIÓN PARA DETERMINAR LA URGENCIA?

Dolor epigastrico

Clasificación de la Urgencia						Destino del Paciente			
Rojo		Amarillo	X	Negro		Choque		Emergencia	
Verde		Blanco		No Urgente		Consultorio	X	Consulta Externa	

Diagnósticos de Ingreso:	Código CIE-10
1. POP - Hernia Hiatal Deslizante	K44.5
2.	
3.	

APLICACIÓN DE CERTIFICACION MEDICA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EVENTO CATASTROFICO O TERRORISTA:

APLICA ☐ NO APLICA ☐

Por medio de este documento me permito certificar que por los hallazgos clinicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un:

ACCIDENTE DE TRANSITO ☐ EVENTO CATASTROFICO ☐ EVENTO TERRORISTA ☐

Cualquiera de los ITEMS que se considere como "SI" determina el carácter de URGENCIA. Si tiene otra consideración diferente para determinar la urgencia consignela en "OTRO?." No olvide clasificar la urgencia y determinar el destino del paciente

Firma y Sello del Medico

M 54.5

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E UNIDADES DE INTERNACION, QUIROFANO, CRITICOS Y URGENCIAS ORDENES MEDICAS DEL PLAN DE ALTA PARA MANEJO AMBULATORIO	Formato HC 970 Versión 0 noviembre-09

Nombre y Apellido	Dolly Sanchez						
Nº Doc. Identidad	52-42 614	Servicio	Cirugia		Nº Cama	204	
Nº Historia Clinica		Edad	48	Sexo	F		
Fecha de Ingreso ddmmaa	14-III-11	Fecha Egreso ddmmaa	22-III-11	ERP	No		

PLAN FARMACOLOGICO AMBULATORIO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGIA O INDICACIONES PARA SU CONSUMO	DURACION DEL TRATAMIENTO
Mpio Dx Cap. Cp. Sp.		HC

Por evitar aglomeración no hay turno Cali Centro
1 FEB 2010
MOD. G
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ANEXAR LAS JUSTIFICACIONES DE MEDICAMENTOS Y NUTRIENTES NO POS FORMULADOS Y EN CASO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL REALIZAR SU FORMULACION EN EL RECETARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL DE LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA

INDICACIONES DIETETICAS DE MANEJO AMBULATORIO

NOMBRE DEL NUTRIENTE	INDICACIONES PARA SU CONSUMO	DURACION DE LA NUTRCION

INDICACIONES ESPECIFICAS DE CUIDADOS: SUBESPECIALIDADES INTERCONSULTANTES, FISOTERAPIA, CURACIONES, ENTRE OTRAS)

NOMBRE DEL CUIDADO	DETALLE SU REALIZACION Y TIEMPO DE DURACION	NOMBRE, REGISTRO Y FIRMA DEL ESPECIALISTA

HCA

PLAN DE ALTA HOSPITALARIA PARA MANEJO AMBULATORIO

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS REQUERIDOS PARA CONTROL AMBULATORIO

N°	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO	N°	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO

SOLICITUD DE CONTROLES MEDICOS AMBULATORIOS

NOMBRE DELA ESPECIALIDAD	INDICACION DEL CONTROL AMBULATORIO	NIVEL DE COMPLEJIDAD
Control por Procedimiento con Radiología		

CUIDADOS GENERALES A REALIZAR EN CASA Y EDUCACION BRINDADA ANTES DEL EGRESO DEL PACIENTE

Se dan Recomendaciones sobre cuidados generales.
citas médicas

NOMBRE, REGISTRO Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DE LA ENFERMERA	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DE LA NUTRICIONISTA
	Hacibi Dandes P 40120	

Nubia E. Ortega
MEDICO Y CIRUJANO
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
R.M. 0054

RECEPCION DE PLAN DE ALTA PARA MANEJO AMBULATORIO

NOMBRES, APELLIDOS, TIPO Y N° DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO QUE RECIBE EL PLAN DE ALTA	NOMBRES, APELLIDOS, TIPO Y N° DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL FANMILAR QUE RECIBE EL PLAN DE ALTA	FECHA DE ENVIO DEL PLAN DE ALTA A LA ERP A TRAVES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
Apolinar Sanchez		

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC No.	915
	NIT. 891580002-5 POPAYAN – CAUCA	Versión	2
	URGENCIAS – C. EXTERNA – HOSPITALIZACION – SALAS ESPECIALES	Fecha	12/08/
	EPICRISIS – REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		

A. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez D	Entidad Responsable de pago	UDD

Tipo de Documento de Identidad	C.C	R.C.	T.I	C.E.	PAS	ASI	MSI	No. Documento Identidad	√242615 HCA
Sexo	F	M √	Edad		DD	MM	AA 48	Número de Historia Clínica	√242615

Residencia Habitual (dirección-municipio-departamento):

B. APLICACION DE EPICRISIS SI | NO

DATOS DE INGRESO						DATOS DE EGRESO					
SERVICIO	Urgencias					SERVICIO	Hospitalización				
FECHA Y HORA	14 (dd)	3 (mm)	11 (aaaa)	HORA (formato 24 horas)	11:08	FECHA Y HORA	22 (dd)	III (mm)	11 (aaaa)	HORA (formato 24 horas)	11:00 √

DIAGNOSTICOS DE INGRESO PRESUNTIVOS CONFIRMADOS Y RELACIONADOS	COD. CIE 10	DIAGNOSTICOS DE EGRESO PRINCIPALES Y RELACIONADOS CONFIRMADOS	COD. CIE 10
1 Deshidratado	H52	1 Deshidratado	H52
2 Dolor Abdominal		2 Dolor Abdominal	
3 Febril		3 Febril	
4		4	
5		5	

Oficina Cali solo hay Centro
01 FEB 2011

DATOS CLINICOS DEL INGRESO (1-Motivo consulta 2-Enfermedad actual 3-Antecedentes 4-Revisión por sistemas 5-Revisión por Sistemas 5-Estado General al Ingreso 6-Exámen Fisico 7-Conducta Inicial)

RESIDENCIA
Paciente con cuadro clinico de 3 dias de evolución dado por vomito en gran cantidad inicialmente de tipo alimenticio luego con contenido biliar y posteriormente de tipo alimenticio. Refiere ademas dolor abdominal generalizado tipo cólico de moderada intensidad. Niega fiebre. Refiere ademas diarrea en regular cantidad de tipo alimenticio. Niega sintomatologia urinaria. Refiere ademas ingesta de alimentos en mal estado. Refiere ademas ingesta de alimentos en mal estado. Refiere ademas ingesta de alimentos en mal estado

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (Resultado: (N) si es normal, si es patológico: describa los hallazgos positivos más relevantes)

FECHA DD	MM	AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	FECHA DD	MM	AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:	SI	NO	FECHA DD	MM	AA	PROCEDIMIENTO
19 III 11						Bloqueo simpatico por raquidea

TRATAMIENTOS APLICADOS (Mencione todos los tratamientos recibidos durante la atención)

Omeprazol Bloqueo
Diclofenaco
Amitriptilina
Gabapentina

COMPLICACIONES Y CONDICIONES GENERALES AL EGRESO, INCLUIR INCAPACIDAD FUNCIONAL

CAUSA DEL EGRESO: ALTA [X] MUERTE [ ] FUGA [ ] REMISIÓN [ ] RTA A REMISIÓN [ ]

C. APLICACIÓN DE REFERENCIA [ ] **CONTRAREFERENCIA** [ ]

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO I NIVEL I [ ] NIVEL II [ ] NIVEL III [ ] NIVEL IV [ ]

NOMBRE IPS A QUIEN SE SOLICITA LA ATENCION:

CIUDAD		DEPARTAMENTO	
PROFESION O ESPECIALIDAD REQUERIDA		TIPO DE ATENCION REQUERIDA	AMBUL. URG. HOSP.
FECHA SOLICITUD DE LA ATENCIÓN	DD MM AA	HORA	
RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRES Y APELLIDOS)		TELEFONO	
CAUSA DE LA SOLICITUD DE ATENCION:			

PLAN DE MANEJO	HOSPITALARIO		AMBULATORIO	

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO (Medicamentos)			PLAN DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE APOYO DIAGNOSTICO
NOMBRE-CONCENTRAC-PRESENTAC	POSOLOGIA	TIEMPO DE TTO	
Control por dolor ciatica Bloqueado CaRyD amitriptilina 25mg Diclofenaco 75mg Gabapentina 1gr c/8h. V.O. Omeprazol 20mg			Control por dolor Bh. amigimida

DATOS DE CONFIRMACION DE LA ATENCION SOLICITADA		FECHA Y HORA	
NOMBRES Y APELLIDOS		PROFESION	
SERVICIO ACEPTADO SI [ ] NO [ ]	**CAUSA DE NEGACION:**		

D. APLICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE ATENCION MEDICA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EVENTO CATASTROFICO O TERRORISTA APLICA: SI [ ] NO [ ]

Por medio de este documento me permito certificar que por los hallazgos clínicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un: Acc. Transito [ ] E. Catastrófico [ ] E. Terrorista [ ]

Rolo Hurtado	7630598	175593	
NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	**No. DE CEDULA, REGISTRO Y ESPECIALIDAD**		**FIRMA**

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE
DEPARTAMENTO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS

Informe N°: 115825

83

FechaToma Placa:	N_Historia:	Servicio
14-mar-11	5242615	URG ADULTO

Nombre:	Medico solicito el Estudio:	Entidad
SANCHEZ ORDOÑEZ APOLINAR		VINCULADO

RX COLUMNA LUMBOSACRA

Fijación quirúrgica posterior L4-L5-S1.

Marcado estrechamiento del espacio intervertebral L5 S1, hallazgo que sugiere degeneración discal.

Convenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
MOD. 6

JOSE CARLOS SANCHEZ
Médico Radiólogo

Janeth

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

No: 19610

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

125

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 23/05/2011 14:50:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 49 **Sexo:** M

Quirófano: 01 **Ingreso:** **Cama:** 83 C

Servicio de procedencia: QUIRURGICAS 1

Cirujano: FRANCISCO JOSE SAA CAICEDO **Ayudante 1:** .

Ayudante 2: . **Anestesiólogo:** .

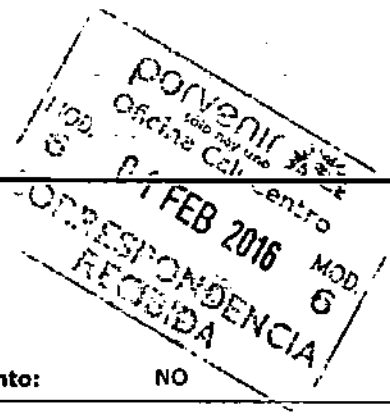
ACA

Diagnóstico preoperatorio: M541 - RADICULOPATIA

Diagnóstico postoperatorio: M541 - RADICULOPATIA

Otros diagnósticos:

Intervención practicada: INSTALACION DE BOMBA DE INFUSION PARA DOLOR



Tipo de anestesia: LOCAL

Verificación del área corporal intervenida: NO

Lateralidad del área Quirúrgica: NO APLICA

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: NO

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

PACIENTE PROGRAMADO PARA RETIRO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS DE COLUMNA LUMBOSACRA.

Descripción del procedimiento quirúrgico:

ASEPSIA ANESTESIA LOCAL CON LIDOCAINA AL 2% EN ESPACIO L1 - L2 CON AGUJA NUMERO 18 TECNICA DE PERDIDA DE LA RESISTENCIA SE PASA CATETER PERIDURAL HASTA 10 CM PRUEBA CON 3 ML DE LIDOCAINA + EPINEFRINA. SE FIJA CON TEGADERM

Presenta complicaciones quirúrgicas: NO

Descripción de la complicación quirúrgica:

Plan postoperatorio:

CIRUGIA. MANEJO POS QUIRURGICO POS ALGESIOLOGIA

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Se utilizó el intensificador de imágenes: NO

Conteo de compresas al iniciar: 0 **Conteo de compresas al finalizar:** 0

NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL CIRUJANO

Nota digitada el dia 23/05/2011 15:32:43

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Sandoval			Historia Clínica	524 2615
Servicio	UCI	Cama	28	Especialidad	NCX

FECHA Y HORA	EVOLUCION
17-03-11	Neurocirugía 09:00 h Cirugía muy adelantada — Ya tiene anestesia para el procedimiento. HCA Dr. Carlos A. López NEUROCIRUJANO 101
17-03-11 16:50	Paciente — Se anota En el Mundo Imediato Estable y apto TA 120/70 FC 76 FR 18' Con interes Dolor por la Cx. Se Inhabilitará de Bloqueo al Agente pendiente Cx. Dra. Karen Ortiz MED. MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO RM 6 CENTRO DE CORRESPONDENCIA RECIBIDA MOD 6
18/03/11	Pcte Continua con intenso dolor en la Region lumbar no irradiado a miembros inferiores no asociado a parestesias. Pl de Cx Turno para Bloqueo epidural programado. Pedro Hurtado Gomez NEUROCIRUJANO TP 1755293

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
18/03/11 15:30h	Evolución Md Hospitalario Paciente de sexo masculino de 48 años con diagnostico y manejo anotados Evolución clinica: -Ingresa persiste con dolor en región lumbar. Al EF: TA: 120/70 FC: 60 FR: 16 T: 36.6°C Mucosas humedas y bien hidratadas Cuello móvil Cardiopulm: Normal Abd: P(+) blando no doloroso a la palpación Ext: con disminución fuerza m. inferiores SNC Alerta orientado CAN: P/ llamado a bloqueo epidural
19/03/11	Mx alerta orientado Glasgow 15 no dolor se retira a consultorio NL Bloqueo P/ se retira Bloqueo Hoy.
20/03/11	Mx 1er dia post-Bloqueo evolucion favorable mejorada significativa del dolor alerta, orientado, glasgow 15 P/ Hospitalizar
21/03/11	Mx 2e dia post Bloqueo. evolucion favorable alerta, orientado, glasgow 15, sin deficit motor, P/ Hospitalizar

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de hospitalización, 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

Luz Angela Bolaños
MEDICINA INTERNA
RM 1-10-08-08-08-08

Paula Hurtado Gómez
MEDICO CIRUJANO
TP 1755-93

Paula Hurtado Gómez
MEDICO CIRUJANO
TP 1755-93

HOSPITAL SAN JOSE

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

No: 19654

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

127

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 25/05/2011 08:00:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 49 **Sexo:** M

Quirófano: 1 **Ingreso:** **Cama:** 4

Servicio de procedencia: TRAUMATOLOGIA

Cirujano: PAULO HURTADO GOMEZ **Ayudante 1:** NO

Ayudante 2: NO **Anestesiólogo:** FRANCISCO SAA

HCA

Diagnóstico preoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Diagnóstico postoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Otros diagnósticos:

Intervención practicada: EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS COLUMNA VERTEBRAL

Tipo de anestesia: RAQUIDEA

Verificación del área corporal intervenida: COLUMNA LUMBOSACRA

Lateralidad del área Quirúrgica: NO APLICA

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: SI

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS EN BUENA POSICION. COLUMNA EN PROCESO DE FUSIÒN.

Descripción del procedimiento quirúrgico:

PACIENTE EN DECÙBITO PRONO, BAJO ANESTESIA EPIDURAL. RETIRO DE PUNTOS DE CIRUGIA PREVIA. DISECCION DE MUSCULATURA PARAESPINAL IZQUIERDA. DISECCION DE CABEZAS DE TORNILLOS PRISIONEROS. SE RETIRAN 3 TORNILLOS PRISIONEROS, UNA BARRA Y TRES TORNILLOS TRANSPEDICULARES EN EL LADO IZQUIERDO. DISECCION DE MUSCULATURA PARAESPINAL EN EL LADO DERECHO. DISECCION DE CABEZAS DE TORNILLOS TRANSPEDICULARES. SE RETIRAN TRES TORNILLOS PRISIONEROS, UNA BARRA Y TRES TORNILLOS TRANSPEDICULARES EN EL LADO DERECHO. CIERRE POR PLANOS. NO COMPLICACIONES.

Presenta complicaciones quirúrgicas: NO

Descripción de la complicación quirúrgica:

Plan postoperatorio:

ANALGESICO. ANTIBIOTICO.

Oficina Cali Centro
01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Se utilizó el intensificador de imágenes: NO

Conteo de compresas al iniciar: 0

Conteo de compresas al finalizar: 0

NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL CIRUJANO

Nota digitada el dia 25/05/2011 09:25:16

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE E.S.E.

No: 19611

DESCRIPCIÓN OPERATORIA

SERVICIO DE QUIRÓFANO

130

Identificación: 5242615 **Nombres** APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

Fecha 23/05/2011 15:00:00 (Formato 24 Horas) **Edad:** 49 **Sexo:** M

Quirófano: 1 **Ingreso:** **Cama:** 4

Servicio de procedencia: URGENCIAS ADULTOS

Cirujano: PAULO HURTADO GOMEZ **Ayudante 1:** LUGO

Ayudante 2: NO **Anestesiólogo:** FRANCISCO SAA

HCA

Diagnóstico preoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Diagnóstico postoperatorio: M512 - OTROS DESPLAZAMIENTOS ESPECIFICADOS DE DISCO INTERVERTEBRAL

Otros diagnósticos:

Intervención practicada: EXTRACCION QUIRURGICA DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS COLUMNA VERTEBRAL

Tipo de anestesia: RAQUIDEA

Verificación del área corporal intervenida: COLUMNA LUMBOSACRA

Lateralidad del área Quirúrgica: NO APLICA

El área Quirúrgica se encuentra marcada o delimitada: SI

El área Quirúrgica concuerda con el área marcada o delimitada para el procedimiento: SI

Porve... Oficina ... Avenida ... Cali Centro
01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Descripción de hallazgos quirúrgicos:

TORNILLOS PRISIONEROS MUY AJUSTADOS.

Descripción del procedimiento quirúrgico:

PACIENTE BAJO ANESTESIA EPIDURAL EN DECÚBITO PRONO. INCISION RECTA LINEA MEDIA POSTERIOR L4-S1. DISECCION DE CABEZAS DE TORNILLOS TRANSPEDICULARES EN EL LADO IZQUIERDO. SE INTRODUCE DESTORNILLADOR DE TORNILLOS PRISIONEROS Y SE INTENTA DESENROSCARLO. SE PRODUCE FRACTURA DEL DESTORNILLADOR. ES IMPOSIBLE CONTINUAR PORQUE NO EXISTE EN LA CENTRAL DE MATERIALES OTRO DESTORNILLADOR QUE LE AJUSTE. CIERRE POR PLANOS.

Presenta complicaciones quirúrgicas: SI

Descripción de la complicación quirúrgica: FRACTURA DE DESTORNILLADOR. NO SE PUEDE REALIZAR PROCEDIMIENTO.

Plan postoperatorio:

ANALGESICO. ANTIBIOTICO

Clasificación de la cirugía: LIMPIA

Se utilizó el intensificador de imágenes: NO

Conteo de compresas al iniciar: 0

Conteo de compresas al finalizar: 0

NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO DEL CIRUJANO

Nota digitada el día 23/05/2011 15:48:50

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Tenorio Ordoñez			Historia Clínica	5.242.615.
Servicio	Neo K	Cama	BJC	Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
Popo. 31/11. 18h	HCA. Ingd. Hospitalario. Paciente de 4a 6m 20d; con diagnostico ingresado + removido. apetito: bien / sostiene. Negativo. TA: 110/60. FC: 76x' FR: 20x' apiril. Alerta ordenado cortical vertical, fuerza 4/4 U conservado hemato lumbar en [dolorosa] disminuido movido de edema no signos inflamatorios, muscu fuerza con leve palidez [muscular] tono normal. ventilando bien [no c ritmo] abdomen plano blando depresible gJ ruidos hipoactivos. plan: igual manejo. No ha recibido morfina. Apoyo neurolo.
01/06/11	evolucion favorable en tiempos DC no deficit no Radiculopatia ATC ingreso c externo analgesico

Bernardo Eduardo Ayala Medico y Cirujano 76311708 RM-18943-2003

Recibido Oficina Calificación 6 01 FEB 2016 MOD 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.: Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
01.06.11	Hospitalario.
15:00.	Neo volvo di 45 cms.
	D - Radiografia - dolor neuropatico
	- pop. 25.05.11 retiro drenaje de OTS -
	lumbar.
	Se moviliza con analgesicos. Dolor moderado
	con redistacion. Sin nauseas.
	PA 130/70 FC: 80. FR: 18 T: 36 Nariz tubo
	Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen
	blando. Ruidos hidroaereos. Extremidades
	sin edema. Neurologico: Glasgow 15/15.
	Moviliza 4 extremidades. Herida lumbar
	limpia/10 cm cubierta limpia.
	Plan - Salida x Neurocirugia + Oftalmologia
	- Cita x C externa
	- Formula analgesicos - Ver plan de alta.
	- Recomendaciones.
	- Retiro de puntos en 8 dias.

Dr. [illegible] MEDICO CIRUJANO RNE-947516 ONCOLOGICA

Toda evolución deberá contener:1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Version	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente: Cipriano Sancho Ordoñez | Historia Clinica: 5242615

Servicio: UCI | Cama: 83C | Especialidad:

FECHA Y HORA	EVOLUCION
30.03.2011	Rad Comité Infecciones. (Carlos Jaime) 6. 9086-0970

POR GUIA SALUD solo hay uno Oficina Cali Centro

MOD. 6 04 FEB 2016 MOD. 6

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

HCA

Mayo 30-11

Paciente de 49 años O. El Palmar (R) P: Hinanda Casado Padre de 4 hijos de 22-21-19 y 14 años. Consulta x Historia de 1 mes de evolución, caracterizada x aparición de absceso en post 3er de retiro de material de osteosíntesis. Recibe Rx pierna por dolor. Agua: Hipotensión y Calor de 1 mes y medio abdominal que pasa a "pierna" hasta definirse en pierna derecha, disminuye x 3 días, diarrea (desde que toma Cefuroxima) asociada, de larga x 1 día no cuantificada. El afecto es depresivo. Anuncia

1) Dx: 1) Sepsis Mayor
2) Efecto secundario a Cefuroxima

Ord: Retiro progresivo de la Cefuroxima y Clindamicina Fab x 2 mg VO 2-1-8
Aprovechar Fab x 0.5 mg VO 1-1-12

Toda evolución, deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clinica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

0857-83

FECHA Y HORA	EVOLUCION
4oya. 30/11. 966	Hgd. Hospitalario. Femenino de 45 años con diagnóstico conocido y conocido. Aperil (hiperactivo) aparato plano. Leve dolor epigástrico Leve dolor lumbar. T: 110/60 FC: 80 x' FR: 20 x' T 36°C Alerta. orientado no: 4 mv: 4 mg: 6 sin deficit motor en 7/11 herida región lumbar ± 15 cm cubierto en clampeado leve edema periostomal no existe no dehiscencia no drenaje. Resto sin cambios en Hiperemia leve Hep. N 6 ntmo abdomen + parcial adecuado crepitantes leve disminución en ambas bases pulmonares. plan: Recomendado dieta + suplemento alimenticio. Hgma neuroqx
31/05/14	Hgx Alta Mejorado Muy positivo Sin dolor y epigastralgia Alimentación alta

Bernard F. Campodónico
MÉDICO Y CIRUJANO
76317092
RM. 25662/09

Paola Hurtado Rubio
NEUROCIRUJANO
TP. 1755-93

Paola Hurtado Gómez
Neurocirujano

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	013
	EVOLUCION MEDICA	Version	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Jhon Jairo Ortiz Capturan	Historia Clinica	524615
Servicio	QX II	Cama 830	Especialidad Neurocirugia

FECHA Y HORA	EVOLUCION
29/05/11 08:30 AM	Paciente de 49 años con Dx de [illegible] 01 FEB 2016 MOD. RECIBIDA URGENCIA 1. Ap. Dx. pop. de Examen de ayudas diagnosticas 2. Lumbago cruce 3. Radiculopatia L4-L5 (D) asociada a dolor SV. TA 120/80 FC 72 x min FR 18 T° 36,9°C Paciente que en el momento se halla estable hemodinamicamente NO SIRS. Refiere que persiste dolor a Nivel de Region lumbar Plan: Analgesia/Analgesia Secuencial TAC Natural-Especialista Cirugia Neurocirugia seguir. Se Realiza Radiografia de Columna Lumbosacra, se Evidencia Escoliosis de Convexidad Derecha. Dolor en Region Lumbar y se evidencia Infiltrado Graso que podria corresponder a un Lipoma. No se realiza el dia, BNC Normal Plan: Valoracion de Neurocirugia general Hernan Ramirez MEDICO Y CIRUJANO R.M. 19420 Universidad del Cauca igual concepto
29-05-11	Anamnesis E: 45 años Dx: Paciente de motivo de Ostensible de orden lumbar Radiografia L4, L5 Refiere disminucion de su dolor, ubicando en la escala de dolor en 7/10 Cardiopulmonar: Normal a la auscultacion abdomen blando depresible no doloroso a la palpacion Extremidades: Dolor en region lumbar de Moderada intensidad SNC: glasgow 15/15

Toda evolución deberá contener: 1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
Mayo-24-2011	① Plan Se Continua igual manejo analgesico intensivo
HCD	Ximena Ortega Ordóñez MEDICO INTERNO 1-1983 Universidad del Cauca — TP RM 11137
25/05/2016	Se queja mucho de Dolor, epigastrio y Hombro Izquierdo
	Sin Vomito y Nausea
	Mental Consciente Orientado
	Glasgow 15
	No Deficit Motor
	Paulo Hurtado Gómez NEUROCIRUJANO TP. 17[illegible]3
Mayo-30-2011	Neurologia
	E: 45
	DX: POP Retiro de material de Osteosintesis de columna lumbar
	Radiologia hu - 24-15
	En el momento Refiere disminucion de su dolor.
*	Puntos epigastrio y Sonda de nutricion
	Cuidados mismos: Normal a la alimentacion abdomen blando depresible no doloroso.
	Extremidades Sin motrices
	Glasgow 15/15.
*	Sin barreras Retiro Nasogastrico.
	Plan ① Control igual manejo - continuo de ② intervencion la Con Brigada
	③ Dieta por alimentacion
	Ximena Ortega Ordóñez MEDICO INTERNO 1-1983 Universidad del Cauca

Toda evolución deberá contener: 1. Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2. La justificación clínica de la hospitalización 3. Nombre completo, registro y especialidad del médico tratante.

TP RM 11139

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Sanchez Velasquez	Historia Clínica	52426
Servicio	Quirurgicos (2)	Cama	83C
Especialidad			

FECHA Y HORA	EVOLUCION
27-05-11	Hospitalario.
1714 Sh.	Masculino de 49 años
	Dx - 2º día pop de extracción de apendicolitis perforada
	- Lumbalgia aguda Radiculopatia L4-L5
	Refiere deposición ayer. Hay no micción.
	Dolor en sitio quirurgico controlado.
	PA: 120/70 FC: 80 FR: 18 T: 36 Hidratado.
	Corazon rítmico. pulmones bien ventilados. Impresion
	Abdomen blando, depresible no Ruidos espontaneos.
	Extremidades sin edema. Neurologico: Glasgow 15/15.
	No otra 4 extremidades. Herida lumbar +/- 12cm
	longitudinal con limpieza de tejidos blandos sin
	calor, rubor ni secreción a la presion.
	Plan: Analgesia dolor de herida quirurgica.
	- Continuar antibiotico
	- Deambulacion por tolerancia del dolor
	- Vigilancia clinica
28/05/11	Masculino de 49 años con Dx de
08140 AM.	1. 3er dia pop de Extraccion de Apendicolitis perforada
	2 Lumbalgia aguda.
	3 Radiculopatia L4-L5.
	SV: TA: 110/70. FC 72 FR 18 T 36.2°C
*	Paciente que se hallo en el momento se halla estable hemodinamicamente SIO SIRS Dolor controlado
	Herida quirurgica. Limpia x Apósito Conservado
	No Nausea No Vomito No Distensión abdominal
	Peristalsis presente. Dolor controlado. Deambulando
	Sin dificultad. Tolerando dieta. Micción espontanea
	Sin disuria. Deposición ayer. Paciente quien
	Refiere dolor leve y Edemas Sin Limitación
	Extremidades Movilizo Libremente SNC Normal
	Resp. Ligeramente claro. Cardiaco ritmico

Toda evolución debera contener: 1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
14-05-16	Algesiologico
8:30	Q Masculino de 45 años
	Dx Pop de Tubo dermoide de Osteosintesis de
	artrodesis lumbar
	Radiculopatia L4. L5
	En el momento Refiere dolor de moderada intensidad
	que calma con la aplicacion de medicamento
	Cardiopulmonar Normal a la auscultacion abdomen
	blando depresible no doloroso a la palpacion
	Herida en region lumbar Sin Signos de infeccion
	Extremidades Simetricas
	Glasgow 15/15
	Dom: Continua igual manejo
	(1) tramadol 25 mg iv c/4 horas
	(2) Diprona 2g iv c/6 horas
	(3) Pregabalina 75 mg vo en la noche
	(4) Ibuprofeno 10 mg vo en la noche.
	(5) Morfina 3 mg iv Stat si hay dolor Sino
	Fernando Ortega Ordoñez MEDICO INTERNO 1-1983 Universidad del Desarrollo
28/05/16	Pcte evolucion favorable alta voluntaria con tapa de Manejo ambulatorio

Toda evolución deberá contener:1.- La OBJETIVO SUBJETIVO ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Aparicio Sanchez			Historia Clinica	5447615.
Servicio	Urgencias II	Cama	83C	Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
16-05-11 11:00.	=> Dolor en pierna Izq + Bupivacaina 0,125% + Morfina 10 mg. agudo y de paralgesia Asistencia contra con antecedentes Alergicos.
26 Mayo 11	Rdo Comité Infecciones. Gpo. Quirúrgico 9086-09-10
Mayo. 26/11 16h.	Hd. Hospitalario. paciente de 44 años 1. 7 día pop. retiro material de Osteosíntesis LS - fx. 2. radiculopatía L4 - L5. No dolor ni quiere tomar CBZ - amitriptilina. Levotiroxina ± Hd. Niega dolor. Eso. 3/10. Tg: 110/60 FC: 84x' FR: 21x' T 36°C Yeso humedo con leve edema muy moderado. Dedos y ulceras vasculares bien No Cianosis ni edema pero no signos de infección general región lumbar herida quirurgica ± 10cm drenado limpio con [illegible] de 6x 10cm sin signos inflamatorios no elegir mas. plan: Retiro ↓. Vigilar herida quirurgica. Analgesia Educación.

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
27-06-11	Algesiología Masculino 45 años ① TOP Brazo mano/ agarre bueno codo, hombro normales ② Muñeca y dedos Movilidad — Flex mano dg. - calo óseo distal radio Sensibilidad buena dcha y no cubital. Dolor - Brazo calor persistente - tono/ ROM N 4/5 - Dismin 4/5 N 4/5 - Movim pasivos ROM N - Parestesias ROM supl - Entumecimiento ROM mano
27/05/11	Muy Mujer [illegible] dolor, muy dispuesta colabora cubital buen pulgar, IF con dificultad mano no fx aparentes Herida limpia

Toda evolución deberá contener:1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Operación Serrada -	Historia Clínica	52461
Servicio	Cama	Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
24-05-11	Neurocirugía. No se puede retirar sistema - suturas por orden del equipo
25-05-11	Neurocirugía. Estable en evolución Dr. Henry A. López NEUROCIRUJANO
Mayo 26/11 766	Hd. Hospitalario. Paciente de 49 años. 1. Tdo retiro fallido de drenaje epidural. 2. Radiculopatía L4 - L5. Estable Con catéter peridural. Riego alerta. TA: 90/60 FC: 84x' FR: 19x' apical. Aparato humedo con leves roncus murmullos en ambos pulmones ventilando bien no se ausculta — abdomen peristáltico + blando. no J. masas organomegalias región lumbar herida quirúrgica ± 10 cm cubierta y con micropor limpio, sin sangrado. Catéter peridural con fijación limpio. no sangrado fijo en 7cm D/S. no alergias. plan: proseguir para drenaje, manejo. Fx peridural control Hb. Cr. y se cubre con gasa seca y micropor. Dr. Henry A. López NEUROCIRUJANO Reg 23032

Toda evolución deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
25/05/11 13:00	Paciente quien se inicia Ap 4 Gays de evolución Ap DJ 20
	① Pom 25/05/11 Retiro de Sistema de osteosintesis ortopedica posterior
HCA	2. Radiculopatia L4-L5.
	SIRA 100/60 FC 74 FR 20 P 36,5°C
	Paciente que refiere dolor de Nivel del sitio de la Cirugia / Palpable la via oral No SIRS
	Abdomen x No hay Signos de defensa / Peristalsis Extremidades x No Edemas patologicos No hay Fasciculaciones / Atrofias Neurologico Dolor / Hay / Foker Epidural permeable. a Nivel de Region Lumbar hay / Herida Quirurgica Cubierta Apósito Seco / hay / Sin Eritema No Secreción / no Signos de Infección Genitourinario: Micción Espontanea / Sin dolor Fuerza y RDT conservados / SNE Normal
	Plan: Vigilancia en Clinica e igual manejo.
26/05/11	- Neurocirugia - Paciente mejor animo Hoy tiene Posicion antiálgica Herida Quirurgica cubierta por apósito seco Dr. Hernán A. López R. NEUROCIRUJANO 107
26-05-11 10:55	Urgenciología Hospitalario. 45 años Dx: ① POP Radiculopatia L4-L5 ② Radiculopatia L4-L5 • Paciente Refiere Mejoria hoy. • Refiere Mareo a pesar hacer. No Nausea y Vomito Buen estado General Alerta Hidratado

Toda evolución deberá contener:1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización, 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Version	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Aprliano Sanchez			Historia Clínica	524615
Servicio	Quirurgicos	Cama	3018C	Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
21/05/2011 14h00	Algesiologia 49 años con dx: ① Radiculopatia 2ria a hernia disc cerv S: refiere dolor mixto 10/10 cuando termina el efecto de medicamento O: Hemodinamicamente estable, no ictericia, no vomito, reflejo plantar normal Ex: ① Continuar manejo instaurado
22/05/2011 7h05	Algesiologia Paciente de 49 años de edad con diagnostico de ① Radiculopatia Secundaria a hernia discal. En el dia de hoy Refiere mucho dolor teniendo en la escala de dolor en 10/10. Refiere que solo calma con la aplicacion de la medicamento Cabeza Normocefalo ORL Sin alteraciones Cardiopulmonar: Normal a la auscultacion Abdomen blando depresible no doloroso. Extremidades: Simetrico no Edemas SNC: alerta Orientado ① Continuar igual manejo instaurado Ximena Ortiz O MI 1893.

Toda evolución deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
22/07/11 8110	Paciente de 45 años Con Dx de 1 Rabdomiolisis. 2do a Hemorragia digestiva 2 Post Quirúrgico de Hemorroidectomia + Trombosis posterior 3 E.A.P. SV: TA 90/60 FC 72 FR 21 T° 3 Presenta que por episodios se torna algico Hipotenso, Pálido, Diaforetico. Diuresis no hay Refiere Dificultad Respiratoria Cansancio pulmonar Abdomen Blando depresible Sin dolor Hepatomegalia hay dolor a Nivel de Hepatomegalia. Peristaltismo disminuido Extremidades Simétricas Sin dolor. SNP Normal. Plan: P/ Hospitalización de la arbitrariedad pertinente Hospitalización civil
22-07/11	— Hospitalización — Paciente evaluada, sin novedad Espera Alta
23-07/11	— Hospitalización — Hoy tiene turno para ser dada de Alta Voluntaria —
Hoy. 23/11 8AM	Hospitalario Reingreso a Sala. Paciente de 45 años en postoperatorio inmediato de retiro parcial de material ortopédico pedículo opaco pleno, riego alcalino, hipotenso. TA: 90/60 FC: 84 FR: 18 x' aprox. Mucosa humeda coloración pálida mucosa tenue palpebral ventilando bien ruidos de nitidos. Cabeza Normocefalo con Traqueotomia Herida cubierta con material Parcialmente Sin sangrado. no globo vesical Miembros Superiores con Vías Permeables en Buen estado. no edemas. pleku. Nada PRN, Vigilar T° probable condición del material ala retira.

Toda evolución deberá contener:1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización, 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYA	FORMATO HC No.	957
	HISTORIA CLINICA DE INGRESO A INTERNACION Y CRÍTICOS	Versión	0
		Fecha	30/10/09

Nombre del Paciente	Apolinar Sanchez	No. Historia Clínica	5242615

Servicio/ especialidad	Neuroc.	No. Cama	78 C	Fecha/Hora	DD 20	MM V	AA 11	HORA 21 tarde

Sexo:	F		M	X	Edad:	49A	Estado Civil:	S	C X	V	UL	Menor

Ocupación		Entidad responsable de pago	S Dptal Salud.

Ingresa SAIAS Cleas HCA

MC: "dolor lumbar"

EA: Paciente con ant Hace ± 4 1/2 meses de Hernia discal lumbar + Anclers posterior lumbar - Por Hernia Discal ant + de cumbia. Actual - Fulminante, Hace ± 2 1/2 meses. Dolor lumbar intenso (calmo) Dolores. Impotencia lumbar, desde Hace 2 semanas dolor intenso lumbar. Sensitivo Oficina Calle 5 No. 6-70 Piso 2010 putero, no toleran el movimiento, DIFICIL Compromiso de esfinteres, cuadriparesia 6 RECIBIDA Urgencia, unido a marcha. Cambian Cuadro de Discopatia lumbar. espinal fallida, se Programa para retiro del material de osteosintesis, se solicita manejo x Medicina del dolor. Se trasladan. Radiculopatia secundaria a Hernia discal, se inicia manejo con Morfina, Amitriptilina, Dipirona, Carbamazepina. Se ordena Hospitalizar en la espera del Programa Cirugia para retiro de material de osteosintesis.

RPS = lo referido en EA, epigastralgia, dolor

AP = TOXICO Alcoholes (-)

TBC pulmonar tratada Hace 30 años

Sigue →

HCA

Dx @ Microdiscoidectomía + Artrodesis
Poterior Hace 4 meses (27/12/2010)
Ulcera Gástrica. Dx Hace 13 años.
Por endoscopia + Helicobacter
Pilory (+), Tomo omeprazol.
Ag Ex Fam: Padre Alcohólico, Abuelo
01 FEB 2016 FECHA 79 años = 18 TA: 130/70
Cráneo Cérvico
Cráneo ventilado no RL sobreagudeza.
Cuello: Pares (+) Dióxidos Espontáneos
Ext: Dolor Intenso a la movilización
Principal Lado Izquierdo + no.
Seguir motor
SNC: Glasgow 15/15.

IDX(1) Porceso de microdiscoidectomía
+ Artrodesis posterior.
2) Discopatía Lumbar
3) Enf Ulcopéptica en Estudio.

Cx(1) Hospitalización
2) Morfina
3) Amitriptilina
4) Carbamazepina
5) Dipirona
6) Bisacodilo.
7) Omeprazol.
8) ENBA
9) CNV AC

Nombre del Médico.	Hector A R	Registro Médico	436/12
Firma		Sello	Hugo Rivera C. Cirugía y Cirujano

DILIGENCIAR EN FORMA CLARA Y COMPLETA LA ANAMNESIS, LOS ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES, REVISION POR SISTEMAS, SIGNOS VITALES, EXAMEN FISICO, ANALISIS CLINICO, DIAGNOSTICOS Ó IMPRESIONES DIAGNOSTICAS Y CONDUCTA A SEGUIR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOS...TAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYA...	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Sanchez			Historia Clínica	5292615
Servicio	urgencias	Cama	30	Especialidad	Neuroc

FECHA Y HORA	EVOLUCION
19/05/2011 7+30	HCA Neurocirugia 49 años con diagnostico: ① Poliuretropatia 2do g hombro derecho. S: Refiere persistencia dolor lumbar, neuropatico 7/10 y 10/10 al movimiento. Ob: Hemodinamicamente estable, no nuevo, no nuevo, exámen primer nivel Conducta: ① Diazepam inicial 5 mg IV cada 8h ② Aumentar Amitriptilina tab 25 mg 2 tab en noche ③ Dipirona 2.5 g amp cada 6:h ④ Ver banco sangre igual. Edgar Florez T 1958 Nelson Eduardo Neurocirugia Servinr Oficina Cali Centro 16 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA
19/05/11	NCX alerta vigil glasgow 15/15 en derecho, continua con intenso Dolor. P/ Hospitalizar programar de cirugia Paula Hurtado Gómez NEUROCIRUJANO TP 1755-98

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN/ 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
20-05/11	— Neurocirugía 08:00 h. Paciente en control de turno para visita de su Tratante. Hospitalizado HC Dr. Henry A. López J. NEUROCIRUJANO
20-05-11 14h	Evolución Medico Hospitalario Pte alerta con Adecuada tolerancia del dolor lumbar especialista no amerita analgesia parenteral programada de cirugía TA 110/60 FC 80 FR 20 Abdomen Ruidos hidroaereos presentes Extremidades Sin edema Dra. Humberto Carrillo Pérez Médico Cirujano Cédula Profesional Dr. Henry A. López NEUROCIRUJANO
21-05/11	— Neurocirugía. Clínicamente paciente consciente, orientado, sin datos de alarma neurológica. Postquirúrgico evolución favorable. Dr. Henry A. López NEUROCIRUJANO
Mayo. 27/11	Hd. Hospitalario. Paciente de 45 años con diagnóstico ya conocido y conocida operada con abordaje lumbar. D 10 6/10. Pero manejo por Algesiología con ketorolaco. TA: 110/60 FC: 72x' FR: 18x' T: 36°C Glasgow 15/15 PU: no deposit motor y sensitivo conservado Abdomen blando depresible herida quirúrgica en región lumbar. Lenguaje Glúteos predominio izquierdo. Cardiopulmonar: normal plan: paciente programado para quirófano. No complicaciones Operada Dr. Bernardo Carrillo Pérez Médico Cirujano Cédula Profesional

Toda evolución deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Agudelo Sandra			Historia Clínica	5242615
Servicio	UCI	Cama	30	Especialidad	Nx

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	HCA
Abril 14	Nx control Posquirúrgico de Dolor Vaciar intenso Mediado a Analgesia intensa Adulto Analg Bloqueo IS P/ cirugía
17- Mayo/2011	
13+3d	
Paciente en Dx Quirúrgico	
algida - Hemodinamica/ Estable	
TA: 120/70 FC: 80 FR: 18 x'	
Valorada x anestesiología Clínica	
Pendientes.	
2 ordenes	
Mayo 17/11	
17:00 hrs	
Paraclinicos solicitados por anestesia	
Hemograma. - Normal. Hb 12g	
TP- TTP = Normales	
Creatinina: Normal N. N Normal	
Glicemia ent: Normal	

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clinica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
18/05/11	Paciente continua con dolor lumbar irradiado a miembros inferiores
18/05/2011 10:40	Medicina Dolor 49 años con diagnostico: (1) Radiculopatia L5 izq hernia discal y cirugia lumbar discal: En manejo con morfina 4mg IV c/8, amitriptilina tab (2m) 25mg x1 - dipirona 2.5g c/8h, exopaino 40mg sc/dia. Refiere dolor somatico, neuropatico a nivel lumbar irradiado a ambos extremidades, 10/10, aumento reposo, este cuadro clinico se exacerba posterior a cirugia previa lumbar por hernia discal. Ap: Hernia discal. TBC tolodo hace 30 años no cuadro del alergias. (2011) RX columna lumbosacra: Fijacion quirurgica postero L4-L5-S1 signado ensanchamiento intervertebral L5-S1 degeneracion facetal RMN: 10/26/2010: perdida intensidad de disco intervertebrales L3-4, L4-5 por trayectoria degenerativo, L4-5: hernia discal sin evidencia compromiso radicular, espolon: lateral L5 hace contacto raiz izquierda L5, L5-S1 no se detectan lesiones. Examen fisico: Cardiopulmonar: normal. Lumbar: dolor a la palpacion, marcha con ayuda. Ahora refiere que ha disminuido el dolor en intensidad actual 6/10 IDX) plan: 1) Ajuste medicacion morfina: Morfina 30mg IV c/4h 2) Continuar amitriptilina 3) Inicio gabapentina 300mg c/8h 4) Pot yugular negro

Toda evolución deberá contener: 1.- SUBJETIVO-OBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Angelyn Sanchez			Historia Clinica	524265
Servicio	UCE	Cama		Especialidad	MQX

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	MQX
13/05/11	evolucion favorable hasta medio, un episodio de Dolor / no Hay Deficit no / Deficit sensitivo Paciente Tiene Se Ungio Para Retiro de MVS y se Diligencio Turno
Mayo 15/2011 9+20	Paciente de 45 años de edad con Dx de Discopatia lumbar Mas Antiguo Estable Afebril signos vitales TA: 110/70 FC: 76 x' FR: 17 x' refiere dolor lumbar leve, no hay deficit motor ni sensitivo. Manejo continuar igual
V 15/11 2000	Anestesiología y Dte con Radiculopatia L5 x hernia discal y Cx que segun Neuro Cx requiere cirugía AP TBC tratada hace 30 años. A Qcas Cirugia de Columna EF Pte en buena condicion continua acompañado. SV/ FC 76 x min FR 16 x min TA 110/70 EVA 5

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clinica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
/ /	Cardiopulmonar c/N
	Riesgo II E
	Plan Conductiva vs General
	Ayuno
	Consentimiento informado
	Continuar medicaciones
	Tomar paracticos
	HCA
16/05/11	Hoy
	alerta
	orientada
	Glasgow 15
	cefalea disminuyó de dolor
	intenso a regular tenue.
	Herida limpia de cirugía.
	se le comenta al familiar los
	Riesgos de infección, sangrado y
	muerte de la cirugía
	así mismo se le aclara que
	no se garantiza que Hoy Dieg
	nos con el Retiro de Material
	de osteosintesis
	Vaglz
	Patricia Alejandra Gomez Neurocirujano MP 1755-93
16/05/11	HD Hospitalario
11:30 h	Paciente con PK's anotados, estable tranquilo
	consciente, sin SRIS. SV: PA: 120/70, FC: 78X', FR: 16
	Glasgow 15/15, dolor a nivel lumbar
	CA: P/ llevado a cirugía Corporación de X

Toda evolución deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La especificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

Johanny [illegible]
Médico y Cirujano
Universidad Del Cauca
RETL 19-6372

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAY.	Formato HC No	913
	EVOLUCION MEDICA	Version	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente: Apolinar Sandoval | Historia Clinica: 1 [illegible]

Servicio: UCIS | Cama: Psillo | Especialidad: [illegible]

01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

FECHA Y HORA	EVOLUCION
12-5 / 11	Neurocirugía - Paciente adulto, en su segundo día de estancia. Persiste edema en dorso de los pies. AP. Operado hace 4 días en su sitio de origen. Se le sugiere continuar hospitalizado y ajustar el manejo. Se le sugiere el uso de prenda de forma ambulatoria. Dr. Henry A. Cópez NEUROCIRUJANO Reg. 197
13/05/11	Remitido con Dx de Disfunción lumbar, espalda fría, contractura generalizada de dolor intenso lumbar, irradiado a miembros inferiores. Herida lumbar, cicatrizada. Paul Mauricio Gómez NEUROCIRUJANO TP. 0755-93
V 13/11 11:45	Paciente de 49 años con dx anotado, en el momento refiere, presenta disminución de intensidad de lumbalgia. PA: 120/70 P: 76/mto FR: 16/mto Presenta mucosas humedas, ausculta campos pulmonar normal; abdomen depresible

Toda evolución deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	HCA mv dolorosa ... Gj. cumana. fun diuresis espontanea MSVC: alerta, bien orientado, pp focalizado continua manejo analgesico Dra. [illegible]
14/05/11	Doy alerta anuda Continue apoyandose de intenso dolor lumbar y en los miembros inferiores Pl/ Pele Retirense Puntos de Osteosintesis se Indigenes TWH Paula Hurtado Gomez NEUROCIRUJANO RNE 1755.93
14/05/2011 11:00h.	Evolución Mal Hospitalario Paciente de sexo femenino de 45 años con Dx: Discopatia lumbar con evolucion clinica torpida continua con dolor lumbar irradiado a M. Inferiores AI EF: 100/60 FC: 84 FR: 16 T: 36ºC Mucosas humedas Cardiopulm: Normal Abd: P(+) blando no doloroso Ext: sin edemas GNC A lerta orientado. PLAN: - Se ajusta analgesia - SS/ Turno para retiro MOT por programación - PI/ Valoración por anestesiología Dra. [illegible] Unidad de Cirugía Hospital Dr. Hernán Urrutia Concha

Toda evolución deberá contener:1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN	Formato H.C. No.	913
EVOLUCION MEDICA	Versión	0
UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	20/03/08

Nombre del Paciente: Apolinar Conda — Historia Clínica: 0624261C

Servicio: UCI — Cama: 7 Psilo — Especialidad: Neuro

FECHA Y HORA	EVOLUCION
12:05	01 FEB 2016 — CORRESPONDENCIA RECIBIDO — Ingreso UCI — Neurocirugía — Paciente adulto joven que ingresa por cuadro de dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo de 3 días de evolución. — AP: Operado hace 4 años en otra ciudad de hernia discal lumbar. — Se recibe paciente en camilla con collar cervical, inmovilizador lateral de cabeza, tabla espinal, trasladado en forma adecuada. — Dr. Henry A. Cópez NEUROCIRUJANO — RP
13/05/16	Ingresa con Dx de Discopatía lumbar con dolor en región lumbar irradiado a miembros inferiores. — Tiene limitación, inmovilizada. — Paula Mauricio Gómez NEUROCIRUJANO RP 2556-93
V 13/11 11:45	Paciente de 49 años con dx anotado, en el momento refiere presenta disminución de intensidad de lumbalgia. — PA: 120/70 FC: 76/min FR: 16/min — Presenta mucosas humedas, auscultación pulmonar normal, abdomen depresible

Toda evolución deberá contener: 1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	me dolonos ++. GJ. unicamente fm diuretico espontaneo, SVC: alerta, bien orientado, no focalizado se continua manejo analgesico
14/05/11	Hay alerta oriental continua quejandose de intenso dolor lumbar y en los miembros inferiores Pl/ dele Retirarse Retirar de Osteosintesis se diligencia TVH
14/05/2011 11:00h.	Evolución Md Hospitalario Paciente de sexo femenino de 45 años con Dx: Discopatia lumbar con evolucion clinica terpida continua con dolor lumbar irradiado a M. Inferiores AI EF: 100/60 FC: 84 FR: 16 T: 36º (Mucosas humedas Cardiopulm: Normal Abd: P(+) blando no doloroso Ext: Sin edemas SNC: Alerta orientado. PLAN: - Se ajusta analgesia - SS/ Turno para retiro MOT por programación - Pl/ Valoracion por anestesiologia

Toda evolución deberá contener: 1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de hospitalización, 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

163 ALC

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

SERVICIO DE URGENCIAS

VALORACION INTEGRAL DEL PACIENTE MEDICO

NUMERO DE HISTORIA CLINICA		Formato HC No	930
52426 15		Versión	1
		Fecha	25-III-08

Primer Apellido	Sanchez	Segundo Apellido	Ordoñez	
Nombres	Apolinar		Edad	45
GENERO	Hombre	Tipo de Documento	Fecha dd/mm/aaaa	Hora
	Mujer	cc cc	10/12/11	16h

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente quien tuvo caida x hernia discal hace 4 meses - Hoi presentado con dolor a pesar de la analgesia desde hace 03 días el dolor intensifica y se hace intolerable aumentó la dosis de analgesia (tramadol) sin dolor neuropático que lo describe como quemante

RECIBIDO 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA Oficina Cali Costa

ANTECEDENTES PERSONALES

Describa los Antecedentes Positivos

	SI	NO
Médicos	SI	NO
Quirurgicos	SI	NO
Alergicos	SI	NO
Epidemiologicos	SI	NO
Transfusionales	SI	NO
Farmacologicos	SI	NO

hernia discal hace 4 meses - TBC pulmonar hace 30 años - esquema completo

FAMILIARES

Describa los Antecedentes Positivos

	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO
	SI	NO

Hermano murio TBC hace 30 años - No cumple

EXAMEN FISICO

Estado General del paciente:

Aparente paciente con molestias - intranquilo - consciente pic

SIGNOS VITALES

Pulso	Presión	Frecuencia	Temperatura	Glicemia
60	110/60	20	36	

Hora de ultima comida	10/12/11 14h	Fecha Ultima Menstruación		Planifica?	SI	NO	Ingesta de alcohol?	SI	NO	Vacuna contra el tétanos?	SI	NO

Cabeza
- [X] Normal
- [ ] Anormal

Maxilofacial
- [X] Normal
- [ ] Anormal

Ojos
- [X] Normal
- [ ] Anormal

Oidos
- [X] Normal
- [ ] Anormal

Nariz [X] Normal [ ] Anormal	Boca [X] Normal [ ] Anormal
Cuello [X] Normal [ ] Anormal	Torax [X] Normal [ ] Anormal
Pulmones [X] Normal [ ] Anormal	Corazón [X] Normal [ ] Anormal
Abdomen [X] Normal [ ] Anormal	Genital [ ] Normal [ ] Anormal
Urinario [X] Normal [ ] Anormal	Musculoesqueletico [ ] Normal [X] Anormal ecalia. quemazon y reflujo lumbar- para tomar en A.M.L
Vascular Periferico [X] Normal [ ] Anormal	Neurologico [X] Normal [ ] Anormal

ACA

CONTACTO CIUDADANO MOD. G
01 FEB 20[illegible]
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Diagnósticos :	Código CIE-10
1. PTP de hora dial con dde	M51.2
2. Lumbar severo	
3. Descartar mal de pott	
4.	
5.	

Nombre y Código del Médico

Carina Daza Rivas
MEDICO UNICAUCA
TR 00245

CAUSA EXTERNA

01	Accidente de trabajo	06	Evento catastrófico	11	Sospecha de violencia sexual
02	Accidente de transito	07	Lesión por agresión	12	Sospecha de maltrato emocional
03	Accidente rábico	08	Lesión auto inflingida	13	Enfermedad General
04	Accidente ofidico	09	Sospecha de maltrato	14	Enfermedad Profesional
05	Otro tipo de accidente	10	Sospecha de abuso sexual	15	Otra

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC 940
	UNIDADES DE INTERNACION- URGENCIAS Y CRITICOS	Versión 0
	PROGRAMA PIEL SANA - VALORACION INICIAL	Fecha 28 10 08

Nombre y Apellido	Apol... Sanchez				
Nº Doc. Identidad		Servicio	TX	Nº Cama	
Nº Historia Clínica	5242615	Edad	48		
Fecha de Ingreso	28-XII	Servicio de Procedencia			

I. ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS - ESCALA DE BRADEN

PUNTOS	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada ☐	Constantemente húmeda ☐	Encamado ☒	Completamente inmovil ☐	Muy pobre ☐	Problema ☐
2	Muy limitada ☐	Húmeda con frecuencia ☐	En silla ☐	Muy limitada ☐	Probablemente inadecuada ☐	Problema potencial ☐
3	Ligeramente limitada ☒	Ocasionalmente húmeda ☒	Deambula ocasionalmente ☐	Ligeramente limitada ☒	Adecuada ☒	No existe problema aparente ☒
4	Sin limitaciones ☐	Raramente húmeda ☐	Deambula frecuentemente ☐	Sin limitaciones ☐	Excelente ☐	Excelente ☐

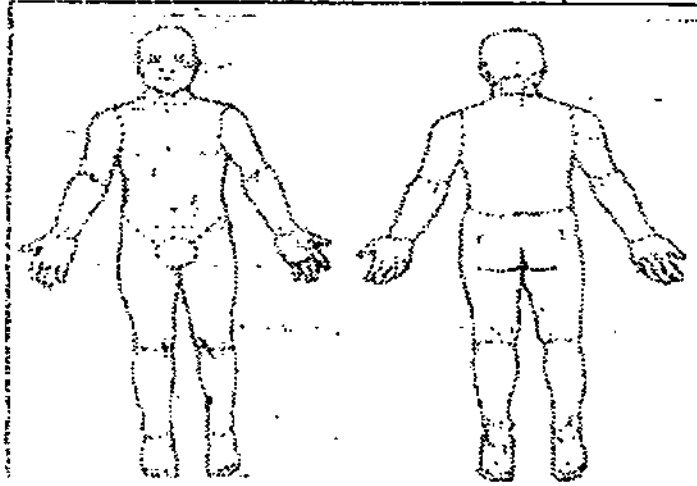
PUNTAJE TOTAL

☐	19 - 24 Puntos = Sin riesgo	☒	15 - 18 Puntos = Riesgo Bajo Valoracion cada 7 dias	☐	13 a 14 Puntos = Riesgo Moderado Valoracion cada 3 dias	☐	Menor de 12 Puntos = Riesgo Alto Valoracion diaria
NO INGRESA AL PROGRAMA		COLOR VERDE		COLOR AZUL		COLOR NARANJA	

OBSERVACION: Valoracion en "riesgo Bajo" requiere el ingreso AL PROGRAMA PIEL SANA, para valoracion por medico general, nutricion y Fisioterapia para definir manejo interdisciplinario. *Continuar valoracion en reverso de la hoja*

II. ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESION

PRESENCIA DE ULCERA	NO ☒	SI ☐	Si marca SI continue diligenciando el formato.	
DESCRIBA POR CADA LESION	LESION 1 (Ls 1)	LESION 2 (Ls 2)	LESION 3 (Ls 3)	LESION 4 (Ls 4)
LOCALIZACION				
ESTADIO				
DIAMETRO/PROFUNDIDAD				



Señale Region Comprometida con cirgia que identifique la lesion Ls1 - Ls4

Lesion Sospechosa de Tejido Profundo
Piel intacta descolorida, púrpura o marrón con ampollas llenas de sangre debido a un daño del tejido celular subcutaneo por presión o friccion.

Estadio I
Enrojecimiento ligero edema, sin perdida de la integridad de la piel.

Estadio II
Erosion epidermica y/o ampollas y/o abracion

Estadio III
Afeccion de la totalidad de la epidermis y tejido subcutaneo.

Estadio IV
Destruccion de tejido subcutaneo, musculo tendo e incluso hueso.

Ulcera por Presion No Clasificable
Perdida total del grosor del tejido con una base cubierta de color amarillo, gris, verde o café y / o tejido necrótico, bronceado, café o negro en el lecho de la herida.

Ulcera Terminal de Kennedy
Ubicación en region del sacro, bordes irregulares, de aparición súbita con una coloracion rojo, amarillo y negro.

Nombre y apellidos de Enfermeria	Firma y Sello

HCA

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC-940
	UNIDADES DE INTERNACION- URGENCIAS Y CRITICOS	Versión 0
	PROGRAMA PIEL SANA – EVOLUCION / NOVEDADES	Fecha 28.10.09

Nombre y Apellido					
Nº Doc. Identidad		Servicio		Nº Cama	
Nº Historia Clínica		Edad			
Fecha de Ingreso al programa		Servicio de Procedencia			

I. VALORACION DE MEDICINA GENERAL DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR MEDICO

MOD 6 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 01 FEB 2016 CONFIDENCIAL

II. VALORACION DE ENFERMERIA DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR ENFERMERIA
Paciente de 48 años.	- Cambios de posición c/2
con un Dx de Trombosis dérmica	- Educación sobre la piel
cervical, torácica y lumbar	- Ayudar en las necesidades
al ingreso al programa	- Movilizar en bloque
piel integra.	- Dar educación al paciente y
	familia.

III. VALORACION NUTRICIONAL DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR NUTRICION

IV. VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR FISIOTERAPIA

HOSPITAL SAN JOSE

NUMERO DE HISTORIA CLINICA: 5242615

Formato HC No: 929 | Versión: 2 | Fecha: 13-VIII-09

SERVICIO DE URGENCIAS
VALORACION INICIAL DEL PACIENTE NO TRAUMATIZADO

Primer Apellido	Segundo Apellido		
Sanchez	Ordoñez		
Nombres		Edad	
Hipolino		79	

GENERO		Tipo de Documento	Fecha dd/mm/aaaa	Hora
Hombre				
Mujer			mar 24 11	16 hrs

Motivo de consulta: dolor lumbar

Antecedentes Alérgicos y Personales: cirugia hace 6 ms x hernia discal

Origen del Paciente

- No Remitido: X
- Remitido Estable:
- Remitido Inestable:

A
- ¿Ruidos respiratorios ANORMALES? SI NO
- ¿Obstruccion de la Via Aérea? SI NO

B
- ¿Apnea? SI NO
- ¿Respiración mayor de 30 o menor de 8? SI NO FR: 20
- ¿Retracciones intercostales? SI NO
- ¿Aleteo Nasal? SI NO
- ¿Uso de músculos accesorios respiratorios? SI NO
- ¿Disminución delmovimiteo de aire? SI NO

C
- ¿Pulso ausente, débil o irregular? SI NO
- ¿Pulso menor de 60 o mayor de 100? SI NO Pulso 80
- ¿Diaforesis? SI NO
- ¿Piel fria? SI NO
- ¿Color anormal de la piel? SI NO

D
- ¿No hay apertura ocular espontanea? SI NO
- ¿Desorientado en año? SI NO
- ¿Falla de respuesta a estimulos dolorosos? SI NO
- ¿Glasgow alterado? SI NO

OTROS SIGNOS DE ALERTA
- ¿Dolor Agudo? SI NO
- ¿Hipotenso o Hipertenso? SI NO TA: 110/60
- ¿Agitación psicomotriz? SI NO
- ¿Fiebre o Hipotermia? SI NO
- ¿Presencia de sangrado? SI NO
- ¿Pulsos distales ausentes? SI NO t° 36

¿OTRA CONSIDRECION PARA DETERMINAR LA URGENCIA? inestamente digno con dificultad para la marcha

Clasificación de la Urgencia						Destino del Paciente			
Rojo		X Amarillo		Negro		Choque		Emergencia	
Verde		Blanco		No Urgente		Consultorio	X	Consulta Externa	

Diagnósticos de Ingreso:	Código CIE-10
1. Pop hernia discal - m	M51.2
2. dolor lumbar severo	
3.	

APLICACIÓN DE CERTIFICACION MEDICA DE ACCIDENTE DE TRANSITO, EVENTO CATASTROFICO O TERRORISTA:

APLICA ☐ NO APLICA ☐

Por medio de este documento me permito certificar que por los hallazgos clínicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un:

ACCIDENTE DE TRANSITO ☐ EVENTO CATASTROFICO ☐ EVENTO TERRORISTA ☐

Cualquiera de los ITEMS que se considere como "SI" determina el carácter de URGENCIA. Si tiene otra consideración diferente para determinar la urgencia consignela en "OTRO?." No olvide clasificar la urgencia y determinar el destino del paciente

Firma y Sello del Medico

Cristina Daza Rosero
MEDICO UNICAUCA
TP 002453

Oficina Archivo Clínico Hospitalario Centro
16 01 2016
CORRESPONDENCIA MOD. 6

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC 970
	UNIDADES DE INTERNACION, QUIROFANO, CRITICOS Y URGENCIAS	Versión 0
	ORDENES MEDICAS DEL PLAN DE ALTA PARA MANEJO AMBULATORIO	noviembre-09

Nombre y Apellido	Apolinar Sanchez						
N° Doc. Identidad	5242615	Servicio	Quirurgicos		N°Cama	93C	HCA
N° Historia Clínica		Edad 49	Sexo	Hombre			
Fecha de Ingreso ddmmaa	12.05.11	Fecha Egreso ddmmaa	01.06.11	ERP	AIC		

PLAN FARMACOLOGICO AMBULATORIO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGIA O INDICACIONES PARA SU CONSUMO	DURACION DEL TRATAMIENTO
Amitriptilina	tab 25mg VO oral 2-am /1/ mpdre 2- pm.	
Omeprazol	cap 20mg VO c/12h. /MOD. 6	Oficina Cali Centro 01 FEB 2016 MOD. 6
Pregabalina	tab 75mg VO c/noche	PRESENCIA
Tramadol	4 gotas sublingual cada 4 horas	

ANEXAR LAS JUSTIFICACIONES DE MEDICAMENTOS Y NUTRIENTES NO POS FORMULADOS Y EN CASO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL REALIZAR SU FORMULACION EN EL RECETARIO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL DE LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA

INDICACIONES DIETETICAS DE MANEJO AMBULATORIO

NOMBRE DEL NUTRIENTE	INDICACIONES PARA SU CONSUMO	DURACION DE LA NUTRCION

INDICACIONES ESPECIFICAS DE CUIDADOS: SUBESPECIALIDADES INTERCONSULTANTES, FISOTERAPIA, CURACIONES, ENTRE OTRAS)

NOMBRE DEL CUIDADO	DETALLE SU REALIZACION Y TIEMPO DE DURACION	NOMBRE, REGISTRO Y FIRMA DEL ESPECIALISTA

HCA

PLAN DE ALTA HOSPITALARIA PARA MANEJO AMBULATORIO

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS REQUERIDOS PARA CONTROL AMBULATORIO

Nº	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO	Nº	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO

21 FEB 2016

SOLICITUD DE CONTROLES MEDICOS AMBULATORIOS

NOMBRE DELA ESPECIALIDAD	INDICACION DEL CONTROL AMBULATORIO	NIVEL DE COMPLEJIDAD
algesiologia	Dr Peleches 10 dias	III
Neurocirugia	Dr Hurtado 10 dias	III

CUIDADOS GENERALES A REALIZAR EN CASA Y EDUCACION BRINDADA ANTES DEL EGRESO DEL PACIENTE

- Reposo dacio
- Acompañante permanente
- Retiro de puntos en 9 dias en Nivel I.
- Consultar por urgencias si presenta: Fiebre- Escalofrio- Dolor intenso- Enrojecimiento de la herida- Salida de pus o material por la herida.

NOMBRE, REGISTRO Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DE LA ENFERMERA	NOMBRE, CODIGO Y FIRMA DE LA NUTRICIONISTA
Lorena Argote A. MEDICO Y CIRUJANO R.M. 73135-UNICAUCA	Yady Solarte	

RECEPCION DE PLAN DE ALTA PARA MANEJO AMBULATORIO

NOMBRES, APELLIDOS, TIPO Y Nº DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO QUE RECIBE EL PLAN DE ALTA	NOMBRES, APELLIDOS, TIPO Y Nº DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL FAMMILAR QUE RECIBE EL PLAN DE ALTA	FECHA DE ENVIO DEL PLAN DE ALTA A LA ERP A TRAVES DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
	Sandra Ortega 166 886 392	

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.	Formato HC No.	916
	NIT. 891580002-5 POPAYAN – CAUCA	Versión	2
	URGENCIAS – C. EXTERNA – HOSPITALIZACION – SALAS ESPECIALES	Fecha	12/08/09
	EPICRISIS – REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		

A. IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez	Entidad Responsable de pago	AIC

Tipo de Documento de Identidad	CC	RC	TI	CE	PAS	ASI	MSI	No Documento Identidad	5242615
	X								
Sexo	F	M	Edad		DD	MM	AA	Número de Historia Clínica	5242615
		X					49		

Residencia Habitual (dirección-municipio-departamento): Miranda - Cauca

B. APLICACIÓN DE EPICRISIS SI ☐ NO ☐

DATOS DE INGRESO					DATOS DE EGRESO				
SERVICIO	Urgencias				SERVICIO	Quirófano			
FECHA Y HORA	11	05	11	HORA (formato 24 horas)	FECHA Y HORA	01	06	11	HORA (formato 24 horas)
	dd	mm	aaaa			dd	mm	aaaa	

DIAGNOSTICOS DE INGRESO PRESUNTIVOS CONFIRMADOS Y RELACIONADOS	COD. CIE 10	DIAGNOSTICOS DE EGRESO PRINCIPALES Y RELACIONADOS CONFIRMADOS	COD. CIE 10
1 Dolor lumbar		1 Radiculopatia	M541
2		2 Discopatia	M512
3		3 POP Retiro de mat de osteosintesis	
4		4	
5		5	

DATOS CLINICOS DEL INGRESO (1-Motivo consulta 2-Enfermedad actual 3-Antecedentes 4-Revisión por sistemas 4-Revisión por Sistemas 5-Estado General al Ingreso 6-Exámen Físico 7-Conducta Inicial)

Paciente con antecedente de hace 5meses microdiscoidectomia + cirugia lumbar posterior por hernia discal. Dolor lumbar persistente a pesar de bloqueo lumbar. Dolor intolerable neuropatico y sensitivo con compromiso de esfinteres. Valorado en Urgencias e Ingresa. Considera Discopatia lumbar con Artrodesis fallida + sugerencia retiro mat de osteosintesis. Junto con algesiologia para adecuado control del dolor.

DATOS CLINICOS DE LA EVOLUCION CLINICA (Consígnela en órden cronológico, dando mayor relevancia a los aspectos clínicos que generan cambios en las conductas diagnósticas y terapéuticas. Cuando amerite incluya justificación de indicación terapeútica)

RESULTADOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS (Resultado: (N) si es normal o es patológico: describa los hallazgos positivos más relevantes)

FECHA DD	MM	AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	FECHA DD	MM	AA	EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO
24	05	11	MONITOR FETAL	Alto 10 Cvcal 10					

HCA

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS (SI) NO

FECHA DD	MM	AA	PROCEDIMIENTO	FECHA DD	MM	AA	PROCEDIMIENTO
23	05	11	Forceps - fractura del instrumental → reprogramo				
25	05	11	Retiro de mat de osteosintesis				

TRATAMIENTOS APLICADOS (Mencione todos los tratamientos recibidos durante la atención)

Amitriptilina Naproxeno
Pregabalina
Tramadol
Diuretico

COMPLICACIONES Y CONDICIONES GENERALES AL EGRESO, INCLUIR INCAPACIDAD FUNCIONAL

Decubito con molestias

CAUSA DEL EGRESO: ALTA [X] MUERTE [ ] FUGA [ ] REMISIÓN [ ] RTA A REMISIÓN [ ]

C. APLICACIÓN DE REFERENCIA [ ] **CONTRAREFERENCIA** [ ]

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO | NIVEL I [ ] NIVEL II [ ] NIVEL III [ ] NIVEL IV [ ]

NOMBRE IPS A QUIEN SE SOLICITA LA ATENCION:

CIUDAD | DEPARTAMENTO

PROFESION O ESPECIALIDAD REQUERIDA | TIPO DE ATENCION REQUERIDA | AMBUL | URG. | HOSP.

FECHA SOLICITUD DE LA ATENCIÓN DD MM AA HORA

RESPONSABLE DEL PACIENTE (NOMBRES Y APELLIDOS) | TELEFONO

CAUSA DE LA SOLICITUD DE ATENCION:

PLAN DE MANEJO | **HOSPITALARIO** | | **AMBULATORIO** |

PLAN DE MANEJO TERAPEUTICO (Medicamentos)

NOMBRE-CONCENTRAC-PRESENTAC	POSOLOGIA	TIEMPO DE TTO
→ Uso plan de alta		

PLAN DE SEGUIMIENTO CLINICO Y DE APOYO DIAGNOSTICO

Cita en 10 días
- Algesiología Dr Polanco.
- Neurocirugía Dr Hurtado

DATOS DE CONFIRMACION DE LA ATENCION SOLICITADA | FECHA Y HORA

NOMBRES Y APELLIDOS | PROFESION

SERVICIO ACEPTADO | **CAUSA DE NEGACION:**

SI [ ] NO [ ]

D. APLICACIÓN DE CERTIFICACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, EVENTO CATASTRÓFICO O TERRORISTA APLICA: SI [ ] NO [X]

Por medio de éste documento me permito certificar que por los hallazgos clínicos del usuario se deduce que la causa de los daños sufridos por la persona se derivan de un: Acc. Transito [ ] E. Catastrófico [ ] E. Terrorista [ ]

NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	No. DE CEDULA, REGISTRO Y ESPECIALIDAD	FIRMA

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

ADULTO

Formato HC Nº	902
Versión	2
Fecha	FEBRERO 01/10

167

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Angelina Jaimes Ordoñez			Nº HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	45	Sexo	M / F	Administradora de planes de beneficios	A I C. HCA
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615	Parentesco	Hija
Nombre del acompañante	Sandra Ortega				

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	dd 29	mm 06	aaaa 17	Especialidad	Ayudantías	Nº Fact.	66075		
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control enf aguda		Control enf. Crónica				

CONTRALORIA DE SERVICIOS
RECIBIDA
29 JUN 2016
Mod. 6

Motivo consulta: Dolor lumbar Radicular MIs.

Enfermedad Actual: Paciente edad mayor lumbar. Ex. Hace 6 meses y se retiró material Osteosintesis Dolor ardor en reg lumbar → MIs. 50/10

ANTECEDENTES	FAMILIARES			PERSONALES		
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica
Hipertensión	X					
Diabetes						
Asma						
Cáncer						
TBC						
Alérgicos						
Quirúrgicos				X		
Otros						

Descripción de hallazgos positivos

PERSONALES

TBC Pulmonar: Hace 5 años

FAMILIARES

HTA: Padre
Cx. Cuello Madre

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	80 lat/min	FR	20 resp/min	TºC	37 °C	PA	120/60 mm/Hg
	PAM	mm/hg			Peso	56 kg	Talla	cm

Aspecto general: Camina con muletas
Pago que no Radie Limpieza

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	105 lat/mt	FR	18 res/mt	T°	36 °C	PA	120/70 mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	(vuelto) Kg	Talla	(vuelto) cm		

HCA

Aspecto general

POR VEZ PRIMERA Recibido Centro MOD. 6 FEB 2016 EVIDENCIA

Órganos	Normal	Alterado	No aplica	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				alert, oriented, Glasgow 15
2.Ojos				NO Deficit neurologico
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoesquelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Discopatia Lumbar multiple		1
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO: Debe continuar Manejo X Medicina del Dolor

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

CX 25-05-11 (6)

68

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA	Formato HC	902
	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA		
	ADULTO	Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez						HISTORIA CLINICA	5242615	FICA
Edad	49	Sexo	M		F		ENTIDAD	A.I.C	
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Miranda Cauca						TELEFONO	3148744000	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Reina Leonilde C						PARENTESCO	Esposa	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Dr Hurtado

FECHA	DD	29	MM	06	AAAA	11	Especialidad	Neuro Cx	Nº Facl.	Ocaulv

Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control Enf. aguda		Control Enf. Crónica	

Motivo consulta

MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Enfermedad Actual

Post Op de Retiro Material de osteosintesis cubital izquierdo
Hx disminuido el Dolor local.

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cancer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	103 lat/mit	FR	18 res/mit	T°	36 °C	PA	120/70 mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	(vacío) Kg	Talla	(vacío) cm		

Aspecto general

Órganos	Normal	Alterado	No aplica	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				alerta, atento, bien orientado en 15
2.Ojos				no deficit neurologico
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoe squelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Discopatia lumbar multiple		1
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO: debe continuar manejo x medicina del dolor

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contrarremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSÉ

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Cidarez						HISTORIA CLINICA	5242615	
Edad	49 Años	Sexo	M	X	F		ENTIDAD	Secretaria	
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	5242615						
DIRECCION	Orfigal f. Miranda (Cauca)						TELEFONO	3103750770	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Feadan Sanchez						PARENTESCO	Hijo	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Hora 7:10

FECHA	DD	04	MM	08	AAAA	2011	Especialidad	M. Dolor	Nº Fact.	6686261813202
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. Crónica		Otra: Centro	

Motivo consulta: Control dolor lumbar radicular

01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA MOD. 6

Enfermedad Actual:

Cuadro de dolor lumbar mixto somático neuropático 10/10 en escala subjetiva del dolor, tipo ardor, fulgurante asociado a parestesias y disestesias. Ahora refiere que el dolor disminuye con tramal 100 mg + fab de liberación retardada, oxicontin y pregabalina.

Hace 7 meses corrección de hernia y hace 6 meses retiran clavos. Manifiesta igual sintomatología previo a la cirugía.

No

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión				V			Tuberculosis hace 20 años
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							HTA: Padre
Quirúrgicos							
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

N/A

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P 61 lat/mt	FR 20 res/mt	T° 37 °C	PA 110/70 mm/hg
	PAM mm Hg	Peso 55 kg	Talla cm	

Aspecto general: Regular estado general, deambula con gran dificultad y con muletas.

Órganos	Normal	Anormal	No Examinado
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Dolor lumbar y contractura muscular para vertebral lumbar. Lasegue (+).

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Dolor Lumbar radicular		1 Suspender exacerbin
2 intratable		2 RMN con gadolinio de columna lumbar
3		3 Metadona tab 10mg 1/2 tab x 2 vo
4		4 Amitriptilina tab 25mg X 1 pm x 2 meses
5		5 Pregabalina tab x 75mg c/12 horas x 2 meses
6		6 Baclofeno tab x 5mg, 1 tab c/24 horas x 2 días
7		7

COMENTARIO CLINICO:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior: SI [ ] NO [ ] PARCIAL [ ]

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO: Control en 30 días | Se remite a: | Se contrarremite a:

Nombre del Médico: Jonathan Castro — MEDICO (Int. Soc.) Universidad del Cauca | Firma RM 11139 | Registro Médico

Cto 5370 qm

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC	902
		Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	49 Años	Sexo	M	X	F			ENTIDAD	Sanitas
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Ortigal Miranda Cauca							TELEFONO	3103756720
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Leidy Sanchez							PARENTESCO	Hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Hora 9:30

FECHA	DD	04	MM	08	AAAA	2011	Especialidad	Fisiatria	Nº Fact.	668677
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. Crónica			

Motivo consulta Dolor Lumbar PO caida

Enfermedad Actual

Paciente de 48 años de Ocupación Policia de PO Lumbar hace 1 mes cuando Caida

MOD. 01 FEB 2016 MOD.
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
Clínica Cali Centro

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertension			/			/	
Diabetes			/			/	
Asma			/			/	
Cancer			/			/	
TBC			/			/	FAMILIARES
Alergicos			/			/	
Quirurgicos			/			/	
Otros			/			/	

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	61 lat/mit	FR	20 rec/mit	TO	37 cc	PA	110/70 mm/hg
	PAM	mm Hg		Peso	56 kg		Talla	cm

Aspecto general

Órganos	Normal	Alterado	No Valorado
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1		1
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en:		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

C.C. 1945253

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC	902 1
		Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Hipolito Sanchez Cidonez						HISTORIA CLINICA	5742615
Edad	49 Años	Sexo	M	X	F		ENTIDAD	Sanitas
Tipo D.I.	Ce	Nº D.I.	5742615					
DIRECCIÓN	Miranda						TELEFONO	3103756720
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Fredy Sanchez						PARENTESCO	Hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION: 11:00 7:05

FECHA	DD	29	MM	09	AAAA	011	Especialidad	VM. 00102	Nº Eact.	680047R134073
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. crónica			

Motivo consulta: Consulta por Dolor lumbar radicular

Enfermedad Actual: Pte de 49 años con cuadro de [illegible] M/O
Fue intervenido quirurgicamente hace 4 mes

MOD. 6 Cali Centro
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión				X			TBC hace 20 años
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC	X						FAMILIARES
Alérgicos		X					HTA padre
Quirúrgicos	X						
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

—

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	74 lat/mit	FR	18 res/mit	T°	°C	PA	110/65 mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	59 Kg	Talla	cm		

Aspecto general: Buenas condiciones generales

Órganos	Normal	Alterado	Descripción
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1) POP 9 meses Discectomia		1 Pregabalina 75mg cap x 30
2 Antecedente post columna lumbar		2 Tramadol 100mg c/24 h x 3m
3 2) POP 4 meses extracción material		3 Buprenorfina 35 ug 1/4 parche c/72h
4 osteosintesis		4 Diclofenaco 75mg c/24h x 8d
5 3) Dolor agudo lumbar radicular		5 Metocarbamol 750mg c/24h
6 crónico		6 Terapia física 10 sesiones columna
7		7 dorso lumbar

a) Terapia ocupacional 10 sesiones

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	90	días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico
	7 Li'24 91115	

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez						HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	48 Años	Sexo	M	X	F		ENTIDAD	Secretaria
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	5242615					
DIRECCIÓN	Antigal a Miranda (Cauca)						TELEFONO	3103750720
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Teodan Sanchez						PARENTESCO	Hijo

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Hora 8:30

FECHA	DD	30	MM	09	AAAA	2011	Especialidad	Fisiatria	Nº Fact.	680310R13417

Tipo de Consulta	1ra vez especialidad		Control Enf. aguda		Control Enf. Crónica	

Motivo consulta PO Artroplastia

Oficina Cali Centro
MDD. 206 FED 2010
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
6

Enfermedad Actual

EMC rapida en Ortopedia

Fisiatria Mayo

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TEC							FAMILIARES
Alergicos							
Quirúrgicos							
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique si realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	74 lat/mit	FR	18 res/mit	T°	°C	PA	120/60 mm/hg
	PAM	mm/hg		Peso	59 Kg		Talla	cm

Aspecto general

Órganos	Normal	Alterado	Sin Apreciar
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Echo de vena abdominal

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Adenitis		1 Echo de Pared
2		2
3		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC	902
		Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez						HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	49 Años	Sexo	M	X	F		ENTIDAD	Secretaria
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615					
DIRECCIÓN	Miranda Calle 16 # 2.42						TELEFONO	3148744032
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Maria Leonilde Ordoñez						PARENTESCO	Esposa

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Hcia 135758

FECHA	DD	28	MM	10	AAAA	011	Especialidad	Fisiatria	Nº Fact.	686317

Tipo de Consulta	1re vez especialidad		Control Ent. aguda		Control Ent. Crónica	

Motivo consulta

Dolor en hombro I.C. Fractura

Enfermedad Actual

Hx. Fractura I.C.

Cx. Ortopedia

Coosalud EPS S.A. Cali Centro
MOD. 6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cancer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirurgicos							
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	lat/mi	FR	res/mi	T°	°C	PA	mm/hg
	PAM	mm hg		Peso			Talla	

Aspecto general

Órganos	Normal	Anormal	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoe squelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

	DIAGNOSTICOS	CIE-10		CONDUCTA
1			1	
2			2	
3			3	
4			4	
5			5	
6			6	
7			7	

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico:	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA ADULTO	Formato HC	902
		Versión	3
		Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoñez							HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	49 Año.	Sexo	M	X	F			ENTIDAD	Sanitas HCA
Tipo D.I.	Cc	Nº D.I.	5242615						
DIRECCIÓN	Hurtigal Miranda							TELEFONO	3148744030
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Sofa							PARENTESCO	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	01	MM	11	AAAA	011	Especialidad	M. dolor	Nº Fact.	Prefactura
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Control Enf. aguda			Control Enf. Crónica			

Motivo Consulta: Control MD. SX mixto dolor lumbar Radiculo Comp.

Enfermedad Actual: Dolor mixto Síndrome lumbar derecho: 10/10; parestesias: ardor 8/10; pierna derecha: 8/10; con limitación

CORRESPONDENCIA RECIBIDA 01 FEB 2016 MOD. 6

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión				X			TBC pulmonar
Diabetes				X			
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros	X						

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P	71 lat/min	FR	18 res/min	T°	36.3 °C	PA	120/60 mm/hg
	PAM	mm/hg		Peso	57 kg		Talla	1.67 cm

Aspecto general: Buen estado General. Hace mucha estable.

Órganos	Normal	Anormal	Observación	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				
2.Ojos				
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoesquelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

CONSENTIMIENTO INFORMADO MOD. 6 Diligenciado

01 FEB 2018 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Sx Dolor mixto lumbar No.		1 Acetaminofen tab 500mg c/8h x 3 meses.
2 Ulcera crónica.		2 Amitriptilina tab 25mg c/12h x 3 meses.
3 POP 11 meses: Dos vivos recto.		3 Mefadona tab 10mg 1/4 tab c/12h x 1 mes.
4 Mialgia Artralgia Colonia		4 Metocarbamol tab 750mg c/12h (1m) x 3m
5 Lumbar.		5 Valoración por psiquiatra, fisiatra.
6 Dependencia al Tramadol.		6 Suspender: Pregabalina imipramina
7		7 y Buprenorfina.

COMENTARIO CLINICO

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	30	días	Se remite a		Se contraremite a:	

Julieth Tovar Martinez MEDICO INTERNO Cod. Facultad de Salud del Cauca

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico
		RM 111139

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD CONSULTA EXTERNA

CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA

ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

17 C

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez Ordoña					HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	48	Sexo	M		F	ENTIDAD	AIC. HCA Vinc
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	5242615				
DIRECCIÓN	Hilanda					TELEFONO	3148743050.
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Erika Sanchez					PARENTESCO	sobrina

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

D. Hurtado

FECHA	DD	2	MM	11	AAAA	2011	Especialidad	Neurocx		Nº Fact.	687214.
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad				Control Enf. aguda				Control Enf. Crónica		
Motivo consulta											

Enfermedad Actual

continua con Dolor en la linea media irradiado a miembros no asociado a parestesia

Hurtado
Oficina Call Centro
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
MOD. G

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	100 lat/min	FR	20 res/min	T°	36 °C	PA	109/66 mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	38.4 Kg	Talla	167 cm		

Aspecto general

Órganos	Normal	Anormal	MOD.	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				
2.Ojos				
3.ORL				
4.Cuello				
5.Tórax				
6.Pulmones				
7.Corazón				
8.Abdomen				
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoesquelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.C.				

Valoro
ortopedia
blasgow 15
Sin Deficit
Ic Rx de Columna lumbar
Muestra degeneracion Discal
L2-L4-L5-S1

DIAGNOSTICOS	CIE-10	CONDUCTA
1 Discopatia multiple		1
2		2
3 espondilolisis		3
4		4
5		5
6		6
7		7

COMENTARIO CLINICO

No desea mas procedimientos
se da manejo analgesico
Diclofenaco + Pregabalina

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior

SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TECNICA (Con relación a codificación interna; marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSÉ

UNIDAD CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC	902
Versión	3
Fecha	02/11/10

HCA

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Apolinar Sanchez.						HISTORIA CLINICA	5242615.
Edad	48.	Sexo		M		F		ENTIDAD	V-do.
Tipo D.I.	cc	Nº D.I	5242615.						
DIRECCIÓN	Miramelo cacao.						TELEFONO	3145744020
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Sidenia						PARENTESCO	Cdy Clinica Colina

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	DD	30	MM	11	AAAA	16	Especialidad	MI Dolor	Nº Fac. 16927
Tipo de Consulta	Tra vez especialidad				Contro Enf. aguda			Control Enf. Crónica	

29 DIC. 2016 MOD. 6 RESPONDENCIA RECIBIDA

Motivo consulta: Paciente con diagnostico de Fibromialgia

Enfermedad Actual: Fallida + Manejo dolor Multiple No responde a ningun tratamiento instaurado. Muy Mejoria con Morfina. Dolor que el unico medicamento es el tramadol con dominios en un 70%.

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							
Diabetes							
Asma							
Cáncer	Ya		Cirugia				
TBC							FAMILIARES
Alérgicos							
Quirúrgicos							
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

HCA

EXAMEN FISICO

Signos Vitales									
	P/	63 lat/min	FR	18 res/min	TP	36 °C	PA	120/80 mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	59 kg	Talla	169 cm		

Aspecto general: Consulta Externa Oficina Call Center MODULO 6 21 FEB 2016 CONDENSADA

Órganos	Normal	Anormal	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza			Dolor a la palpacion en flanco izq y fosa iliaca. Signos de Rovsing.
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

	DIAGNOSTICOS	CIE-10		CONDUCTA
1	Espalda Aguda		1	Reposo relativo.
2	Hernia Inguinal Izquierda		2	Tramadol 100 mg IV/24h + 2 amp
3			3	Diclofenaco 50 mg IV/24h + 2 amp
4			4	SS. RLV cristaloides
5			5	Ranitidina 50 mg IV/24h + 2 amp
6			6	Cefalotina 1 gramo IV/8h + 2 amp
7			7	Omeprazol 20 mg IV/24h + 2 amp

COMENTARIO CLINICO	Paciente con empeoramiento del dolor a la palpacion fosa iliaca izquierda

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior					
	SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	60	días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	11139 Registro Médico

HCA

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA	Formato HC	902
	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	Versión	3
	ADULTO	Fecha	02/11/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	Adolmo Sanchez Ordoñez						HISTORIA CLINICA	52726 15	
Edad	48.	Sexo	M	X	F		ENTIDAD	Ido.	
Tipo D.I.	CC	Nº D.I.	52726 15.						
DIRECCIÓN	Mercado Cacao.						TELEFONO	314 574 050.	
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	Sidonio						PARENTESCO	Hijo.	

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION Dr Cruz

FECHA	DD	30	MM	11	AAAA	11.	Especialidad	Fisiatria	Nº Fact	1692719	
Tipo de Consulta	1ra vez especialidad			Contro Enf. aguda			Control Enf Crónica				
Motivo consulta	Pc dolor cervical										

6 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Enfermedad Actual	Paciente con problema de dolor cervical de 2 meses de evolución.

ANTECEDENTES	PERSONALES			FAMILIARES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión			/				
Diabetes						/	
Asma			/				
Cáncer						/	
TBC			/				FAMILIARES
Alérgicos						/	
Quirúrgicos			/				
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización)

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

HCA

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	623	FR	18	T°		PA	120/80 mm/hg
	PAM				Peso	57 kg	Talla	1.62 cm

Aspecto general

PROVEEDOR Caprecom

01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Órganos	Normal	Alterado	Sin Exam.
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético		X	
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.C.			

DESCRIPCION DE HALLAZGOS

Esguince muñeca

	DIAGNOSTICOS	CIE-10		CONDUCTA
1	Esguince Muñeca		1	T Física 15 días
2			2	T Ocupa 15 días
3			3	
4			4	
5			5	
6			6	
7			7	

COMENTARIO CLINICO	

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	EL Paciente se adhirió al tratamiento ordenado en la atención anterior					
	SI		NO		PARCIAL	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en	30	días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

HOSPITAL SAN JOSE	UNIDAD CONSULTA EXTERNA	Formato HC Nº	902
	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	Versión	2
	ADULTO	Fecha	FEBRERO 01/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	AYONNA2 SANCHEZ ORDOÑEZ					Nº HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	46 AÑOS	Sexo	X		F	Administradora de planes de beneficios	AIC
Tipo D.I.	CEDULA	Nº D.I.	5242615				
Nombre del acompañante	STELLA DAZA					Parentesco	HNA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

VINC

FECHA	dd		mm		aaaa 2010	Especialidad	NEUROL	Nº Fact	608611

Tipo de Consulta	1ra vez especialidad	X	Control Enf aguda		Control Enf crónica	

Motivo consulta: Lumbalgia y Dolor M.I. izq.

Por venir sin hoja de remisión

Enfermedad Actual: Refiere q' se inició hace 10 días, después de caída de una bicicleta, con trauma lumbar y pierna izq. - No fracturas. Dolor lumbar y M.I.I. de trayecto anterior. Sin tipo punzada, leve intensidad. Aparentemente desde hace 9 meses, con limitación para caminar desde hace 2 meses, de leve a

1 FEB 2016 MOD. 6 RECIBIDO CORRESPONDENCIA

ANTECEDENTES	FAMILIARES			PERSONALES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							Para tenforse fue visto valorado por Neurox. y fisiatría hace 1 tiempo. No Rx.
Diabetes							
Asma							
Cáncer							
TBC							
Alérgicos							FAMILIARES
Quirúrgicos							Neuro Neurox. 07.07.10. Lumbalgia y Ciatalgia. Rx LLS. y TAC. y Neurocirugía
Otros							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización) VI-7/10 ced

Dx. Radiculopatía L5 Izq. compresiva raiz L5 izq.

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS: TAC LLS (09.06.10) reportado. H.D. Medio-lat. izq L4-L5 y cubeta raiz L5. en receso lat. No se observa bien en las placas.

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	88 lat/min	FR	20 es/mn	TºC	36.0	PA	120/70 mm/hg
	PAM	mm/hg	Peso	Kg	Talla	167	cm	

Aspecto general

Organos	Normal	Alterado	No aplica
1.Cabeza			
2.Ojos			
3.ORL			
4.Cuello			
5.Tórax			
6.Pulmones			
7.Corazón			
8.Abdomen			
9.A.Urinario			
10.Genitales			
11.Piel			
12.Musculoesquelético			
13.S.linfático			
14.Vascular			
15.S.N.E.			

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

Ex Neurologico: Marcha con cojera, ambulacion izq. No deficit motor. HCN I
Hay hiperalgesia al tacto y dolor en trayecto S1 izq y no L5
ROT ++. Aquileanos (S1): presentes
Reflexion bilateral.
Lasegue izq a 25°. Dolor lumbar izq + lumbociatalgia izq

DIAGNOSTICOS

1 Lumbociatalgia cronica S1
2 Izq x HD.
3
4
5
6
7

CONDUCTA

1 Manejo con flexion tronco
2
3 Paso CLS Simple.
4
5 Control por consultorio
6 Cita con Neuro Vasc Cerro
7

16 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

COMENTARIO CLINICO

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	
DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

Nombre del Médico	Firma	Sello Médico
JICAZA T.		

VERIFICACIÓN POS-CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA

No.	ORDENES MEDICAS	SI No. Total	NO	NA
1	Formulas médicas			
2	Justificación de medicamentos			
3	Exámenes de Laboratorio			
4	Justificación de Procedimiento			
5	Interconsulta a Anestésia			
6	Interconsulta a otra especialidad (CONTROL)			
7	Turno de cirugía			
8	Formula Antibióticos			
9	Formato de recomendaciones gral			
10	Fotocopia Historia Clinica del dia	1		
11	Insumos RMN COLUMNA	1		
12	Banco de Sangre			

FIRMA USUARIO	FIRMA, CODIGO SELLO AUX. ENFERMERIA
Nombres Completos: Esteban Jacobo Dirección: Cra 6 Nº 2-42 CONDOMINIO LOS TRIGALES MIRANDA Telfs: 3148744050	

Organos	Normal	Alterado	No aplica	DESCRIPCION DE HALLAZGOS
1.Cabeza				Cx Neurología: Hombre con cuerpo
2.Ojos				extraños izq'
3.ORL				No deficit motor.
4.Cuello				Hay hipoestesia al tacto y dolor en
5.Tórax				trayecto S1 izq' y NO LS
6.Pulmones				ROT ++. Aquiles no (S1)
7.Corazón				Reflexión bilat.
8.Abdomen				Tasaque izq' a res°.
9.A.Urinario				
10.Genitales				
11.Piel				
12.Musculoe squelético				
13.S.linfático				
14.Vascular				
15.S.N.S.				

HCA

CONVENIO
Info y Sistemas Calidad
FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

DIAGNOSTICOS		CONDUCTA	
1	Radiculopatía dimes	1	Manejo con flexión tronco dolor
2	Izq' x HD.	2	
3		3	Rx CLS Simple.
4		4	
5		5	Continuar Rx analgésico
6		6	Cita control.
7		7	

COMENTARIO CLINICO	

GERENCIA R. Y CALIDAD TÉCNICA (Con relación a codificación interna, marque con X cuando aplique)

GR.001		GR.002		GR.003		N.A	

DESTINO	Control en		días	Se remite a:		Se contraremite a:	

JICAMAN.		
Nombre del Médico	Firma	Registro Médico

VERIFICACION POS-CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA

No.	ORDENES MEDICAS	SI No. Total	NO	NA	FIRMA USUARIO	FIRMA, CODIGO Y SELLO AUX. ENFERMERÍA
1	Formulas médicas				Nombres Completos:	
2	Justificación de medicamentos					
3	Exámenes de Laboratorio					
4	Justificación de Procedimiento				Leeslanis Sarabia	
5	Interconsulta a Anestesia				Dirección:	
6	Interconsulta a otra especialidad	CONTRA			Cra 6 Nº 242 Corregimiento Lazaro Miranda	
7	Turno de cirugía					
8	Formula Antibióticos					
9	Formato de recomendaciones gral	1			Telfs:	
10	Fotocopia Historia Clínica del día	1			3148744050	
11	Insumos PAÑS COLOSTO	1				
12	Banco de Sangre					

HOSPITAL SAN JOSE

UNIDAD : CONSULTA EXTERNA
CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ADULTO

Formato HC Nº	902
Versión	2
Fecha	FEBRERO 01/10

DATOS DE IDENTIFICACION DEL USUARIO

Nombres y Apellidos	ADALNAZ SANCHEZ ORDOÑEZ			Nº HISTORIA CLINICA	5242615
Edad	48 [illegible] 03	Sexo	X F	Administradora de planes de beneficios	AIC
Tipo D.I.	[illegible]	Nº D.I.	5242615		
Nombre del acompañante	STELLA DAZA			Parentesco	HNA

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA ATENCION

FECHA	dd		mm		aaaa 2010	Especialidad	NEUROL	Nº Fact.	608617
Tipo de Consulta	Ira vez especialidad.	X	Control enf aguda		Control Enf cronica				
Motivo consulta	Lumbalgia y Dolor M.I. Izq.								
Enfermedad Actual	Refiere q' se inició hace 10 días, después de una caída de una bicicleta, con trauma columna lumbar y pierna Izq. No Fracturas. Dolor lumbar y M.I. Izq de trayecto aparente. Sin tipo punzante, leve intensidad. Recurrencia desde hace 9 meses, con limitación para caminar desde hace 3 meses.								

ANTECEDENTES	FAMILIARES			PERSONALES			Descripción de hallazgos positivos
Patología	SI	NO	No Aplica	SI	NO	No Aplica	PERSONALES
Hipertensión							Para lumbares.
Diabetes							Ha sido valorado por neuroCx. y terapia hace 1 mes.
Asma							No Rx.
Cáncer							FAMILIARES
TBC							Resp. NeuroCx. 07.07.10.
Alérgicos							En Esld. y T. Ocupacional.
Quirúrgicos							Rx CLS. y TAC. y Neurolysis.
Otros:							

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS (Diligencie cuando aplique su realización) VI-7/10 ced

Dx. Radiculopatía L5 Izq compresiva raiz L5 ?

REGISTRO DE RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS: TAC CLS (09.06.10) reportado. H.D. Medio-lat. izq L4-L5 y contacto raiz L5. en reposo bf. No la observo bien en las placas.

EXAMEN FISICO

Signos Vitales	P	68	lat/mit	FR	20	es/mit	T°	36.0 °C	PA 120/70 mm/Hg
	PAM		mm/hg	Peso		Kg	Talla	167	cm
Aspecto general									

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC 940
	UNIDADES DE INTERNACION- URGENCIAS Y CRITICOS	Versión 0
	PROGRAMA PIEL SANA - VALORACION INICIAL	Fecha 28 10 08

Nombre y Apellido	Apolinar Sanchez				
Nº Doc. Identidad		Servicio	7 K	N°Cama	16
Nº Historia Clinica	5242615	Edad	48A		
Fecha de Ingreso	21-03-11	Servicio de Procedencia			

I. ESCALA DE VALORACION DE RIESGO DE ULCERAS - ESCALA DE BRADEN

PUNTOS	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada ☐	Constantemente húmeda ☐	Encamado ☒	Completamente inmovil ☐	Muy pobre ☐	Problema ☐
2	Muy limitada ☐	Humeda con frecuencia ☐	En silla ☐	Muy limitada ☐	Probablemente inadecuada ☐	Problema potencial ☐
3	Ligeramente limitada ☒	Ocasionalmente húmeda ☐	Deambula ocasionalmente ☐	Ligeramente limitada ☒	Adecuada ☒	No existe problema aparente ☒
4	Sin limitaciones ☐	Raramente húmeda ☒	Deambula frecuentemente ☐	Sin limitaciones ☐	Excelente ☐	Excelente ☐

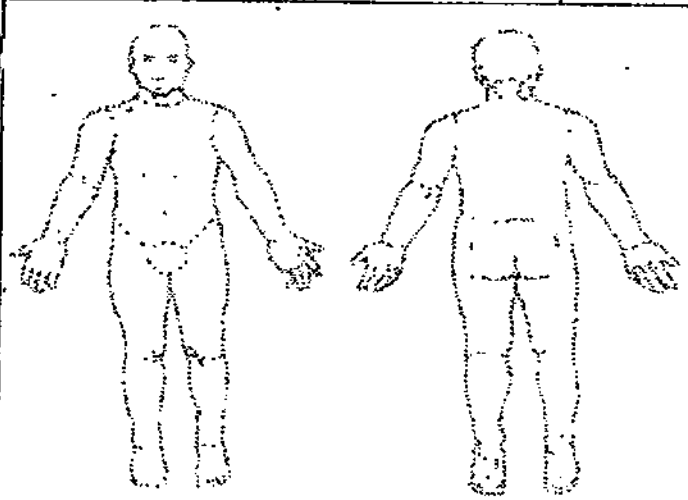
PUNTAJE TOTAL

☐	19 - 24 Puntos = Sin riesgo	☒	15 - 18 Puntos = Riesgo Bajo Valoracion cada 7 dias	☐	13 a 14 Puntos = Riesgo Moderado Valoracion cada 3 dias	☐	Menor de 12 Puntos = Riesgo Alto Valoracion diaria
NO INGRESA AL PROGRAMA		COLOR VERDE		COLOR AZUL		COLOR NARANJA	

OBSERVACION: Valoracion en "riesgo Bajo" requiere el ingreso AL PROGRAMA PIEL SANA para valoracion por medico general, nutricion y Fisioterapia para definir manejo interdisciplinario. *Continuar valoracion en reverso de la hoja*

II. ESTADIOS DE ULCERAS POR PRESION

PRESENCIA DE ULCERA	NO ☒	SI ☐ Si marca SI continue diligenciando el formato.		
DESCRIBA POR CADA LESION	LESION 1 (Ls 1)	LESION 2 (Ls 2)	LESION 3 (Ls 3)	LESION 4 (Ls 4)
LOCALIZACION				
ESTADIO				
DIAMETRO/PROFUNDIDAD				



Señale Region Comprometida con cigla que identifique la lesion Ls1 - Ls4

Lesion Sospechosa de Tejido Profundo
Piel intacta decolorónica, purpura o marrón con ampollas llenas de sangre debido a un daño del tejido celular subcutáneo por presión o fricción

Estadio I
Enrojecimiento ligero, edema, sin perdida de la integridad de la piel

Estadio II
Erosion epidermica y/o ampollas y/o abracion

Estadio III
Afeccion de la totalidad de la epidermis y tejido subcutaneo

Estadio IV
Destruccion de tejido subcutaneo, musculo tendo e incluso hueso

Ulcera por Presion No Clasificable
Perdida total de grosor del tejido con una base cubierta de color amarillo, gris, verde o café y/o tejido necrotico bronceado, café o negro en el lecho de la herida

Ulcera Terminal de Kennedy
Ubicación en region dorsolumbar, bordes irregulares, de apariencia cubierta con una coloracion roja, amarillo y negro.

CARLOS JULIO
Nombre y Apellidos de Enfermeria

Firma y Sello

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato HC 940
	UNIDADES DE INTERNACION- URGENCIAS Y CRITICOS	Versión 0
	PROGRAMA PIEL SANA – EVOLUCION / NOVEDADES	Fecha 28 10 08

Nombre y Apellido	Apolinar Sanchez				
Nº Doc.Identidad		Servicio		Nº Cama	48A
Nº Historia Clínica	5242675	Edad	48		
Fecha de Ingreso al programa	21-03-11	Servicio de Procedencia			

I. VALORACION DE MEDICINA GENERAL DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR MEDICO

II. VALORACION DE ENFERMERIA DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR ENFERMERIA
pte de 48A con Vr de Bloqueo Simpatico	Mantener Limpio y seco - Cambios de Posición y masajes c/2h - Vigilar evolución de dolor e/ informar - IC.

III. VALORACION NUTRICIONAL DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR NUTRICION

IV. VALORACION FISIOTERAPEUTICA DE INGRESO AL PROGRAMA	PLAN DE CUIDADOS POR FISIOTERAPIA

FC: 110/70 FR: 20 x' FR: 16 x' aparent.

Aparato humedo y bien ventilado. Abdomen blando depresible no doloroso a la palpacion superficial y profunda. Ruidos hidroaereos presentes. Genitales externos sin alteraciones. Extremidades superiores e inferiores sin edemas ni cianosis. Pulsos perifericos presentes y simetricos. Neurologico: Alerta, orientado en tiempo espacio y persona. Pares craneales sin alteraciones. Fuerza muscular conservada en miembros superiores e inferiores. Sensibilidad conservada en miembros superiores e inferiores. Reflejos osteotendinosos presentes y simetricos. Marcha normal.

Dx: Lumbalgia

Plan: Analgesia

Antibioterapia

Manejo por Neurocirugia.

Nombre del Médico	Duncan J. Lopez	Registro Médico	194422/03
Firma		Sello	

DILIGENCIAR EN FORMA CLARA Y COMPLETA LA ANAMNESIS, LOS ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES, REVISION POR SISTEMAS, SIGNOS VITALES, EXAMEN FISICO, ANALISIS CLINICO, DIAGNOSTICOS Ó IMPRESIONES DIAGNOSTICAS Y CONDUCTA A SEGUIR.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYA

HISTORIA CLINICA DE INGRESO A INTERNACION Y CRÍTICOS

FORMATO HC No.	957
Versión	0
Fecha	30/10/09

Nombre del Paciente	Apolinar Jonathan ordoñez			No. Historia Clínica	242615					
Servicio/ especialidad	Trauma.		No. Cama	724	Fecha/Hora	DD	MM	AA	HORA	
						28	12	10	20:N	
Sexo:	F	(M)	Edad:	40	Estado Civil:	S	C	V	UL	Menor
							X			
Ocupación	Agricultor		Entidad responsable de pago		subsidiado.					

HCA

FEB 2016 CONSULTA EXTERNA RECIBIDA

Ingreso a Traumatología

Motivo de consulta y procedencia: Ingresa por Cx.

HC: Ingresa en postoperatorio inmediato de microdiscoidectomía fosa L5 - S1 y hipoacusia a descartar postop L4 a V1

Paciente de 40 años con antecedente de Hernia discal L4 - L5 con dolor radicular en MMII izquierdo, sin disminución de la fuerza ± 10 años de evolución en los últimos meses, tiene RMN de columna lumbar, programada ambulatoriamente por neurocirugía.

AP: patológicos (-) trauma (-) toxicológicos (-).

MED: dolor radicular en MMII. sin alergias a medicamentos.

AF: sin antecedentes de importancia con enfermedad actual.

Al examen físico: Paciente Fx de edad aparente con estable Ortostatismo lumbar con ligero dolor a la palpación en zona operada por NH patológico.

DILIGENCIAR EN FORMA CLARA Y COMPLETA LA ANAMNESIS, LOS ANTECEDENTES PERSONALES, FAMILIARES, REVISIÓN POR SISTEMAS, SIGNOS VITALES, EXÁMEN FÍSICO, ANÁLISIS CLINICO, DIAGNÓSTICOS O IMPRESIONES DIAGNÓSTICAS Y CONDUCTA A SEGUIR.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
	columna lumbar, lumbalgia refleja. Sin mejoría el paciente hasta la fecha desconoce del tratamiento recibido el beneficio de la medicación actual. Se inicia plan de fisioterapia para acondicionamiento físico y apoyo en control del dolor. Sugiero terapia la valoración del Dr Peñaloza, quien tiene a cargo el paciente HCA
	Francisco Antonio Quintero MEDICO FISIATRA Universidad Nacional CC. 19451213 R.M. 01-13330-87
06/12/12 3:50	Paciente con dolor lumbar de predominio derecho, irradiado a miembro inferior derecho, asociado a hipoestesia en dermatoma L5 derecho, actualmente en manejo con Tramadol 50 mg cada 8 horas, Diclofenaco 75 mg cada 12 horas, Acetaminofen 500 mg cada 8 horas, Omeprazol 20 mg cada 24 horas, Ciclobenzaprina 10 mg cada 8 horas, con adecuada tolerancia a la vía oral, sin nauseas ni vomito, sin dolor abdominal, sin alteración del patrón intestinal, sin alteración del patrón urinario, sin alteración del patrón respiratorio, sin alteración del patrón cardiovascular, sin alteración del patrón neurológico, sin alteración del patrón musculoesquelético, sin alteración del patrón dermatológico, sin alteración del patrón endocrino, sin alteración del patrón hematológico, sin alteración del patrón inmunológico, sin alteración del patrón psiquiátrico, sin alteración del patrón ginecológico, sin alteración del patrón obstétrico, sin alteración del patrón pediátrico, sin alteración del patrón geriátrico, sin alteración del patrón oncológico, sin alteración del patrón infectológico, sin alteración del patrón reumatológico, sin alteración del patrón traumatológico, sin alteración del patrón quirúrgico, sin alteración del patrón anestésico, sin alteración del patrón radiológico, sin alteración del patrón laboratorio clínico, sin alteración del patrón patología, sin alteración del patrón microbiología, sin alteración del patrón farmacología, sin alteración del patrón toxicología, sin alteración del patrón medicina legal, sin alteración del patrón medicina preventiva, sin alteración del patrón medicina del trabajo, sin alteración del patrón medicina familiar, sin alteración del patrón medicina comunitaria, sin alteración del patrón medicina de urgencias, sin alteración del patrón medicina de cuidados intensivos, sin alteración del patrón medicina de cuidados paliativos, sin alteración del patrón medicina de cuidados domiciliarios, sin alteración del patrón medicina de cuidados a largo plazo, sin alteración del patrón medicina de cuidados a corto plazo, sin alteración del patrón medicina de cuidados a mediano plazo, sin alteración del patrón medicina de cuidados a corto y mediano plazo, sin alteración del patrón medicina de cuidados a largo y mediano plazo, sin alteración del patrón medicina de cuidados a corto, mediano y largo plazo. Evaluada hoy por Fisiatría quien recomienda manejo físico y sugiere valoración por medicina del dolor. Jorge A. Cifuentes Médico Internista Cod. 1111 FECHA 06 DIC 2012 HORA 6 CONSULTA EXTERNA CONFIDENCIA
Hoja 7-12.	Consulta hipoprogreso, entiende muy bien, ha disminuido dolor, muy hipocondriaco, dice que ha disminuido el dolor"
07-12	[illegible]

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

Alfredo Erazo Calderón MEDICO CIRUJANO Universidad del Cauca

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Sanchez			Historia Clínica	52y2615
Servicio	U.S Mental	Cama	12026	Especialidad	Psiquiatria

FECHA Y HORA	EVOLUCION
06/03/12	Terapia Ocupacional: Paciente estable con mejor respuesta en el proceso más modulado, mejor participación iniciativa y ejecución en el proceso se continua manejo. Jenny Palomorro T. Terapeuta Ocupacional Universidad Mariana Reg. 01854
21 FEB 2016 CORRESPONDENCIA RECIBIDA	
31-III-12 13:00	Fisiatra Paciente de 49 años procedente de Mercedes Hace 2 años dolor lumbar de intensidad ciatica Fuerza 4+ con Radiculopatia por hernias discales lumbares Hace 1½ años fue sometido a Semilaminectomia y artrodesis de columna lumbar Nivel de POP el paciente presento un dolor exacerbado que condujo a retiro del material olor y mejor segun informa el paciente, a pesar de ello el dolor continua siendo severo razon por la cual el paciente recibio tramadol medicamento con el cual se controlaba El paciente ha desarrollado un comportamiento doloroso y se encuentra hospitalizado con Dx de Adiccion al tramadol. Refiere que con la medicacion instaurada adecuadamente el dolor ha cedido a niveles aceptables aunque manifiesta limitaciones funcionales Hace 2 años no realiza su actividad ocupacional como tecnico dental. El paciente ansioso, alerta, hidratado sin signos de dificultad respiratoria Marcha independiente leve hipertonia. L.E.S. izquierda debilidad 4/5 dorsi NEI Cicatriz quirurgica sitio. tensiones musculares paraespinal izquierda Concepto: Radiculopatia por Hernia Discal. Dolor cronico de dificil manejo. POP de Artrodesis de

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clinica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
30-XII-10	Presenta mucho dolor a nivel de área quirúrgica y cadera. Se reinicia medicación analgésica pendiente Valoración por Neurocirugía - Hoy
30/12/10	Pcf alta Nivel con Dolor Moderado Regular Control Ambulatorio
31/12/10	Pcf alta Nivel con Dolor Moderado en el MID Se solicita TAC simple de CLS
31-12-10 / 1-01-00	Of 480 POP de microdiscoidectomía a nivel lumbar posterior L4-L5 refiere dolor a nivel de MID a pesar del manejo TA: 110/80 FC: 80' FR: 18' Orbital Pulmones: Normal Corazón: Normal Abdomen: Normal Miembros Inf

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	913
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Yolima Sanchez	Historia Clínica	5242618
Servicio	Cama	Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
29.XII.2010	Md. DOLOR:
	E: 47 años
	DX. P.O.P Microdisquectomia Lumbar L4.L5
	S: Dolor controlado en 50%. Evolucion postoperatoria normal
	O: Clinica estable.
	Plan
30/XII/10	Paciente de 48 años con Dx de (1) Pop 3er dia. Microdiscectomia L4L5
	SV: TA: 100/70 FC 74 FR 20 T 36,1°C
	Paciente que refiere que presento episodio de Dolor en Region lumbar al movilizarse. Hacerca episodios previos sin requerir de internamiento x No hay signos de irritacion Radicular Espinal Centro pulmonar actual no fiebre/ escalofrios no sobreagregados
	abdomen Blando depresible sin dolor
	Dx I.D. Fuerza conservada en ambos miembros Sig Signos de irritacion Radicular sin Dolor en miembro inferior Derecho
	Plan: Vigilancia Clinica y que ya no requiere P/ Salida P/ No/ de Neurocirugia
30-XII-10 15h	Nota medico Hospitalario. Paciente con dx conocido - en el momento estable se decide dar Salida debido a que

Toda evolución deberá contener:1.- La OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
1-II-11	Ap-SV en límites normales!
15	CardioPulmonar y Abdumen sin
	alteraciones. - Herida qqo en esped
	ado regio lumbar limpia.
	SNC: NO deficit motor - alerta
	Glasgow 15/15.
	Plan se deja en protección
	gástrica EV. y se adrenera Dilo
	fenolico en dosis altas.
	HCA
2-II-11	No ingresado
1000 h	Nausea post Hemodinamia
	L-L-S
	Refiere dolor intenso en
	cuello y región lumbar
	FR: 12/60 FC: 90 FR: 18 T: 36.1
	Boca: humeda
	Cuello: Rigidez
	Pulmones: Limpios
	Abdomen: Blando no doloroso
	Extremidades: Movilidad conservada
	No edema
	Plan: Continuar igual manejo
	Medico de dolor
2/01/11	

FEB 2016 MOD. CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Victoria B. Valenzuela CIRUJANA PEDIATRICA Y CIRUGIA CRITICA UNIVERSIDAD CATOLICA

Paulo Murgado Gamez NEUROCIRUJANO

da evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN. 2.- La justificación clínica de la capitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	013
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Sanchez			Historia Clinica	5-24-2615
Servicio	TX	Cama	32B	Especialidad	TX

FECHA Y HORA	EVOLUCION
31-12-10 10:00	glasgow 15/15 Rx foto vaciones Herido en region lumbar Con pie. Pida valoracion 4d Ceftriaxona TAC: Columna lumbosacra. Nota el Dr Vivas - Radiologo interv. q' x westores tecnicos solo se ha hace niveles L4-L5
01/01/11	NCY alerta orientada Lumbar en sitio de lumbar + Inclinado a miembros + inferior TAC LS: Tornillos en Buena posicion no existe compresion Radicular El manejo medico
01-I-11 13h	Medico Hospitalario. Paciente en su 5to DIA POP de micro discoidectomia L5. En el momento persiste con Dolor y Sensacion de quemazon que cede con opioides.

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

FECHA Y HORA	EVOLUCION
4/01/11	HCA Dr. Pay Dr. Pablo Cirujano General El Paciente Ambulatorio RECIBIDO 11 FEB 2010 CORRESPONDENCIA Paul Ruiz Gómez NEUROCIRUJANO Reg. 1755-93
A-11-1 10:30	OP = 48a. POP ortodoncia colonna paciente q' opera por norenga refiere dolor de MID y. manifiesto q' solo co-medicación parenteral q refiere el dolor. (diclofenaco - Dipi rona) ahora q' comedicación oral no cubre refiere y' no se cuenta yo q' el dolor se observa muy reflexivo ante el norenga del dolor TA: 110/80 FC: 80' FR: 18 eupnoico Pulmones: Normal corazon: Normal Abdo Normal herido Qx cumbo: limpio drenaje (+) Pl. analgesia descanso firma
5/01/11 1000	No hospitalizado 48 hrs. POP 9.no de la columna Regular estado de Nit Pulsos: Fuerte

...da evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.- La justificación clínica de la ...spitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	Formato H.C. No.	013
	EVOLUCION MEDICA	Versión	0
	UNIDADES HOSPITALIZACION Y URGENCIAS	Fecha	30/03/06

Nombre del Paciente	Apolinar Tenorio.			Historia Clínica	242615.
Servicio	Trauma Tobillo.	Cama		Especialidad	

FECHA Y HORA	EVOLUCION
Enero. 3/ no.	Hosp. Hospitalario.
	Poseria de 48 anos:
	T. pop. + dx esguince deltoideo tarso. L4 - L5 y
	Artroplastia posterior L4 - S1.
	Leve dolor en el izquierdo.
	objetivo:
	TA: 110/70 FC: 80x' FR: 18x objetivo:
	Aquejo humedo con leve palidez mucosa tono -
	pulmones ventilando bien no ruidos abdomen
	globoso RHA + blando depresible no masas no
	espasmos. herida lumbar parcialmente con 10cm.
	limpio en cicatrizacion retirado no secreciones.
	miembro izquierdo pedio conservado.
	plan: Dx DINE
	toma fuerza renal
	Vigilancia clinica
	Hb: 10.5 Hto: 30.5 plaquetas: 420 pcts: 14.9
	plaquetas: 198.000. Creatinina: 0.7
	Dx anemia leve.
	fuerza renal normal
	plan. diminuir AINE paracetamol
03/01/14	Hoy
	Mejor
	Mejor
	continuo con dolor
	de menor intensidad
	NO Deficit

Toda evolución deberá contener:1.- Lo OBJETIVO-SUBJETIVO-ANALISIS Y PLAN, 2.-. La justificación clínica de la hospitalización. 3.- Nombre, firma, registro y especialidad del médico tratante.

NEUROCIRUJANO
T.P. 1755-99

HOSPITAL SAN JOSE	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN E.S.E	Formato	981
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Versión:	0
	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, ANESTESICOS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	Fecha	06/04/10

73

Yo, Adonai Sanchez

Identificado con : CC Número: 5242615 Expedida en:

Mayor de edad (____ años)

EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, LIBRE Y CONSCIENTE DECLARO:

Porvenir Oficina Cali Centro 05 01 FEB 2016 CORRESPONDENCIA MOD. 6

1. Que comprendo la naturaleza de mi enfermedad.
2. Que se me ha explicado y he entendido las diferentes alternativas de tratamiento para mi condición actual.
3. Que otorgo mi consentimiento para que me sea practicado el procedimiento quirúrgico denominado: Bloqueo

Sin perjuicio a que por razón de mis condiciones clínicas y bajo un criterio estrictamente médico me deba ser practicado otro distinto o adicional en el procedimiento, que a juicio del médico tratante lo haga aconsejable.

4. Que el medico tratante Paula Huertas previa valoración de mi condición clínica - patológica y teniendo en cuenta que no tengo ni he advertido de algún antecedente, que haga desaconsejable la practica quirúrgica, manifiesta que el procedimiento autorizado es el más aconsejable entre las alternativas médico quirúrgicas posibles actualmente.
5. Que el Médico anestesiólogo tratante _____ previa valoración de mi condición clínica - patológica y teniendo en cuenta que no tengo ni he advertido de algún antecedente, que haga desaconsejable la técnica anestésica _____ autorizada, este es la mas aconsejable entre las alternativas medicas posibles actualmente (en caso de necesidad de anestésica).
6. Que se me ha informado de forma clara, completa y sencilla y he entendido y comprendido la naturaleza y beneficios del procedimiento que se me realizará, que consistirá en:

Quirúrgicos:	Infiltrar la columna para mejorar el Dolor
Anestésicos:	

7. Que se me ha informado de forma clara, completa y sencilla y he entendido y comprendido los siguientes riesgos y complicaciones posibles, que son:

Quirúrgicos:	Infección, aumento del Dolor de cabeza
Anestésicos:	

8. Que se me ha explicado en forma clara, completa y lenguaje sencillo y he comprendido satisfactoriamente el tipo de anestesia que se me aplicara además de sus posibles riesgos, asi coma la naturaleza y propósito de la técnica anestésica y la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese estrictamente necesario.
9. Que se me han explicado los riesgos relacionados con mis enfermedades ya existentes y su influencia en el resultado final del procedimiento anestésico y quirúrgico.
10. Que se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas con respecto a mi enfermedad y al procedimiento a realizar en forma satisfactoria.
11. Que se me ha explicado y he entendido los riesgos y complicaciones mas importantes derivadas de la No realización de dicho procedimiento.

12. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

13. Que autorizo al médico anestesiólogo para administrar los anestésicos, los medicamentos, los productos sanguíneos que considere necesarios y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de vena) durante la realización del acto quirúrgico, de acuerdo con mi condición clínica y al tipo de intervención que requiero ya que previamente me ha explicado de forma clara completa y sencilla que hay riesgos, resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible y difícil predicción y soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la anestesia seleccionada.

14. Que autorizo al Médico tratante y a los profesionales que participaran en mi cirugía para que dispongan de los órganos (o sus partes) que deban ser retirados de mi cuerpo durante la realización del procedimiento quirúrgico autorizado, así como la toma de muestras para estudios clínicos que se requieran para continuar mi manejo.

Por lo tanto Certifico que he entendido en su totalidad este consentimiento y QUE ACEPTO LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO y ANESTÉSICO y libero al médico cirujano, al médico anestesiólogo, al personal asistencial y absuelvo al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE de Popayán por los riesgos, resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible y difícil predicción que se puedan presentar en la practica del procedimiento quirúrgico y anestésico; por lo cual procedo a firmarlo a los_____ día (s) del mes de_____ del año 20____.

Declaración Médica: Declaro(amos) que he(mos) informado al paciente el propósito y naturaleza del procedimiento(s) descritos arriba, de sus alternativas, riesgos y complicaciones posibles y de los resultados que se esperan.

Nombres y apellidos del Paciente	Documento de Identidad No.	Firma del Paciente
Apolinar Sandoval	5244615	Apolinar Sandoval
Nombres y apellidos del Testigo	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Testigo**
Nombres y apellidos del Médico que interviene	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Médico**
Paulo Hurtado	76305487	Paulo Hurtado Gomez NEUROCIRUJANO RM 7755-93
Nombres y apellidos del Anestesiólogo	**Documento de Identidad No.**	**Firma del Anestesiólogo**

DECLARACION PERSONAS EN INCAPACIDAD DE DECISION O MENORES DE EDAD: Diligencie en caso que el paciente sea menor de 18 años, esté en estado de inconsciencia, discapacitado mental o que presente limitaciones para comunicación verbal y escrita.

El paciente_____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito en este consentimiento. El médico me ha explicado en forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve este procedimiento al igual que sus riesgos y complicaciones posibles. Declaro que he comprendido todo lo explicado y escrito en este consentimiento y por ello YO:

_____

identificado con _____ No._____ expedida en_____ en calidad de (Parentesco):_____, obro como REPRESENTANTE LEGAL del paciente en mención por lo cual declaro que entiendo y acepto lo consignado en este documento y doy mi consentimiento para que los médicos tratantes realicen el (los) procedimiento(s).

Nombres y apellidos del Representante Legal	Documento de Identidad No.	Firma del Representante Legal

Este formato es de obligatorio diligenciamiento por el profesional de salud responsable de una intervención quirúrgica o un procedimiento especial o invasivo para todo tipo de pacientes, otorgado en desarrollo de la Ley 23 de 1981 de Ética medica

ECA

GONZALO ZUÑIGA ESCOBAR M.D.
NEUROLOGIA NEUROFISIOLOGIA CLINICA

ESTUDIOS DE CONDUCCIÓN NERVIOSA MOTORA Y SENSORIAL

CONSAIR
Oficina Cali Centro
MOD. G 01 FEB 2016 MOD. G
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

FECHA: SEPTIEMBRE 8 / 2011

NOMBRE: APOLINAR SANCHEZ

EDAD: 48 AÑOS

EMG #: 11 – 4642

ASPECTOS CLÍNICOS: DESCARTAR LA EXISTENCIA DE UN SINDROME RADICULAR AFECTANDO A LA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA DE ÈSTE PACIENTE.

ESTUDIOS DE CONDUCCIÓN MOTORA DE MIEMBROS INFERIORES

P.A.M.C.	N. TIBIAL DERECHO	N. TIBIAL IZQUIERDO
LATENCIA	4.75 MSEG	4.75 MSEG
AMPLITUD	7.99 MV	6.93 MV
LATENCIA	11.6 MSEG	11.8 MSEG
AMPLITUD	7.82 MV	6.79 MV
VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN	41.4 M/SEG	43.2 M/SEG

COMENTARIO: SE REGISTRA LA PRESENCIA DE LATENCIAS, AMPLITUDES Y VELOCIDADES DE CONDUCCIÓN NORMALES Y SIMÉTRICAS BILATERALMENTE.

GONZALO ZUÑIGA ESCOBAR M.D.
NEUROLOGIA NEUROFISIOLOGIA CLINICA

ECA

P.A.M.C.	N. PERONEO DERECHO	N. PERONEO IZQUIERDO
LATENCIA	3.80 MSEG	3.40 MSEG
AMPLITUD	11.0 MV	8.19 MV
LATENCIA	8.80 MSEG	8.60 MV
AMPLITUD	10.6 MV	8.66 MV
VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN	41.3 M/SEG	42.5 M/SEG
LATENCIA	9.80 MSEG	9.61 MSEG
AMPLITUD	10.3 MV	8.45 MV
VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN	40.4 M/SEG	42.1 M/SEG

PORVENIR
Oficina Cali Centro
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

COMENTARIO:

LOS ESTUDIOS DE CONDUCCIÓN MOTORA DE NERVIOS PERONEOS DEMOSTRARON LA PRESENCIA DE LATENCIAS, AMPLITUDES Y VELOCIDADES DE CONDUCCIÓN NORMALES Y SIMÉTRICAS BILATERALMENTE.

GONZALO ZUÑIGA ESCOBAR M.D.
NEUROLOGIA NEUROFISIOLOGIA CLINICA

ESTUDIOS DE CONDUCCIÓN SENSORIAL DE MIEMBROS INFERIORES

P.A.S.	REFLEJO H DERECHO	REFLEJO H IZQUIERDO
LATENCIA	27.3 MSEG	27.2 MSEG
AMPLITUD	4.26 MV	4.15 MV

Porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

COMENTARIO:

LATENCIAS Y AMPLITUDES NORMALES Y SIMÈTRICAS BILATERALMENTE.

P.A.S.	NERVIO SURAL DERECHO	NERVIO SURAL IZQUIERDO
LATENCIA	2.04 MSEG	2.03 MSEG
AMPLITUD	19.2 UV	18.5 UV

COMENTARIO:

LATENCIAS Y AMPLITUDES NORMALES Y SIMÈTRICAS BILATERALMENTE.

Sep-08-2011

GONZALO ZUÑIGA ESCOBAR M.D.
NEUROLOGIA NEUROFISIOLOGIA CLINICA

ELECTROMIOGRAFIA

SE PRACTICÓ ESTUDIO DE ELECTROMIOGRAFÍA POR AGUJA (TECA DESECHABLE) EN LOS SIGUIENTES MÚSCULOS: EXTENSOR DIGITORUM BREVIS, TIBIAL ANTERIOR, GASTROCNEMIO SÓLEO, PERONEO LONGO Y VASTO MEDIAL DE LA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA DE LA PACIENTE. SE IDENTIFICÓ LA PRESENCIA DE ACTIVIDAD ESPONTÁNEA DE DENERVACIÓN EN LOS SIGUIENTES MÚSCULOS: GASTROCNEMIO – MEDIAL / LATERAL IZQUIERDOS. ESTABA CARACTERIZADA POR LA PRESENCIA DE FIBRILACIONES Y ONDAS POSITIVAS (++ A +++). A LA CONTRACCIÓN MUSCULAR SE IDENTIFICÓ UN PATRÓN DE INTERFERENCIA COMPLETO (MÙSCULOS GASTROCNEMIOS Y PERONEO LONGO) CONFORMADO POR UNIDADES MOTORAS DE MORFOLÓGÍA NORMAL EN LOS MÙSCULOS DENERVADOS.

Oficina Call Center
MOD. G 01 FEB 2016 MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

LOS ESTUDIOS DE CONDUCCIÓN NERVIOSA MOTORA / SENSORIAL SON INDICATIVOS DE LA EXISTENCIA DE UN SINDROME RADICULAR S1 AFECTANDO A LA EXTREMIDAD INFERIOR IZQUIERDA DE ÉSTE PACIENTE.

GRACIAS POR LA REMISIÓN DE SU PACIENTE,

ATENTAMENTE,

Dr. GONZALO ZUÑIGA
COD H.U.V 16612971 DO
R.M. 17393
M.D. NEUROLOGO

GONZALO ZUÑIGA ESCOBAR M.D.

HCA

AFP Horizonte

Pensiones y Cesantías

Bogotá, 30 de julio de 2013

porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6
01 FEB 2016
MOD. 6
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Señor
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Carrera 19 17 - 30 el centro
Puerto Tejada, Cauca

Tenemos el gusto de saludarlo y darle a conocer la respuesta a la solicitud radicada el 11 de junio de 2013.

Le informamos que luego de realizar las validaciones pertinentes para su caso se concluye que:

Mediante comunicación BEN-0452 MPP del 23 de diciembre de 1996 Pensiones y Cesantías Colpatria hoy Horizonte Pensiones y Cesantías S.A reconoció a usted la pensión de invalidez.

El artículo 44 de la Ley 100 de 1993, establece la revisión del estado de invalidez de los pensionados, a saber:

ARTÍCULO 44. REVISIÓN DE LAS PENSIONES DE INVALIDEZ. *El estado de invalidez podrá revisarse:*

a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiera lugar.

porvenir
Oficina Cali Centro
MOD. 6
01 FEB
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores. El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer inválido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado;

Grupo AVAL

HCA

AFP Horizonte

Pensiones y Cesantías

b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa.

Para tales efectos le solicitamos se acerque a la oficina más cercana a su lugar de residencia y radique copia de su historia Clínica actualizada, la cual será remitida a la Compañía de Seguros de Vida Colpatria S.A., para que en primera instancia emita el correspondiente dictamen de pérdida de capacidad laboral.

Ahora bien, con el fin de reactivar el pago de su mesada pensional, se requiere que usted allegue la siguiente documentación a la oficina más cercana a su lugar de residencia:

Corvedor Centro
01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA
MOD. 6

- Certificación de cuenta expedida por la entidad bancaria en la que se han de realizar los pagos de la mesada pensional, con la especificación del número de cuenta y su nombre como titular de la misma, con fecha de expedición inferior a un (1) mes.

- Afiliación radicada en la EPS que desee, en donde usted figure como cotizante en calidad de pensionado. El formulario se debe diligenciar obligatoriamente con los siguientes datos: NIT 900385297-7 y razón social FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO HORIZONTE. Si ya se encuentran afiliado y están cotizando para salud a una EPS, usted debe reportar ante esa entidad la novedad de cambio de condición a pensionados y presentarnos el formato actualizado donde figuren los datos de la Sociedad Administradora como responsable del aporte.

Quedamos a su disposición para brindar cualquier información adicional que considere necesaria.

LEIDY CAROLINA CANDELA SANABRIA
Analista de PQR No Monetarios
Equipo de Soporte Operativo

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
CC. 5242615
ESO 20130611-124806-20069

Grupo AVAL

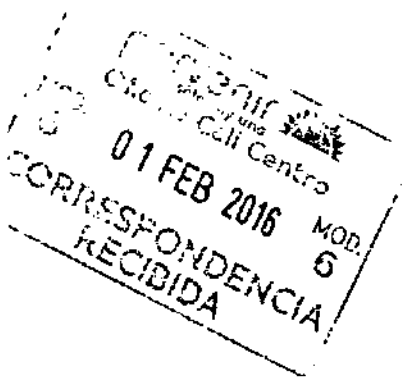
01 - febrero - 2016

HCA

Señores:

PORVENIR CAU

Por medio de la presente informo que actualmente no me encuentro realizando ningun proceso de apelacion sobre el orisan de mi patologia.



Atentamente

Apolinar sanchez

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
cc. 5.242.615.

Radicado - Porvenir S.A.

0200001129359600

547

16 MAR. 2016

Bogotá D.C.,

Doctora:
MARIA ZOBEIDA RINCON HERRERA
BBVA Seguros
Carrera 15 No. 95 65 Piso quinto
Bogotá - Colombia

Ref. Rad. Porvenir. 0103809024116600
NIT. 860.503.617
T.N 8399288
COR BEN

Respetada Doctora,

Reciba un cordial saludo de Porvenir S.A.

Por medio de la presente, nos permitimos remitir la documentación pertinente, para dar gestión al proceso de Recalificación de nuestro afiliado APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado con cédula de ciudadanía No 5242615. Quien manifiesta, estar invalido para continuar con sus actividades laborales. Así las cosas, se adjunta información actualizada para que la misma se tenga en cuenta y procedamos a dar cumplimiento con lo solicitado.

Lo anterior teniendo en cuenta que de conformidad con el Decreto 2463 2001 y el Articulo 44 de la ley 100 de 1993 (el estado de invalidez podrá revisarse cada 3 años) y en este caso en particular, la definición de pensión por invalidez fue otorgada en el año 2008. Es decir, ya han transcurrido 3 años desde la última calificación.

Cordialmente,

DIRECCION DE SERVICIO AL PENSIONADO PORVENIR S.A.
William T.
Copia Afiliada (o): APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
Dirección: CR 6 2-42 ORTIGAL, MIRANDA, CAUCA

asalud ltda.
a s e s o r e s

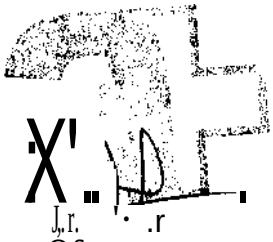
ASALUD LTDA

CERTIFICA QUE:

El afiliado(a): APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado con numero de cedula 5242615, no fue valorado por medicina laboral el día 12/22/2015 en la ciudad Cali y/o realizó algún tipo de radicación documental para el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, así las cosas, ASALUD Ltda., da por cerrado el caso.

Para constancia se firma a los días (9) días del mes de febrero de dos mil dieciséis (2016)

Cordialmente



yala
<iPra eroyecto Alfa- Asalud ltda.
Contratista externo de Seguros de Vida Alfa S.A

De: contacto@porvenir.com.co

Para: roling777@hotmail.es

CC: lacortes@porvenir.com.co

Fecha: 19/04/2016 15:34

Asunto: Respuesta a su requerimiento.8434204

104

Bogotá D.C.

Señor

APOLINAR SÁNCHEZ ORDOÑEZ

roling777@hotmail.es

Ref. Rad. Porvenir: 0100222069454100
CC: 5242615
T.N: 8434204
COR - BENEF

Reciba nuestro cordial saludo.

En atención a su solicitud relacionada con la copia del expediente pensional, anexamos documentación pertinente al reconocimiento de la pensión de invalidez otorgada en el 2008.

Sea esta la oportunidad para renovar nuestro interés y ánimo de colaboración en gestiones futuras.

Por favor no responda este mensaje, corresponde a un buzón automático de envío de información.

PAOLA ANDREA ÁLVAREZ CARVAJAL

Atención Integral a Clientes

PAAC/Luz C.

siendo los N°1

República de Colombia

Florida - Valle

Carrera 18 No. 9-25 Tel. 2437

EL SUSCRITO NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE FLORIDA - VALLE

C E R T I F I C A:

Que al Tomo * * * Folio 15534472 * se halla el Acta de Nacimiento

de NUBELY SANCHEZ ORDOÑEZ .

Sexo FEMENINO . Lugar FLORIDA (VALLE) .

Fecha Nacimiento: ENERO 15 de 1.990 .

Hijo de: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ .

MARIA DIONILDE ORDOÑEZ BASTIDAS .

Fecha de Expedición ENERO 23 de 1.991

Válido para: SUBSIDIO .

NOTA HIJA LEGITIMA .

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL

EXENTO TIMBRE Y PEPEL SELLADO LEY 2a. DE ENERO 21 DE 1976

NOTARIA DEL CIRCULO FLORIDA - VALLE

DR. JORGE HECTOR ZAMBRANO MELO
NOTARIO

vehco.-

25 ABR. 1991

Año (últimos 2 dígitos)	Mes (en letras)	Día (01 a 31)
1996	SEPTIEMBRE	14

96/09/14

NUMERALES O CODIGOS DE LOS MESES	ENERO	01	FEBRERO	02	MARZO	03	...	...	...	...	04
	MAYO	05	JUNIO	06	JULIO	07	...	...	...	...	08
	SEPT	09	OCTUBRE	10	NOVI	11	...	...	...	...	12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

23771803

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No

(1) Parte básica	(2) Parte comp.
9,6,0,9,1,4	

OFICINA REGISTRO CIVIL

(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.): REGISTRADURIA MUNICIPAL

(4) Municipio y Departamento: CANDELARIA-VALLE

(5) Código: 9702

SECCION GENERICA

INSCRITO

(6) Primer apellido: SANCHEZ

(7) Segundo apellido: ORDOÑEZ

(8) Nombres: DENY

SEXO

(9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO: FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO

(10) Día: 14 | (11) Mes: SEPTIEMBRE | (12) Año: 1996

LUGAR DE NACIMIENTO

(13) País: COLOMBIA

(14) Departamento: VALLE

(15) Municipio: CANDELARIA

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

(16) Clínica, hospital, dirección de la casa donde ocurrió el nacimiento: CASA DE HABITACION CR.10 No.11-43-[illegible] MUNICIPAL-CANDELARIA(VALLE)

(17) Hora: 10:00

(18) Documento presentado: PRESENTACION DE TESTIGOS

(19) Nombre del profesional que certifica el nacimiento:

(20) No. de folio:

MADRE

(21) Apellidos (de soltera): ORDOÑEZ PASTRANA

(22) Nombres: MARIA ELOUILDE

(23) Edad: 27

(24) Identificación (clase y número): C.C.59.760.014-Leiva(Nariño)

(25) Nacionalidad: COLOMBIANA

(26) Profesión u oficio: HOGAR

PADRE

(27) Apellidos: SANCHEZ ORDOÑEZ

(28) Nombres: APOLINAR

(29) Edad: 34

(30) Identificación (clase y número): C.C.5.242.615-Leiva(Nariño)

(31) Nacionalidad: COLOMBIANA

(32) Profesión u oficio: OBRERO

DENUNCIANTE

(33) Identificación (clase y número): C.C.5.242.615-Leiva(Nariño)

(34) Dirección postal: Cr.10 No.11-43-Candelaria(Valle)

(35) Firma (autógrafa): Apolinar Sanchez

(36) Nombre: APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

TESTIGO

(37) Identificación (clase y número): C.C.6.218.916-Candelaria(Valle)

(38) Domicilio (Municipio): Cr.10 No.11-43-Candelaria(Valle)

(39) Firma (autógrafa): José Revelo Montenegro

(40) Nombre: JOSE REVELO MONTENEGRO

TESTIGO

(41) Identificación (clase y número): C.C.16.252.089-Palmira(Valle)

(42) Domicilio (Municipio): Cr.5 No.32-04-B.Popular-Palmira

(43) Firma (autógrafa):

(44) Nombre: ALFONSO PUERTAS

FECHA DE INSCRIPCION

FECHA EN QUE SE SIENTA EL REGISTRO

(45) Día: 24 | (46) Mes: SEPTIEMBRE | (47) Año: 1996

(48) Firma, cargo y sello del funcionario ante quien se hace el registro: HANS MARTINEZ MARTINEZ

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Expedida copia de su original para esta dependencia y los archivos de esta dependencia.

Candelaria, 23 SEP 1996

HANS MARTINEZ MARTINEZ
Registrador Municipal

VALIDO SIN SELLO
Dcto. 2150 - 5-Dic. - 95

6

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL	3679792	DEPARTAMENTO MUNICIPIO DE INSCRIPCION: NARIÑO LEIVA	FECHA DE INSCRIPCION	DIA: 22	MES: Junio	ANO: 89
INSCRITO	APELLIDOS: SANCHEZ ORDOÑEZ	NOMBRES: LEODAN	SEXO: M X F			
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS: COLOMBIA	DEPARTAMENTO: NARIÑO	MUNICIPIO: LEIVA	FECHA DE NACIMIENTO	DIA: 18	MES: Octubre	ANO: 89
CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA: 3	MES: Octubre	ANO: 90	SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO LEY 1260 DE 1970			

NOTA

ES HIJO DE APOLINAR SANCHEZ Y DE MARIA LEONILDE ORDOÑEZ .

REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE - Leiva Nar.

Alfonso Tovar C.

Nombre Registrador Municipal

Firma y Sello

F-4100 020

25 ABR 1991

NOTARIA DEL CIRCULO

PUERTO TEJADA

CAUCA

25 ABR 1991

7

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COPIA REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL No.	LIE= 10 POL=378	DEPARTAMENTO Y MUNICIPIO DE INSCRIPCION		FECHA DE INSCRIPCION	DIA 27	MES julio	AÑO 969
INSCRITO	APELLIDOS ORDOÑEZ BASTIDAS		NOMBRES MARIA DIONILDE		SEXO M	F	X
LUGAR DE NACIMIENTO	PAIS Colombia	DEPARTAMENTO Nariño	MUNICIPIO El Rosario	FECHA DE NACIMIENTO	DIA 19	MES julio	AÑO 1969
MADRE	APELLIDOS BASTIDAS		NOMBRES NATILDE				
PADRE	APELLIDOS ORDOÑEZ		NOMBRES VICTOR				
SOLICITANTE DEL CERTIFICADO	APELLIDOS ORDOÑEZ		NOMBRES VICTOR		C C DE		
CERTIFICADO EXPEDIDO	DIA 19	MES sept=	AÑO /96	SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO Y CON ESA SOLA FINALIDAD. ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970			

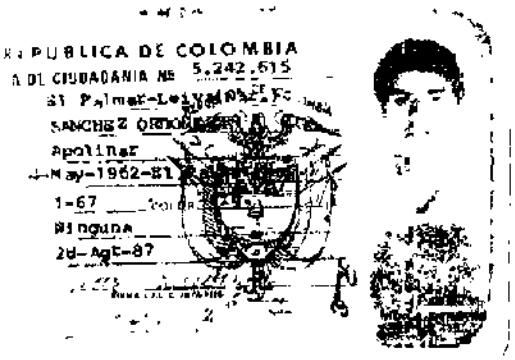
NOTA:

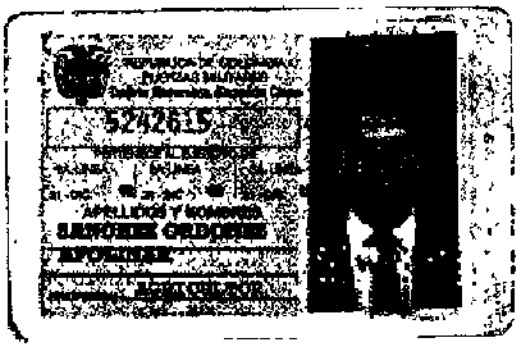
REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE El Rosario Nariño

CARLOS EFRAIN GUERRA LOPEZ.
Nombre del Registrador Municipal

Firma y Sello

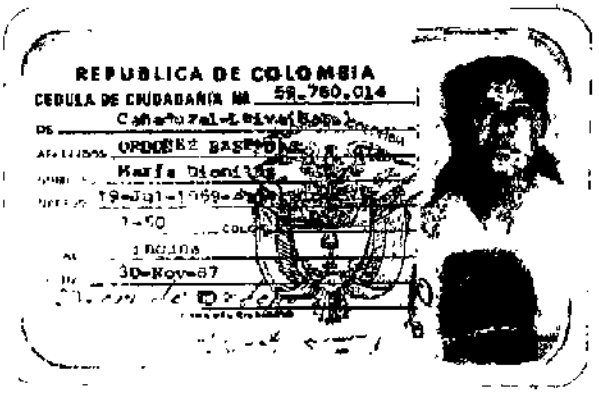
F-4103-018





DD'A-

M0100106616400030004



Recibido Cali

CFS-

CERTIFICACION

M0100106616400110019

EL SUSCRITO JEFE DE PERSONAL DEL INGENIO MAYAGUEZ

Hace constar que : EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ

identificado con la cedula de ciudadania No. 5.242.615 de LEIVA-NARIÑO esta (XXXXX) estuvo ( ) vinculado (a) a esta Empresa desde el 22 DE ENERO DE 1992

Desempeñando el cargo de : LABORES DE CAMPO

asignacion diaria de : SIETE MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS CON 0.12 M/CTE.

($ 7.173.12) mensual de : DOSCIENTOS QUINCE MIL CIENTO NOVENTA Y TRES PESOS CON 0.60 MDA/CTE. ($215.193.60).

Tipo de Contrato: INDEFINIDO

OBSERVACIONES

EL SEÑOR APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ SE ENCUENTRA A LA FECHA LABORANDO EN LA EMPRESA CON UN HORARIO DE LUNES A MIERCOLES DE 6:00 A.M. a 11:00 A.M. y de 12:00 M a 5 :00 P.M. (10 horas) JUEVES Y VIERNES DE 6:00 A.M. a 11:00 A.M. y de 12:00 M a 4 :00 P.M. (9 horas)

mayagüez s. a.

ANA CECILIA GIRALDO V.
Directora División de Personal

AUTORIZADA Y SELLO FECHA

FECHA Diciembre 13 de 1996

Ciudad y fecha

Señores
Positiva S.A
Ciudad

01 FEB 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

AUTORIZACIÓN PARA CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA E HISTORIA LABORAL

Yo Leonor Sanchez Ordoñez identificado con C.C [X] C.E [ ] número 52.212.915 expedida en Bogotá autorizo en forma expresa a Seguros de Vida Alfa S.A y demás entes del Sistema General de seguridad social encargados de la calificación de origen y pérdida de capacidad laboral, para tener acceso y copia de mi historia clínica que incluya todos aquellos datos que en ella se registren o llegaren a ser registrados, así como también a mi historia laboral, en desarrollo del artículo 34 de la Ley 23 de 1981 y de la resolución 1995 de 1999 expedida por el Ministerio de Salud.

Cordialmente,

FIRMA PACIENTE: Leonor Sanchez
NOMBRE: Leonor Sanchez
No. de identificación: 52.212.915
Dirección: Ortigal Casa
Teléfono: 3148311050.

536
F.
E.H.
COR-BEN

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

Radicado - Porvenir S.A.
010022070983100

Bogotá, D.C., 01 de junio de 2016
IND-1072-DIR

Señores
AFP PORVENIR S.A.
Atn. Sr. William Triana
Dirección Servicio al Pensionado
Cra. 13 No. 26 A – 65 Piso 5
Teléfono 3393000
Bogotá D.C.

Ref: Radicado 0200001130922600
Apolinar Sanchez Ordoñez C.C. 5.242.615

Apreciados Señores:

En atención al comunicado en referencia, a traves del cual solicitan proceso de recalificación de invalidez del pensionado en asunto, respetuosamente nos permitimos solicitar la siguiente información:

1. Copia del dictamen de calificación con el que se determinó la invalidez del señor Apolinar Sanchez Ordoñez.

2. Copia completa del expediente con el que se efectuó el reconocimiento.

3. Copia de soportes de liquidación y pago de suma adicional.

Quedamos a la espera de la documentación indicada, la cual es indispensable para iniciar el estudio solicitado.

Cordialmente,

ISABEL TIBADUIZA PUENTES
Directora Nacional Gestión de Siniestros Vida y SOAT

VIANEY BONELO BASTO
Profesional Gestión de Sinestros Previsionales Vida y Soat

porvenir
DISTRIBUIDOR
02 JUN 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

ADM-D000-935

5 de julio de 2016

Radicado - Porvenir S.A.

0100222071865400

104
D
8533311
Cor - Ben

Señores
PORVENIR S.A.
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE PENSIONES
BOGOTA, D.C.
E. S. D.

REF. **PENSION DE INVALIDEZ**

ASUNTO: **SOLICITUD DE TRAMITE DE BONO PENSIONAL**

AFILIADO: **APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ**
C.C. 5.242.615 de Leiva, Nariño.

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ, mayor de edad, vecino y residente en Villagorgona, Candelaria, V.; teniendo en cuenta que cotice al Instituto de Seguros Sociales desde el 29 de octubre de 1990 hasta el 31 de diciembre de 1994 y mediante oficio glosado al expediente pensional del 25 de abril de 1997 solicite y acepte de SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A., el pago de las mesadas pensionales retroactivas por invalidez mientras se expida el bono pensional y el Fondo de Solidaridad Pensional garantizara el pago de garantía mínima de la pensión de invalidez, gestión que no realizó la entidad en su momento, razón por la cual no recibo pensión de invalidez alguna; respetuosamente solicito realizar el trámite del bono pensional ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, o ante quien corresponda; y la solicitud de la garantía mínima a efectos gozar de la pensión de invalidez de la que estoy privado desde hace 20 años por la negligencia de la entidad de seguridad social.

Lo anterior, lo fundamento en la documentación remitida a través de acción de tutela y con sustento en el articulo 48 y 53 de la C.N.; en los Decreto 1474 de 1997; Arts. 4o., 5o.; Decreto 1748 de 1995; Art. 15.

Anexo copia de la historia laboral, del escrito del 25 de abril de 1997 e información para calculo de suma adicional.

Para notificaciones en la Cra. 19 Nº 17 – 40 B/ El Centro, Puerto Tejada Cauca.

Correo electrónico: roling777@hotmail.es

Cordialmente,

Apolinar Sanchez

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C. 5.242.615 de Leiva, Nariño.

porvenir
sólo hay uno
porvenir DISTRIBUIDOR BTA. Cra 19 # ... C.C. 97111
06 JUL 2016
CORRESPONDENCIA RECIBIDA

X5

50

Santafè de Bogotà, D.C., Abril 25 de 1997

Señores:
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES S.A.
Ciudad.

Apreciados Señores:

APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ identificado (a) con Cèdula de Ciudadania No. 5.242.615 de Leiva (Nariño) por medio de este escrito declaro: **PRIMERO**, Que en mi condiciòn de pensionado por Invalidez de acuerdo al dictamen mèdico de fecha 20 de Octubre de 1996 emitido por PREVENSEG, me encuentro tramitando reclamaciòn ante Seguros de Vida Colpatria S.A. **SEGUNDO:** Que como quiera que la pensiòn de **invalidez** depende de la expediciòn del bono pensional y dèl pago de la garantìa estatal de pensiòn minima por parte del Gobierno Nacional, los cuales no han sido expedidos a la fecha, acepto recibir a cuenta de indemnizaciòn futura, pagos provisionales equivalentes al valor de la mesada pensional a la que tendria derecho, una vez se expida el Bono Pensional y el Gobierno Nacional pague el valor de la garantìa estatal. **TERCERO:** Que como consecuencia de lo anterior declaro recibido el cheque **No.** por valor de **1.114.395.oo** girado contra el Banco Colpatria de esta ciudad, por concepto de **Mesada de Noviembre/96 a Diciembre/96 cada una por valor de $142.125 para un total de $284.250;y Mesada adicional de Diciembre/96 por valor de $ 142.125;Mesada de Enero/97 a Abril/97 cada una por valor de $ 172.005 para un total de $ 688.020. CUARTO:** Que hasta tanto se acrediten las sumas restantes requeridas para el pago de la pensiòn, **declaro a Paz y Salvo a Seguros de Vida Colpatria S.A y a Colpatria Sociedad Administradora de Fondos de Cesantias y Pensiones S.A** por cualquier concepto relacionado con la pensiòn de la cual soy beneficiario y que me encuentro tramitando.

Atentamente,

Apolinar Sanchez
APOLINAR SANCHEZ ORDOÑEZ
C.C No. 5242615

54

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. OFICINA DE BONOS PENSIONALES
DETERMINACION DE HISTORIA PARA BONO PENSIONAL TIPO A

PENSIONES Y CESANTIAS
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT.800.139.690 - 2

COLPATRIA

14

C.C. 5'242,615 SANCHEZ ORDOÑEZ APOLINAR SOL.01 PAG 1
Nacimiento 15/MAY/1962 Corrijala aqui si es el caso: (dd/mm/aa) / /
Administradora actual COLPATRIA Traslado al regimen 01/FEB/1995
Redencion anticipada por INVALIDEZ ocurrida el 20/OCT/1996

CSC-

M0100106616400110006

CON AFILIACION AL ISS (ARCHIVO MASIVO)

Afiliacion 905242615 Patronal 15050101059 INVERSIONES SANINT PELAEZ L

29/OCT/1990	INGRESO	$41,040
01/ENE/1991	CAMBIO SALARIO	$54,630
01/ENE/1992	CAMBIO SALARIO	$61,750
14/FEB/1992	RETIRO	$61,750

Afiliacion 905242615 Patronal 04070104280 MAYAGUEZ S A (ALA)

02/ENE/1992	INGRESO	$41,025
29/FEB/1992	RETIRO	$60,843
01/ABR/1992	INGRESO	$131,990
01/MAY/1992	CAMBIO SALARIO	$83,074
30/JUN/1992	SALARIO BASE	$83,074
01/JUL/1992	CAMBIO SALARIO	$126,233
01/AGO/1992	CAMBIO SALARIO	$108,682
01/SEP/1992	CAMBIO SALARIO	$103,717
01/OCT/1992	CAMBIO SALARIO	$115,039
[illegible]V/1992	CAMBIO SALARIO	$101,816
DIC/1992	CAMBIO SALARIO	$113,448
01/ENE/1993	CAMBIO SALARIO	$110,038
26/FEB/1993	INIC LICENCIA	$115,701
01/MAR/1993	CAMBIO SALARIO	$107,211
01/MAR/1993	FIN LICENCIA	$115,701
01/ABR/1993	CAMBIO SALARIO	$155,471
01/JUN/1993	CAMBIO SALARIO	$116,939
31/JUL/1993	INIC LICENCIA	$205,267
01/AGO/1993	CAMBIO SALARIO	$143,789
01/AGO/1993	FIN LICENCIA	$205,267
01/SEP/1993	CAMBIO SALARIO	$182,680
01/OCT/1993	CAMBIO SALARIO	$139,937
01/NOV/1993	CAMBIO SALARIO	$115,695
01/DIC/1993	CAMBIO SALARIO	$141,436
31/ENE/1994	INIC LICENCIA	$159,599
01/FEB/1994	CAMBIO SALARIO	$112,948
01/FEB/1994	FIN LICENCIA	$159,599
01/MAR/1994	CAMBIO SALARIO	$158,606
3[illegible]/R/1994	INIC LICENCIA	$145,212
[illegible]AY/1994	FIN LICENCIA	$145,212
31/MAY/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/JUN/1994	FIN LICENCIA	$154,102
30/JUN/1994	INIC LICENCIA	$183,145
01/JUL/1994	CAMBIO SALARIO	$177,483
01/JUL/1994	FIN LICENCIA	$183,145
31/AGO/1994	INIC LICENCIA	$167,291
01/SEP/1994	FIN LICENCIA	$167,291
29/SEP/1994	INIC LICENCIA	$192,997

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO. OFICINA DE BONOS PENSIONALES

DETERMINACION DE HISTORIA PARA BONO PENSIONAL TIPO A

PENSIONES Y CESANTIAS
COLPATRIA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE CESANTIAS Y PENSIONES
NIT.800.129.680 - 2

COLPATRIA

C.C. 5'242,615 SANCHEZ ORDOÑEZ APOLINAR SBL.01 PAG 2

01/OCT/1994	FIN LICENCIA	$192,997
30/OCT/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/NOV/1994	FIN LICENCIA	$154,102
30/NOV/1994	INIC LICENCIA	$154,102
01/DIC/1994	CAMBIO SALARIO	$172,476
01/DIC/1994	FIN LICENCIA	$154,102
31/DIC/1994	SIGUE ACTIVO	$172,476

48

INFORMACION PARA CALCULO DE SUMA ADICIONAL

FONDO DE PENSIONES — COLPATRIA

DATOS GENERALES

SANTA FE DE BOGOTA D.C., FECHA DE ENVIO: 97 04 21 (AA MM DD)
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A

CONSEC. SINIEST.: STRO 095
POLIZA PIS: 009

FALLECIMIENTO: ☐ INVALIDEZ: ☒

DATOS DEL AFILIADO

Sanchez Ordoñez	Apolinar
APELLIDOS	NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO: 62 5 12 (AA MM DD)
FECHA DEL SINIESTRO: ___ ___ ___ (AA MM DD)

FECHA CALIFIC. DE LA INV.: 96 10 20 (AA MM DD)
CALIFICACION DE INVALIDEZ: 56.85 %

SEMANAS COTIZADAS AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES: 264.67
IBL - $242.385

HISTORIA LABORAL: SI ☒ NO ☐ (Datos adjuntos)
BONO PENSIONAL: SI ☒ NO ☐ VALOR: $ 3.072.000 *

SALDO EN LA CUENTA INDIVIDUAL: $ 287.320.31 * (Dato asumido)
(INCLUYE BONO PENSIONAL: SI ☐ NO ☒) (Dato asumido)

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO AA	MM	DD	ESTUDIA	INVALIDEZ	CALIFICACION INVALIDEZ
Sanchez Ordoñez	Leodan	Hijo	89	10	18			
Sanchez Ordoñez	Rudely	Hija	90	01	15			
Sanchez Ordoñez	Dany	Hija	96	09	14			
Sanchez Ordoñez	Rolando	Hijo	91	03	10			
Ordoñez Bastidas	Maria Dionilde	esposa	69	07	19			

SAI-
M0100106616400210024

OBSERVACIONES: Del valor de la mesada pensional que se pague al afiliado se debe descontar el 12% que corresponde a salud y por este valor girar cheque a favor del I.S.S.

ELABORADO POR: Mireya Niño L. (NOMBRE)
REVISADO POR: (GERENCIA DE BENEFICIOS)
RECIBIDO POR:

ASEGURADORA RECIBIDO PARA ESTUDIO
APR. 1997
FECHA: ___ ___ ___
GERENCIA TECNICA COLPATRIA

52