

Señores.
Delegatura para Funciones jurisdiccionales
jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(nombre del consumidor financiero)
(nombre de la entidad vigilada).

REFERENCIA: Acción de protección del consumidor financiero. Ley 1480 de 2011 y artículo 24 de la Ley 1564 de 2012

(Nombre del consumidor financiero) identificado (a) con cédula de ciudadanía No. (XXXXXXXXXX) de la ciudad de (XXXXXXXXXX), obrando en mi propio nombre, acudo ante este Despacho con el ánimo de ejercer la ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO contra (nombre de la entidad vigilada-demandada-) sociedad vigilada por esa Superintendencia, con base en los siguientes:

I. HECHOS.

(Haga un relato cronológico de los hechos que fundamentan sus pretensiones, de manera clara, numerando cada uno de ellos y de ser posible, especificando circunstancias de tiempo, modo y lugar).

1. (...)
2. (...)

II. PRETENSIONES

(Determine lo que pretende que declare la Superintendencia en relación con la entidad demandada, incluyendo aquellas pretensiones que tengan relación con el objeto de la reclamación y que considere pertinentes reclamarlas a la entidad vigilada, siempre y cuando guarden relación con los hechos de la demanda. Por ejemplo:

1. "Que se obligue a (nombre de la entidad vigilada que se demanda), al (reintegro, devolución o cualquier otra pretensión relacionada exclusivamente con la ejecución o cumplimiento de obligaciones originadas en relaciones contractuales pactadas entre entidades vigiladas y el consumidor financiero), por la suma de (\$xxxx) xxxxxxxx PESOS M/CTE".
2. ...).

III. CUANTÍA

(Si sus pretensiones están dirigidas al reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos, o mejoras, debe discriminar cada uno de sus conceptos, bajo juramento. Por ejemplo:

Estimo bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la presentación de esta demanda, que el valor de mis pretensiones asciende a la suma de XXXXXXXX (escriba el valor en letras) (\$... - escriba el valor en números), discriminados así:

- 1.) (valor en letras) (\$...) m/cte (correspondientes al valor del dinero sustraído, y/o objeto de controversia contractual).

- 2.) (valor en letras) (\$...) m/cte (correspondientes a las otras pretensiones si las tiene).
- 3.) XXXXXXXXXXXXXXXX

IV. PRUEBAS

(Las pruebas son los diversos mecanismos que puede utilizar para probar la ocurrencia de los hechos. Ejemplos: documentos, declaraciones de personas, entre otros.)

Solicito al despacho se tengan como prueba las siguientes:

I. Aportadas.

1. Reclamación de fecha hecha al (NOMBRE ENTIDAD VIGILADA). (Radicada con anterioridad ante la entidad con no menos de 15 días hábiles. **(ES OBLIGATORIA)**)
2. (así mismo deberá relacionar y acompañar todos aquellos documentos que estén en su poder y que quiera hacer valer dentro del proceso).

II. Solicitadas.

1. (Se trata de todas aquellas pruebas que no estén en su poder, y que se considere pertinente deban ser aportadas para demostrar cada uno de los hechos relacionados en la demanda).

V. ANEXOS

(En este espacio deberá numerar e identificar de manera independiente, cada uno de los documentos relacionados en el acápite de pruebas que aporta con la demanda y los demás documentos que acompañe que no estén en esta relación, como por ejemplo un poder).

1. (...)
2. (...)

VI. NOTIFICACIONES.

Recibiré notificaciones en el correo electrónico xxxxxxxxx@xxxxxxx y mis datos adicionales de contacto son:
Dirección: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Ciudad: XXXXXXXXXXXXX
Teléfono celular y/o fijo: XXXXXXXXX

La entidad vigilada y contra quien se dirige esta demanda, recibirá las notificaciones en la dirección electrónica que aparece registrada en la página web de (LA ENTIDAD VIGILADA DEMANDA)

Cordialmente,

Firma (solo si se presenta en medio físico)

XXXXXX

Ibagué, 6 de Junio del 2023

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A

Yo, Maria Yanela Pérez Arguelles identificada con CC. 52.233.049 de la ciudad de Bogotá DC, obrando en mi propio nombre, acudo ante este despacho con el ánimo de ejercer La Acción de Protección al Consumidor Financiero. Contra Allianz seguros de vida S.A. Sociedad vigilada por esa superintendencia, con base en los siguientes hechos:

I. HECHOS.

1. El día 16 de agosto del año 2022, adquirí una póliza de seguro de vida con la compañía Allianz Seguros de Vida S.A con cobertura por (1) año renovable, por un valor de \$89.518 pesos Mlcte mensuales. Los cuales cancelé sin contratiempos hasta el mes de enero del año 2023.

En el mes de noviembre de fecha 23 del 2022 fui diagnosticada con la enfermedad de parkinson, por la cual procedí a efectuar la reclamación de la póliza por enfermedades graves. No obstante para el mes de diciembre del 2022 la compañía de seguros Allianz me objetó la reclamación por que al momento de suscribir la póliza no declare enfermedades preexistentes tales como:

- Artritis, poliartritis crónica, cáncer de cérvix tratado tumor de mama, síndrome del túnel carpiano. Por lo tanto fue reticencia.

Por lo tanto yo afirmo que no poseo ninguna de las enfermedades puestas del presente por dicha aseguradora, ya que en varias oportunidades le he solicitado a la compañía que se proceda con el reconocimiento del pago de la póliza, a que tengo derecho, sin que esto haya sido posible, procediendo a revocar las coberturas y dar por terminado el seguro de vida contratado con Allianz, con fecha 24 de enero del 2023, sin posibilidad de renovación a partir del 18 de agosto del 2023.

Con esto la mencionada compañía dio por terminado el contrato unilateralmente bajando el monto de la póliza sin mi previo consentimiento.

Dejo constancia que el único diagnóstico con que cuento es de la enfermedad de parkinson, la cual fue adquirida y diagnosticada después del periodo de gracia de los 90 días que empieza a regir en el contrato de seguros.

II. PRETENSIONES.

1. Que se obligue a la compañía de seguros Allianz S.A, a que se me haga efectiva la cancelación del seguro de vida que tengo derecho por mi

enfermedad grave, que fue lo pactado en el contrato que firmé con ellos junto a la póliza N. 023137211 de fecha 16 de agosto del 2022, por un valor de \$72.000.000 de pesos.

2. Solicito mis derechos fundamentales a la integridad personal, vulnerados por parte de Allianz seguros S.A y en consecuencia se ordene a la compañía y proceda a reconocer y pagar la póliza según la cobertura por enfermedades graves, por un valor antes mencionado.

III. CUANTÍA.

Estimo bajo gravedad de juramento que se entiende prestado con la presentación de esta demanda, que el valor de mis pretensiones ascienda a la suma de \$72.000.000 de pesos, (setenta y dos millones de pesos M/cte.) que fue el valor de la póliza contratada por la compañía Allianz S.A.

IV. PRUEBAS.

Solicito al despacho se tenga como pruebas los siguientes:

1. Contrato firmado entre el consumidor y la compañía de seguros de vida Allianz S.A.
2. Recibos de pagos.
3. Historia clínica.
4. Patologías y constancias médicas que constatan que no he padecido de dichas enfermedades.

Observación: Queda pendiente por anexar, nuevas patologías que no se me han entregado por mi EPS.

V. NOTIFICACIONES.

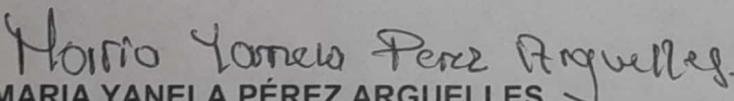
Recibo notificaciones al correo electrónico mariayanelaperez@gmail.com

Dirección: Manzana 18 casa 8 urbanización Santa Ana.

Ciudad: Ibagué - Tolima.

Celular: 3203735348

Cordialmente.


MARIA YANELA PÉREZ ARGUELLES
CC. 52.233.049 de Bogotá DC



Fecha generación: 18/01/2023 17:20:47

DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE

PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
TIPO DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía **DOCUMENTO:** 52233049
FECHA DE NACIMIENTO: 22/01/1975 **EDAD:** 47 Años / 11 Meses / 27 Días
SEXO: Femenino **ETNIA:** No registra
FUERZA: EJC **GRADO:** SARGENTO PRIMERO
UNIDAD: CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
DEPARTAMENTO: TOLIMA **MUNICIPIO:** IBAGUE
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 14 152 16 N

VALORACIÓN AMBULATORIA 28/12/2022 08:15:34

CÓDIGO DE CONSULTA:
890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

TRAE RESULTADOS DE EXAMENES.

ENFERMEDAD ACTUAL:

REPORTE DE ANGIORESONANCIA CEREBRAL DEL 23-11-2022: ENF. DE PARKINSON.
PARACLINICOS DEL 06-12-2022: GLUCOSA PRE: 104. COLESTEROL TOTAL: 172. TGC: 180.
HEMOGRAMA: NORMAL. ACTUALMENTE EN TTO. CON CARBIDOPA 25 X3. REFIERE
CEFALEA TENSIONAL Y CONGESTIÓN MUCOSAS OROFARINGEAS.

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

DARIO GARCIA CHAVES

NÚMERO DE REGISTRO:

18508

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

MORTINATOS: No registra
TRANSTORNOS MENSTRUALES: No registra
MENARQUÍA: SI
HIJOS NACIDOS VIVOS: No registra
ANTECEDENTE GEMELAR: No registra

ANTECEDENTES GENERALES

OTROS: PARKINSON.
FARMACOLÓGICOS: CARBIDOPA 25 X3.
FAMILIARES: MADRE HTA Y D.M. HERMANA CA D E MAMA.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

ULTIMO PARTO: No registra

CCV: No registra
FECHA ULTIMO CCV: No registra
FRACASO DEL METODO ANTICONSEPTIVO: No registra

ANTECEDENTES GENERALES

TÓXICO-ALÉRGICOS: NIEGA.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

PARTOS: 2
ULTIMA REGLA: No registra
ABORTOS: No registra
ÓBITO FETAL: No registra

ANTECEDENTES GENERALES

QUIRÚRGICOS: CESAREA, HISTERECTOMIA.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

GESTACIONES: 3
CESAREAS: 1
EMBARAZO PLANEADO: No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN: No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA: No registra
CICLO REGULAR: No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA: No registra
EMBARAZO ECTÓPICO: No registra
EDAD DE LA MENARQUÍA: 13
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE: No registra
PERIODO INTERGENÉSICO: No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA: No registra

ANTECEDENTES GENERALES

TRAUMÁTICOS: NIEGA.

EXAMEN FÍSICO

OROFARINGE: CONGESTIÓN DE MUCOSAS.Normal
EXAMEN GENITOURINARIO: Normal
TACTO RECTAL: Normal
PIEL Y FANERAS: Normal
CUELLO: Normal
ABDOMEN: Normal
CABEZA Y CRÁNEO: TENSIÓN MUSCULAR CERVICAL POSTERIOR.Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO: TEMBLOR FINO DISTAL DE MS. SUPERIORES.Normal
CONDICIONES GENERALES: REGULAR ESTADO GENERAL.LUCIDA, ORIENTADA.
OÍDOS: Normal
OJOS: Normal
NARIZ: Normal
MAMAS: Normal
EXTREMIDADES: Normal
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO: Normal
EXAMEN MENTAL: Normal
TÓRAX: Normal

REVISION POR SISTEMAS

SINTOMAS GENERALES:	N/A
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
OROFARINGE:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	TEMBLORES FINOS DISTALES. Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	120 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	18 rpm
ESTATURA:	1,6 m
FRECUENCIA CARDÍACA:	68 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR:	0,00 ml/min/1.73 m ²
PESO:	63 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	24,61 Kg/m ²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	70 mmHg
TEMPERATURA:	36 °C

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

J304 RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

SE INTERPRETA SU CUADRO COMO RINITIS, CEFALEA TENSIONAL. PARKINSON P OR HISTORIA CLINICA.

TRATAMIENTO:

CETIRIZINA 10X1 POR 2 MESES.

ACTF + TRAMADOL 325 + 37.5 X2 SEGÚN DOLOR.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS

- G442 CEFALEA DEBIDA A TENSION

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS:**MEDICAMENTO:**

- MENTOL+ALCANFOR+GUAYACOL Tópico DOSIS: 1 CADA 12 HORAS, DURANTE 60. CANTIDAD: 1
- ACETAMINOFEN+TRAMADOL (CLORHIDRATO) Oral DOSIS: 1 CADA 12 HORAS, DURANTE 60. CANTIDAD: 120
- CETIRIZINA (CLORHIDRATO) Oral DOSIS: 1 CADA 24 HORAS, DURANTE 60. CANTIDAD: 60

RECOMENDACIONES:

No registra

MEDICACION Y REALIZACION DE LABORATORIOS Y REVALORACION MAÑANA CON RESULTADOS

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS

- J029 FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

CLASIFICACION DE URGENCIA (TRIAGE)

01/04/2018 15:56:43

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

HACE DOS DIAS CON DOLOR EN LA CADERA,

REMITIDO:

No

ESTADO DE CONCIENCIA:

TRANQUILA, AFEBRIL, CONSCIENTE Y ORIENTADA

ALIENTO ALCOHOL

No

ARRIBO A URGENCIAS:

Por sus propios medios

CONDICION DE ARRIBO:

PRIORIDAD:

III - La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

OBSERVACIONES:

no registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

ALEYDA CRISTINA MONTERROZA RODRIGUEZ

NÚMERO DE REGISTRO:

50925781

REGISTROS DE REUBICACIÓN

UBICACIÓN:

SALA DE ESPERA

FECHA:

01/04/2018 15:56:43

VALORACIÓN HOSPITALARIA

01/04/2018 17:32:37

CÓDIGO DE CONSULTA:

890701 CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

"TENGO COMO UN ESPASMO"

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE QUE ACUDE POR CAUDRO DE INIIOC EL DIA DE AYER DE DOLOR EN REGION LUMBAR IZQUIERDO CON SENSACION DE EDEMA Y LIMITACION FUNSIONAL PARA LOS CAMBIOS DE POSICION, REFIERE EL MISMO TIPO PUNZADA INTERMITENTE, MANEJO CON APRONAX SIN MEJORIA.

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA VANESA PEREZ ARQUELLO

GINA PAOLA CASTIBLANCO CABEZAS

NÚMERO DE REGISTRO:

732569

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GENERALES

QUIRÚRGICOS:	CESAREA
TÓXICO-ALÉRGICOS:	NIEGA
OTROS:	NIEGA

EXAMEN FÍSICO

CONDICIONES GENERALES:	BUEN ESTADO GENERAL. NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA HUMEDA. OROFARINGE Y OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL. CUELLO MOVIL SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO , NO DISTENDIDO, NO DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS NI MEGALIAS, NO IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, NORMALES. EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS PULSOS PEDIOS PRESENTES. NEUROLOGICO ALERTA, ORIENTADO, SIN DEFICIT. SOMA: PACIETNE CON ESPASMO MUSCULAR EN FOSA LUMBAR PIZQUIERDA PARAVERTEBRL, IRRADICACION DEL DOLOR A MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO
TÓRAX:	Normal
CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
MAMAS:	Normal
NARIZ:	Normal
OJOS:	Normal
OÍDOS:	Normal
ABDOMEN:	Normal
CUELLO:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
OROFARINGE:	Normal
PIEL Y FANERAS:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal

REVISION POR SISTEMAS

NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
SINTOMAS GENERALES:	DOLOR EN FOSA LUMBAR IZQUIERDA
OÍDOS:	Niega síntomas

CLASIFICACION DE URGENCIA (TRIAGE)

22/11/2022 10:40:18

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

" MUCHA TOS DE 2 DIAS Y FIEBRE Y DOLOR DE CABEZA"

REMITIDO:

No

ESTADO DE CONCIENCIA:

ALERTA

ALIENTO ALCOHOL

No

ARRIBO A URGENCIAS:

Por sus propios medios

CONDICION DE ARRIBO:**PRIORIDAD:**

IV - Paciente presenta condiciones m3dicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o p3rdida de miembro u 3rgano. No obstante, existen riesgos de complicaci3n o secuelas de la enfermedad o lesi3n si no recibe la atenci3n correspondiente.

OBSERVACIONES:

INGRESA PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD LA CUAL CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS FIEBRE Y CEFALEA EN EL MOMENTO SE TOMA SIGNOS VITALES Y SE URGENCIALIZA

PROFESIONAL DE LA SALUD:

ELKIN YAMID RIOS GIL

NÚMERO DE REGISTRO:

1088346670

REGISTROS DE REUBICACIÓN**UBICACIÓN:**

SALA DE ESPERA

FECHA:

22/11/2022 10:40:18

VALORACIÓN HOSPITALARIA

22/11/2022 19:16:05

CÓDIGO DE CONSULTA:

890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

PACIENTE NO RESPONDE LLAMADO SE CIERRA HISTORIA CLÍNICA

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE NO RESPONDE LLAMADO SE CIERRA HISTORIA CLÍNICA

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

YIN ESTIWAR SAAVEDRA CHACON

NÚMERO DE REGISTRO:

1234638510

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

OROFARINGE:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	113 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	20 rpm
PULSO:	78 pm
ESTATURA:	1,6 m
FRECUENCIA CARDÍACA:	78 lpm
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	75 mmHg
TEMPERATURA:	36 °C
SATURACIÓN DE OXÍGENO:	97 %
PESO:	59 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	23,05 Kg/m ²

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

PACIENTE CON AUDRO DE LUMBAGHO MECANICO POSTEIROR A VIAJE POR MALA POSICION EN BUS, EN EL MOEMTNO CON DOLOR DE LEVE A MODERADA INTENSIDAD EN FOSA LUMBAR IZUQIRDA, NO SIGNOS DE ALARMA, SIGNOS VITALES NORMALES, EN EL MEOMTNO NO SIGNOS DE ALARMA, SE INDICA AMNEJO ANALGESICO Y POSTERIOR SALIDA CON AMNEJO MEDICO AMBULATORIO

TRATAMIENTO:

DICLOFENACO 75 MG IM AHROA, DEXAMETASONA 8 MG IM AHORA, SALIDA CON MANEJO MEDICO AMBULATORIO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

POLIUREA, ASA 100 MG DIA , BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, NO SDR, DOLOR GENERALIZADO EN SENOS BILATERAL, A PESAR DE NO PALPAR MASAS NI ADENOPATIAS, TAMPOCO PIEL DE NARANJA NI GALACTORREA

PLAN

1. DIETA SIN AZUCAR, DULCES, GASEOSAS, NI COMIDA CHATARRA, NO GRASAS NO FRITOS

2.

CLASIFICACION DE URGENCIA (TRIAGE)

20/07/2022 11:24:11

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

" DESDE EL DOMINGO ESTOY CON MALESTAR GENERAL, TOS Y DOLOR DE GARGANTA"

REMITIDO:

No

ESTADO DE CONCIENCIA:

15/15

ALIENTO ALCOHOL

No

ARRIBO A URGENCIAS:

Por sus propios medios

CONDICION DE ARRIBO:**PRIORIDAD:**

IV - Paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

OBSERVACIONES:

no registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

ROSA ANGELICA YATE MENDOZA

NÚMERO DE REGISTRO:

22712

REGISTROS DE REUBICACIÓN**UBICACIÓN:**

SALA DE ESPERA

FECHA:

20/07/2022 11:24:11

VALORACIÓN HOSPITALARIA

20/07/2022 13:30:26

CÓDIGO DE CONSULTA:

890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

ESCALOFRIO FIEBRE DOLOR DE GARGANTA

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCIO N CARACTERIZO AD PO FIEBRE ODINOFAGIA MALESTAR GENERAL CEFALEA NIEGA DISNEA U OTRA SINTOMATOLGOIA

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

NELSON RAFAEL BORRERO MERCADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA YANFIA PEREZ ARGUELES

NÚMERO DE REGISTRO:

1173

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

FRACASO DEL METODO ANTICONCEPTIVO:	No registra
ÓBITO FETAL:	No registra
PARTOS:	No registra
CESAREAS:	No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA:	No registra
ULTIMO PARTO:	No registra
TRANSTORNOS MENSTRUALES:	No registra
HIJOS NACIDOS VIVOS:	No registra
EMBARAZO PLANEADO:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA:	No registra
MORTINATOS:	No registra
FECHA ULTIMO CCV:	No registra
MENARQUÍA:	SI
EDAD DE LA MENARQUÍA:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA:	No registra
ANTECEDENTE GEMELAR:	No registra
GESTACIONES:	3
ULTIMA REGLA:	No registra
ABORTOS:	No registra
CICLO REGULAR:	No registra
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:	No registra
CCV:	No registra
EMBARAZO ECTÓPICO:	No registra
PERIODO INTERGENÉSICO:	No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN:	No registra

EXAMEN FÍSICO

CONDICIONES GENERALES:	NORMOCEFALO MUCOSA ORAL HUMEDA PUPILAS NORMOREACTIVAS CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS CP PULMONES BIEN VENTILADOS RCRS SIN SOPLO ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL GENITOURINARIO NO VALORADO EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA SISTEMA NERVIOSO CENTRAL SIN DEFICIT APARENTE, ACTIVO REACTIVO GLASGOW 15/15 UBICADO EN SUS TRES ESFERAS
ABDOMEN:	Normal
OJOS:	Normal
NARIZ:	Normal
MAMAS:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
CABEZA Y CRÁNEO:	Normal

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

TÓRAX:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal
PIEL Y FANERAS:	Normal
OROFARINGE:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
CUELLO:	Normal
OÍDOS:	Normal

REVISION POR SISTEMAS

GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
SINTOMAS GENERALES:	N/A
CABEZA:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
OROFARINGE:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	120 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	12 rpm
ESTATURA:	1,6 m
FRECUENCIA CARDÍACA:	78 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR:	0,00 ml/min/1.73 m ²
SATURACIÓN DE OXÍGENO:	96 %
PESO:	70 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	27,34 Kg/m ²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	80 mmHg
TEMPERATURA:	37 °C

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

J039 AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

PACIENTE CON SINTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS NO COMPLICADOS NO DISNEICA NO EMETIZANTE NO CIANIZANTE NO TIRAJES NO ESTERTORES NO SIBILANCIAS AFEBRIL HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN ALTERACION NEUROLOGICA EVIDENTE SIN SIGNOS DE ALARMA CON ESQUEMA DE VACUNACION COVID, POR LO QUE SE DA MANEJO MEDICO AMBULATORIO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA CONTROL EN 48 HORAS

TRATAMIENTO:

AZITROMICINA TAB 500 MG CADA 24 HORAS X 3 DIAS
 FEXOFENADINA TAB 120 MG DIA
 NACETILCISTEINA SOBRE 600 MG C 12 HORAS X 5 DIAS
 ACETAMINOFEN TAB 500MG C 8 HORAS
 ACIDO ASCORBICO TAB 500 MG CADA 12 HORAS

SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA, EN CASO DE FIEBRE QUE NO CEDA A ANTIPIRETICO MEDIOS FISICOS, CONVULSION, TOS ASOCIADO A DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR EN EL PECHO, DESMAYO DECAIMIENTO EXTREMO EDEMAS DOLOR ABDOMINAL FUERTE CONTINUO SANGRADO POR MUCOSAS, VOMITO O DIARREA CON SANGRE U OTRO SINTOMA QUE CONSIDERE GRAVE CONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS CLINICA TOLIMA U HOSPITAL FEDERICO LLERAS REPOSO X 4 DIAS EN CASA CONTROL EN 48 HORAS

NOTAS DE ENFERMERIA

19/03/2022 09:08:26

TÍTULO:

INGRESA PACIENTE SALA DE CIRUGIA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR EN BUENAS CONDICIONES GENERALES PARA INFILTRACION DE CODOS BILATERALES SE REALIZA ASEPSIA ANTISPESIA CON CLORHEXIDINA SE MARCAN PUNTOS DOLOROSOS REFERIDOS SE PROCEDE A REALIZAR INFILTRACION A NIVEL DE CODOS BILATERALES CON 2.5 DE KENACORT Y LIDOCAINA SIN EPINEFRINA 3 CC PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES SE ENTREGAN ORDENES MEDICAS , ORDEN DE CONTROL EN 1 MES SE LE EXPLICA AL PACIENTE EL PROCESO A SEGUIR , PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA - NOTA REALIZADA POR ANDRES TELLEZ AUXILIAR DE ENFERMERIA

IMPORTANCIA:

no registra

REPORTE PARA CLÍNICO:

no registra

DIETA:

no registra

BEBIDAS:

no registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

MARCELA DEL CARMEN REVELO LOPEZ

NÚMERO DE REGISTRO:

59310167

VALORACIÓN AMBULATORIA

14/02/2022 13:20:08

CÓDIGO DE CONSULTA:

890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

dolor

ENFERMEDAD ACTUAL:

pcte refiere cuadro de artrosis de rodilla y hombro derecho refiere hipoxia y seguimiento de reporte de laboratorios

dentro de lo normal

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

CHRISTIAN EDWIN CACERES ORJUELA

NÚMERO DE REGISTRO:

11,686,150

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

MORTINATOS:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA:	No registra
CCV:	No registra
CICLO REGULAR:	No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN:	No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA:	No registra
CESAREAS:	No registra
TRANSTORNOS MENSTRUALES:	No registra
ÓBITO FETAL:	No registra
HIJOS NACIDOS VIVOS:	No registra
EMBARAZO PLANEADO:	No registra
ULTIMO PARTO:	No registra
ABORTOS:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA:	No registra
GESTACIONES:	3
PARTOS:	No registra
FECHA ULTIMO CCV:	No registra
EDAD DE LA MENARQUÍA:	No registra
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:	No registra
PERIODO INTERGENÉSICO:	No registra
ANTECEDENTE GEMELAR:	No registra
ULTIMA REGLA:	No registra
EMBARAZO ECTÓPICO:	No registra
MENARQUÍA:	SI
FRACASO DEL METODO ANTICONSEPTIVO:	No registra

EXAMEN FÍSICO

ABDOMEN:	Normal
CUELLO:	Normal
OÍDOS:	Normal
OJOS:	Normal
NARIZ:	Normal
MAMAS:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
TÓRAX:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal
PIEL Y ANEXOS:	Normal
OROFARINGE:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
CONDICIONES GENERALES:	buene stado egenral

REVISION POR SISTEMAS

GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS:	Niega sintomas

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

control medico

ENFERMEDAD ACTUAL:pcte refiere cita por lectura de laboratorios
ecografia de hombro y codo normales**ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:**

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

CHRISTIAN EDWIN CACERES ORJUELA

NÚMERO DE REGISTRO:

11,686,150

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

HIJOS NACIDOS VIVOS:	No registra
ABORTOS:	No registra
FECHA ULTIMO CCV:	No registra
MENARQUÍA:	SI
EMBARAZO PLANEADO:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA:	No registra
GESTACIONES:	3
ULTIMA REGLA:	No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA:	No registra
PARTOS:	No registra
CICLO REGULAR:	No registra
EDAD DE LA MENARQUÍA:	No registra
CESAREAS:	No registra
MORTINATOS:	No registra
CCV:	No registra
ÓBITO FETAL:	No registra
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:	No registra
PERIODO INTERGENÉSICO:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA:	No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN:	No registra
ULTIMO PARTO:	No registra
TRANSTORNOS MENSTRUALES:	No registra
EMBARAZO ECTÓPICO:	No registra
FRACASO DEL METODO ANTICONCEPTIVO:	No registra
ANTECEDENTE GEMELAR:	No registra

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
TÓRAX:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal

MORTINATOS:	No registra
ULTIMO PARTO:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA:	No registra
CCV:	No registra
EMBARAZO ECTÓPICO:	No registra
HIJOS NACIDOS VIVOS:	No registra
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA:	No registra
CESAREAS:	No registra
FECHA ULTIMO CCV:	No registra
FRACASO DEL METODO ANTICONSEPTIVO:	No registra
GESTACIONES:	3
ABORTOS:	No registra
EMBARAZO PLANEADO:	No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN:	No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA:	No registra

EXAMEN FÍSICO

ABDOMEN:	Normal
CUELLO:	Normal
OÍDOS:	Normal
OJOS:	Normal
NARIZ:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
TACTO RECTAL:	---
MAMAS:	---
TÓRAX:	Normal
PIEL Y FANERAS:	Normal
OROFARINGE:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
CONDICIONES GENERALES:	Paciente en buenas condiciones generales aparentes a la teleorientación.

REVISION POR SISTEMAS

GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
SINTOMAS GENERALES:	N/A
CABEZA:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas

PIEL Y ANEXOS:	Normal
OROFARINGE:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
CUELLO:	Normal
ABDOMEN:	Normal
CONDICIONES GENERALES:	buen estado general
OÍDOS:	Normal
OJOS:	Normal
NARIZ:	Normal
MAMAS:	Normal
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	tincl y phanel+

REVISION POR SISTEMAS

SINTOMAS GENERALES:	N/A
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
OROFARINGE:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

SATURACIÓN DE OXÍGENO:	98 %
PESO:	69 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	26,95 Kg/m ²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	80 mmHg
TEMPERATURA:	36,8 °C
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	120 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	20 rpm
ESTATURA:	1,6 m
FRECUENCIA CARDÍACA:	78 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR:	0,00 ml/min/1.73 m ²

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

G560 SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Confirmado Repetido

ANÁLISIS:

control con ortopedia
signo de alarma

TRATAMIENTO:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

control medico

ENFERMEDAD ACTUAL:

pcte refiere cita de control por dengue desde hace dos meses refiere que quedo con debilidad muscular niega fiebre la paciente refiere dolor de rodillas

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

CHRISTIAN EDWIN CACERES ORJUELA

NÚMERO DE REGISTRO:

11,686,150

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

FECHA ULTIMO CCV:	No registra
EMBARAZO ECTÓPICO:	No registra
MENARQUÍA:	SI
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA:	No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN:	No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA:	No registra
ULTIMO PARTO:	No registra
FRACASO DEL METODO ANTICONSEPTIVO:	No registra
ULTIMA REGLA:	No registra
PERIODO INTERGENÉSICO:	No registra
EMBARAZO PLANEADO:	No registra
MORTINATOS:	No registra
ABORTOS:	No registra
CCV:	No registra
ÓBITO FETAL:	No registra
EDAD DE LA MENARQUÍA:	No registra
TRANSTORNOS MENSTRUALES:	No registra
CICLO REGULAR:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA:	No registra
CESAREAS:	No registra
HIJOS NACIDOS VIVOS:	No registra
GESTACIONES:	3
PARTOS:	No registra
ANTECEDENTE GEMELAR:	No registra

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
TÓRAX:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal
PIEL Y ANEXOS:	Normal
OROFARINGE:	Normal

EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
CUELLO:	Normal
ABDOMEN:	Normal
CONDICIONES GENERALES:	buen estado general
OÍDOS:	Normal
OJOS:	Normal
NARIZ:	Normal
MAMAS:	Normal
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	manguito rotador y epicondilite medial derecha

REVISION POR SISTEMAS

SINTOMAS GENERALES:	N/A
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
OROFARINGE:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

SATURACIÓN DE OXÍGENO:	98 %
PESO:	62 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	24,22 Kg/m ²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	78 mmHg
TEMPERATURA:	36,8 °C
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	120 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	20 rpm
ESTATURA:	1,6 m
FRECUENCIA CARDÍACA:	78 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR:	0,00 ml/min/1.73 m ²

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

I842 HEMORROIDES INTERNAS SIN COMPLICACION

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Confirmado Repetido

ANÁLISIS:

control por cx general

signo de alarma

laboratorios

control con nutrición

TRATAMIENTO:

control por cx general

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

REGISTROS DE REUBICACIÓN

UBICACIÓN: SALA DE ESPERA
FECHA: 27/03/2021 14:55:12

VALORACIÓN HOSPITALARIA

CÓDIGO DE CONSULTA: 27/03/2021 15:11:25

890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

sigu igual

ENFERMEDAD ACTUAL:

paciente refiere cuadro clínico de 12 días de evolución consisten en malestar general, mialgias, artralgias, cefalea, dolor a nivel bulvar y tos seca, neque otros síntomas, tien prueba de covid19 reciente negativa, consultap ro epristencia de ucador icinico

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

KAREN DAYANNA PENAGOS GUIO

NÚMERO DE REGISTRO:

1075310954

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

TRANSTORNOS MENSTRUALES:	No registra
EMBARAZO ECTÓPICO:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA:	No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA:	No registra
ULTIMO PARTO:	No registra
PERIODO INTERGENÉSICO:	No registra
FRACASO DEL METODO ANTICONSEPTIVO:	No registra
FECHA ULTIMO CCV:	No registra
EDAD DE LA MENARQUÍA:	No registra
HIJOS NACIDOS VIVOS:	No registra
ABORTOS:	No registra
ÓBITO FETAL:	No registra
MENARQUÍA:	SI
EMBARAZO PLANEADO:	No registra
PARTOS:	No registra
CESAREAS:	No registra
ULTIMA REGLA:	No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN:	No registra
GESTACIONES:	3
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA:	No registra

ANTECEDENTES GENERALES

TÓXICO-ALÉRGICOS:	NEIGA LAERGIAS AM EIDCMANES
--------------------------	-----------------------------

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

MORTINATOS:	No registra
CCV:	No registra
CICLO REGULAR:	No registra
ANTECEDENTE GEMELAR:	No registra

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
TÓRAX:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
MAMAS:	Normal
NARIZ:	Normal
OJOS:	Normal
OÍDOS:	Normal
CONDICIONES GENERALES:	buenas ocndicoens generlae,as fabebirl ,hdirtaod
ABDOMEN:	Normal
CUELLO:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
OROFARINGE:	Normal
PIEL Y FANERAS:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal

REVISION POR SISTEMAS

NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
OROFARINGE:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas
SINTOMAS GENERALES:	N/A
MAMAS:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

FRECUENCIA CARDÍACA:	70 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR:	0,00 ml/min/1.73 m ²
PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA:	100 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	12 rpm
ESTATURA:	1,6 m

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA: 60 mmHg
TEMPERATURA: 36,5 °C
SATURACIÓN DE OXÍGENO: 97 %
PESO: 60 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 23,44 Kg/m²

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

R53X MALESTAR Y FATIGA

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

paciente con cuadro de 12 días de malestar mialgias y tos seca ocasional ya fue descartada infección por SARS-CoV-2, persiste sintomática a pesar de haber recibido manejo, en el momento debuta con dolor urinario ocasional, el cuadro es bizarro difícil identificar un foco claro, se indican paraclínicos para definir conducta

TRATAMIENTO:

se solicita hemograma, uroanálisis
revalorar con reprotos

NOTA MEDICAS

27/03/2021 17:09:00

TÍTULO:

REVALORACION

IMPORTANCIA:

DEFINIR CONDUCTA

REPORTE PARACLÍNICO:

hemograma leucos 68602 hgb 13 hto 38 plaquetas 245.000 glucosa basal 106pcr emrro de 6 uroanálisis leucocitos 5 nitritos neg sangre 50 sedimento bacterias +++ leucocitos 6-8xc c epiteliales 24xc hematies 2-4 moco + bacilos gram positivos + bacilos negativos ++

SUBJETIVO:

signo igual

DIETA:

no registra

BEBIDAS:

no registra

ALTA MÉDICA:

Vivo

PROFESIONAL DE LA SALUD:

KAREN DAYANNA PENAGOS GUIO

NÚMERO DE REGISTRO:

1075310954

REGISTRO SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: 100 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 12 rpm
ESTATURA: 1,6 m
FRECUENCIA CARDÍACA: 70 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR: 0,00 ml/min/1.73 m²
SATURACIÓN DE OXÍGENO: 97 %
PESO: 65 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 25,39 Kg/m²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA: 70 mmHg
TEMPERATURA: 36,5 °C

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

paciente con sintomatología bizarra, labrooatros sugieren ivu, signo vitales estables, se dan anejo
 signo de larva, paciente refiere tendencia a aceptar comida nocturna y conducta

TRATAMIENTO:

ácido ascórbico tab 500mg c8 h pro 10 días

hisoina tab 10mg c8 h pro 5 días

trimetoprim sulfametoxazol tab 800/126mg c8 h * 7 días

DIETA**FECHA****USUARIO** KAREN DAYANNA PENAGOS GUIO**TIPO DIETA**

Normal

TIPO NUTRICION

Vía enteral

TIPO MEZCLA

No aplica

DIETA**BEBIDAS****CLASIFICACION DE URGENCIA (TRIAGE)**

20/03/2021 17:51:12

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

"HACE 5 DÍAS PRESENTO FIEBRE, DEBILIDAD, TOS, DIARREA, DOLOR DE GARGANTA Y DOLOR DE CABEZA"

REMITIDO:

No

ESTADO DE CONCIENCIA:

15/15

ALIENTO ALCOHOL

No

ARRIBO A URGENCIAS:

Por sus propios medios

CONDICION DE ARRIBO:**PRIORIDAD:**

III - La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

OBSERVACIONES:

no registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

SERGIO ESTEBAN LOPEZ CANTOR

NÚMERO DE REGISTRO:

36220

REGISTROS DE REUBICACIÓN**UBICACIÓN:**

SALA DE ESPERA

FECHA:

20/03/2021 17:51:12

VALORACIÓN HOSPITALARIA

20/03/2021 18:39:42

CÓDIGO DE CONSULTA:

890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:**

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

"TENGO MALESTAR, TOS, FIEBRE "

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE FEMENINA DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS CON CC DE 5 DIAS DE ODINOFAGIA, TOS SECA CONSTANTE, PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS, FATIGA, DOLOR EN EL CUERPO, CEFALEA GLOBAL LEVE Y DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN MOCO NI SANGRE EL DIA DE AYER. REFIERE CONTACTO ESTRECHO CON CASO POSITVO COVID19 MENOR A 14 DIAS

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

REMITIDO DE:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

MONICA MARIA BUENAVENTURA JIMENEZ

NÚMERO DE REGISTRO:

1018465970

ESPECIALIDAD:

Medicina General - SSFM

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

CESAREAS:	No registra
ULTIMO PARTO:	No registra
ABORTOS:	No registra
FECHA ULTIMO CCV:	No registra
ÓBITO FETAL:	No registra
PARTOS:	No registra
ULTIMA REGLA:	No registra
PERIODO INTERGENÉSICO:	No registra
FRACASO DEL METODO ANTICONSEPTIVO:	No registra
CICLO REGULAR:	No registra
EDAD DE LA MENARQUÍA:	No registra
HIJOS NACIDOS VIVOS:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA:	No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN:	No registra
CCV:	No registra
TRANSTORNOS MENSURUALES:	No registra

ANTECEDENTES GENERALES

OTROS:	PATOLOGICOS: DISPLASIA EN CUELLO UTERINO , HISTERECTOMIA, NODULOS EN SENO, PREDIBETES FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGIA: NIEGA QX: POR PATOLOGICOS TOXICOS NIEGA
--------	---

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

MORTINATOS:	No registra
EMBARAZO ECTÓPICO:	No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA:	No registra
GESTACIONES:	3
MENARQUÍA:	SI
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA:	No registra
ANTECEDENTE GEMELAR:	No registra
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:	No registra
EMBARAZO PLANEADO:	No registra

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CRÁNEO:	NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADIS SIN AGREGADIS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR A LA PALPACION SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIMETRICAS, SIN EDEMA LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS NEUROLOGICO ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, SIN SIGNOS DE IRRITACION MEINIGEA, SINSIGNOS DE FOCALIZACION
OÍDOS:	Normal
ABDOMEN:	Normal
CUELLO:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
OROFARINGE:	Normal
PIEL Y FANERAS:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal
TÓRAX:	Normal
CONDICIONES GENERALES:	ADECUADO ESTADO GEENRAL AFEBRIL HIDRATADA NO SIGNOS DE DIFICUTLAD RESPRIATORIA
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
MAMAS:	Normal
NARIZ:	Normal
OJOS:	Normal

REVISION POR SISTEMAS

OROFARINGE:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas
SINTOMAS GENERALES:	N/A
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas

REGISTRO SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: 100 mmHg

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18 rpm
ESTATURA: 1,6 m
FRECUENCIA CARDÍACA: 76 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR: 0,00 ml/min/1.73 m²
SATURACIÓN DE OXÍGENO: 100 %
PESO: 65 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 25,39 Kg/m²
PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA: 68 mmHg
TEMPERATURA: 36,5 °C

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

U07.2 Covid-19, virus no identificado

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

PACIENTE FEMENINA DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS CON CC DE 5 DIAS DE ODINOFAGIA, TOS SECA CONSTANTE, PICOS FEBRILES NO CUANTIFICADOS, FATIGA, DOLOR EN EL CUERPO, CEFALEA GLOBAL LEVE Y DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN MOCO NI SANGRE EL DIA DE AYER. REFIERE CONTACTO ESTRECHO CON CASO POSITIVO COVID19 MENOR A 14 DIAS. CUMPLE CRITERIOS CASO PROBABLE COVID19 AL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE NO SIRS NO DIFICULTAD RESPIRATORIA SIGNOS VITALES EN NORMALIDAD NEWS SCORE DE 0 CON INDICACION DE MANEJO AMBULATORIO SS PCR COVID19, SE DA SILAMEINTO OBLIAGTORIO FORMULA MEDICA REOCMEDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA REFIERE NETENDER Y ACEPTAR

TRATAMIENTO:

SALIDA

ACETAMINOFEM 500MG TAB 2 CADA 6 HORAS POR 7 DIAS

NAPROXENO 250MG TAB 1 CADA 12 HORAS POR 5 DIAS

NACETIL CISTEINA JARABE 1 CH CADA 6 HORAS POR 7 DIAS

ACIDO ASCORBICO 250 MG TAB 1 CADA 12 HROAS POR 10 DIAS

SALBUTAMOL INAHALDOR BUCAL 2 PUFF CADA 6 HORAS POR 7 DIAS

SS PCR COVID19

ASLAMIENTO OBLIGATORIO

SI DIFICULTAD PARA RESPIRAR DOLOR EN PECHO SUENA PECHO DIARREA CON MOCO O SANGRE CONSULTAR URGENIAS CLINICA TOLIMA

CLASIFICACION DE URGENCIA (TRIAGE)

16/10/2020 13:08:57

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

TENGO TOS MALESTAR GENERAL DOLOR DE GARGANTA , DIFICULTAD PARA RESPIRAR,

REMITIDO:

No

ESTADO DE CONCIENCIA:

ALERTA

ALIENTO ALCOHOL

No

ARRIBO A URGENCIAS:

Por sus propios medios

CONDICION DE ARRIBO:

PRIORIDAD:

III - La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

OBSERVACIONES:

NIEGA ALERGIAS

PROFESIONAL DE LA SALUD:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

MARIA VANESA PEREZ ARGUELLES

EXTREMIDADES:
MAMAS:
NARIZ:
OJOS:
OÍDOS:
CONDICIONES GENERALES:

Normal
Normal
Normal
Normal
Normal
PREVIO LAVADO, DESINFECCION DE MANOS Y COLOCACION DE EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL PARA COVID-19 SEGÚN PROTOCOLO DE MINSALUD, SE PROCEDE A LA VALORACION DEL PACIENTE EVIDENCIANDOSE:
ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIRS, SIN SDR, NO INESTABILIDAD HEMODINAMICA, NI VENTILATORIA, NO DETERIORO NEUROLOGICO.
CCC: MUCOSA ORAL HUMEDA; ORL AMIGDALAS CONGESTIVA CON PLACAS Y EXUDADO
TORAX: RS CS RS NO SOPLOS; RS RS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, NO TIRAJES
ABDOMEN: RS IS ADECUADOS, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO MASAS, NO MEGALIAS Y SIN IRRITACION PERITONEAL.
G/U: NO SE EXPLORA
EXTREMIDADES: NO EDEMAS, ADECUADOS LLENADO CAPILAR DISTAL.
NEURO: SIN DEFICIT APARENTE

ABDOMEN: Normal
CUELLO: Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO: Normal
OROFARINGE: Normal
PIEL Y FANERAS: Normal
TACTO RECTAL: Normal

REVISION POR SISTEMAS

NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO: Niega síntomas
PIEL Y ANEXOS: Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO: Niega síntomas
SINTOMAS GENERALES: NIEGA HABER SALIDO DE LA CIUDAD EN LOS ULTIMOS 20 DIAS
NIEGA HABER TENIDO CONTACTO CON ALGUIEN SOSPECHOSO Y/O CONFIRMADO DE COVID-19
NIEGA CONVIVIR CON PERSONAL DE SALUD.

RXS
NIEGA SINTOMAS URINARIOS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA DOLOR, NIEGA DISNEA, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SANGRADOS, NIEGA DETERIORO NEUROLOGICO.

OÍDOS: Niega síntomas
OROFARINGE: Niega síntomas
OJOS: Niega síntomas
LOCOMOTOR: Niega síntomas
GENITOURINARIO: Niega síntomas
GASTROINTESTINAL: Niega síntomas
ENDOCRINO: Niega síntomas



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 1 de 2

Fecha y hora de generación: 02/02/2023 16:25:57

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2023-02-26908

FECHA Y HORA DE SOLICITUD 2/2/23 4:25 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
TIPO DE DOCUMENTO: CC
DIRECCIÓN: Carrera 14 152 18 N
CORREO ELECTRÓNICO: mariayanelaperez@gmail.com
MUNICIPIO: IBAGUÉ
REGIONAL: CENTRO
GRADO: SP
ENTIDAD ADSCRITA: BATALLÓN DE ASPC NO. 8 "FRANCISCO ANTONIO ZEA"
ÁMBITO: Ambulatorio

FECHA DE NACIMIENTO: 22/01/1976
NÚMERO DE DOCUMENTO: 52233049
CELULAR O TELÉFONO:
DEPARTAMENTO: TOLIMA
CÓDIGO ESM O UPGO: 730018517580
ESTADO: Activo
FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	Imágenes Diagnósticas - SSFM	1
OBSERVACIÓN			
CONTROL			
881201	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Imágenes Diagnósticas - SSFM	1
OBSERVACIÓN			
CONTROL			
881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	Imágenes Diagnósticas - SSFM	1
OBSERVACIÓN			
CONTROL			
892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	Laboratorio Patología - SSFM	1
OBSERVACIÓN			
CONTROL			

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Confirmado Nuevo	Z014	EXAMEN GINECOLOGICO (GENERAL) (DE RUTINA)

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

CONTROL TEL 3203735348

HALLAZGO

PACIENTE QUE CONSULTA A CONTROL POR MASTODINIA, TIENE PATOLOGÍA DE MAMA DEL 25/05/21 PATOLOGOS ASOCIADO TOLIMA SAS QUE DESCARTAN PATOLOGÍA MALIGNA, ACTUALMENTE ASINTOMÁTICA.

PATOLOGÍA PARKINSON ALERGIA NIEGA QX HISTERECTOMIA SALPINGECTOMIA BILATERAL POR NIC II PATOLOGÍA MEDICADIZ 23/09/05: PRODUCTO DE HISTERECTOMIA Y SALPINGECTOMIA BILATERAL, LIE BAJO Y ALTO GRADO TIPO NIC I - NIC II EN LOS CUATRO CUADRANTES CON COMPROMISO DE LA UNIÓN ESCAMO COLUMNAR, COLICITOSIS FLORIDA POR HPV, CERVICITIS CRÓNICA MODERADA RESECCION VAGINAL Y PARAMETRIOS LIBRES DE LESION ENDOMETRIO



Fecha y hora de generación: 02/02/2023 16:25:57

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2023-02-26908

FECHA Y HORA DE SOLICITUD 2/2/23 4:25 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
FECHA DE NACIMIENTO: 22/01/1975
TIPO DE DOCUMENTO: CC
NÚMERO DE DOCUMENTO: 52233049
DIRECCIÓN: Carrera 14 152 16 N
CELULAR O TELÉFONO:
CORREO ELECTRÓNICO: mariayanelaperez@gmail.com
DEPARTAMENTO: TOLIMA
MUNICIPIO: IBAGUE
CÓDIGO ESM O UPGD: 730018517580
REGIONAL: CENTRO
ESTADO: Activo
GRADO: SP
FUERZA: EJC
ENTIDAD ADSCRITA: BATALLÓN DE ASPC NO. 8 "FRANCISCO ANTONIO ZEA"
ÁMBITO: Ambulatorio

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	Imágenes Diagnósticas - SSFM	1

OBSERVACIÓN

CONTROL			
881201	ECOGRAFIA DE MAMA CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	Imágenes Diagnósticas - SSFM	1

OBSERVACIÓN

CONTROL			
881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	Imágenes Diagnósticas - SSFM	1

OBSERVACIÓN

CONTROL			
892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	Laboratorio Patología - SSFM	1

OBSERVACIÓN

CONTROL			
---------	--	--	--

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Confirmado Nuevo	Z014	EXAMEN GINECOLOGICO (GENERAL) (DE RUTINA)

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

CONTROL TEL 3203735348

HALLAZGO

PACIENTE QUE CONSULTA A CONTROL POR MASTODINIA, TIENE PATOLOGIA DE MAMA DEL 25/05/21 PATOLOGOS ASOCIADO TOLIMA SAS QUE DESCARTAN PATOLOGIA MALIGNA, ACTUALMENTE ASINTOMATICA.

PATOLOGIA PARKINSON ALERGIA NIEGA OX HISTERECTOMIA SALPINGECTOMIA BILATERAL POR NIC II PATOLOGIA MEDICADIZ 23/09/05: PRODUCTO DE HISTERECTOMIA Y SALPINGECTOMIA BILATERAL, LIE BAJO Y ALTO GRADO TIPO NIC I - NIC II EN LOS CUATRO CUADRANTES CON COMPROMISO DE LA UNION ESCAMO COLUMNAR. COILOCITOSIS FLORIDA POR HPV. CERVICITIS CRONICA MODERADA RESECCION VAGINAL Y PARAMETRIOS LIBRES DE LESION ENDOMETRIO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia	
Código:	
Proceso:	
Vigente a partir de:	Página 2 de 2

Fecha y hora de generación: 02/02/2023 16:25:57

SECRETOR OVIDUCTOS NORMALES DR BERMUDEZ - SE DESCARTA CANCER DE CERVIX
PATOLOGOS ASOCIADOS TOLIMA SAS: 25/05/21 PROTOCOLO 21003393 POLIPO FIBROEPITELIA DRA RIOS. SE DESCARTA CANCER EN LA MAMA EN EL MOMENTO

GO FUM: 2005 CICLOS NA PNF NA CITOLOGIA: HACE 1 AÑO

EXAMENES FISICOS

Condiciones generales: PACIENTE EN APARENTES BCG AFEBRIL HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA . Abdomen: Normal, Cabeza y cráneo: Normal, Cuello: Normal, Examen genitourinario: Normal, Examen mental: Normal, Examen neurológico: Normal, Examen otorrinolaringológico: Normal, Extremidades: Normal, Nariz: Normal, Ojos: Normal, Orofaringe: Normal, Oídos: Normal, Piel y faneras: Normal, Tacto rectal: Normal, Tórax: Normal, Mamas: MAMAS SECRETANTES NO DOLOROSAS PEZONES NORMALES AXILAS NEGATIVAS.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

SS MAMOGRAFIA - SS ECOGRAFIA MAMA - ECOGRAFIA TRANSVAGINAL - CITOLOGIA DE CONTROL

DIAGNÓSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: JUAN CARLOS BASTIDAS VARGAS
TELÉFONO O CELULAR: 2760131
SERVICIO SOLICITADO: Imágenes Diagnósticas - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial
SERVICIO QUE SOLICITA: Ginecología - SSFM

Juan Carlos Bastidas V
Ginecologo / Obstetricia
Endocrinología y Ginecológica
R.M. 73876
Univ. Militar - Unl Sanitas



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
Dirección General de Sanidad Militar

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO: MDM-COFIM-PROGTEC-DGSM-FU 96.1-6 v1
PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica PROGTEC
Vigente a partir de:

Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2023-02-116733	FECHA DE PRESCRIPCIÓN:	02-02-2023 16:25:29	CIE 10	Z014	No registra	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FÓRMULA		BATALLÓN DE ASPC NO. 8 "FRANCISCO ANTONIO ZEA"						
UNIDAD ORGANICA		BATALLÓN DE ASPC NO. 8 "FRANCISCO ANTONIO ZEA"						
ARL	No registra	EPS	No registra	CAMA	No registra	FUERZA	EJC	
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES		EDAD	N° HISTORIA		AFILIACIÓN		
SARGENTO PRIMERO	MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES		48	52233049		Beneficiario		
CENTRO DE COSTOS		No registra						
ORDEN MÉDICA								
PROCEDIMIENTO SOLICITADO						CÓDIGO	VALOR	CANTIDA
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA					890350	No	1
CONTROL CON RESULTADOS.								

NOMBRE MÉDICO

Juan Carlos Bastidas V
Ginecologo y Obstetricia
Endocrinología y Ginecología
FIRMA MÉDICO PLM 178876
Unidad Militar - Unid Bastidas

MG-100

NOMBRE : MARIA YANELA PEREZ ARGUELLEZ
SERVICIO : CONSULTA EXTERNA H.C. 52233049
ESTUDIO : RAYOS X DE MAMOGRAFIA 08/05/2023

Por orden médica y utilizando elementos de bioseguridad de acuerdo a protocolos institucionales para mitigación de la expansión de la pandemia actual se realiza intervención de imágenes diagnósticas teniendo en cuenta las recomendaciones institucionales para el cuidado del paciente, los equipos y el personal

Se realizaron proyecciones cráneo-caudales y oblicuas medio-laterales comparativas, visualizándose:

Moderada infiltración grasa del tejido fibroglandular mamario, el cual está dispuesto a manera de delgadas láminas de baja densidad, sin que se definan lesiones nodulares dominantes, no micros o estelares.

Calcificaciones de tipo benigno bilaterales.

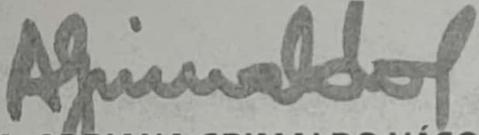
La piel y los pezones son de características mamográficas normales.

Ganglios axilares de baja densidad residuales bilaterales.

OPINIÓN:

- LOS HALLAZGOS DEL PRESENTE ESTUDIO SON DE ASPECTO BENIGNO.
- CLASIFICACIÓN BI-RASD II.

“EL 10% DE LAS NEOPLASIAS MAMARIAS PERMANECEN OCULTAS EN LA MAMOGRAFÍA, ESTE EXAMEN DEBE GUARDARSE PARA CONTROLES POSTERIORES.”


DRA. ADRIANA GRIMALDO VÁSQUEZ
MD. RADIOLOGO R.M. 13393/91
Fecha de grabación 08 mayo 2023
Fecha de transcripción JAIRO 14 mayo 2023



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO IBAGUE ESM 5175
LABORATORIO CLÍNICO



No de Orden: 2022020430030
Paciente: PEREZ ARGUELLES MARIA YENELA
Historia: 52233049
Tipo Usuario: BENEFICIARIO
Médico: MEDICO OTRAS UNIDADES

Fecha de Ingreso: 2022-02-04 07:35
Fecha de impresión: 2022-02-08 11:04
Edad: 47 Años
Teléfono: 3203735348

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
QUIMICA			
GLICEMIA BASAL	94	mg/dL	74 - 106
NITROGENO UREICO (BUN) EN SUERO	21.0	mg/dL	6 - 20
DATO CONFIRMADO			
CREATININA SUERO	0.78	mg/dL	0.51 - 0.95
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	174.4	mg/dL	80 - 200
TRIGLICERIDOS	157.0	mg/dL	80 - 200
HDL COLESTEROL	47.3	mg/dL	65 - 85
VLDL COLESTEROL	31.4	mg/dL	8 - 40
LDL COLESTEROL	95.7	mg/dL	60 - 160
ACIDO URICO	4.00	mg/dL	2.4 - 5.7

[Firma]
Martín Múscara
Especialista U. Microquímica
C.C. 32.234.974

HEMOGLOBINA GLICOSILADA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA

5.43

% 4.8 - 5.9
[Firma]
YENIFER ARIAS VIDALES
C.C. 1.110.481.292

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS	8.26	x 10 ³ /uL	4.5 - 11
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	4.79	x10 ⁶ /uL	4.5 - 5.6
HEMOGLOBINA	13.7	g/dL	12 - 18
HEMATOCRITO	41.6	%	36 - 54
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.8	fL	80 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.60	pg	26 - 35
CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.9	g/dL	33 - 37
PLAQUETAS	268	x10 ³ /uL	150 - 450
NEUTROFILOS %	65.90	%	35 - 70
LINFOCITOS %	24.10	%	20 - 45
MONOCITOS %	9.10	%	0 - 10
EOSINOFILOS %	0.50	%	0 - 7
BASOFILOS %	0.40	%	0 - 3
NEUTROFILOS #	5.45	10 ³ /uL	1.9 - 8
LINFOCITOS #	1.99	10 ³ /uL	0.9 - 5.2
MONOCITOS #	0.75	10 ³ /uL	0 - 1
EOSINOFILOS #	0.04	10 ³ /uL	0 - 0.7
BASOFILOS #	0.03	10 ³ /uL	0 - 0.3
RDW SD	43.2	fL	
RDW CV	13.8	%	11.5 - 15



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
 EJERCITO NACIONAL
 DIRECCIÓN DE SANIDAD
 DISPENSARIO MEDICO IBAGUE ESM 5175
 LABORATORIO CLÍNICO



No de Orden: 2022020430030
 Paciente: PEREZ ARGUELLES MARIA YENELA
 Historia: 52233049
 Tipo Usuario: BENEFICIARIO
 Médico: MEDICO OTRAS UNIDADES

Fecha de Ingreso: 2022-02-04 07:35
 Fecha de Impresión: 2022-02-08 11:04
 Edad: 47 Años
 Teléfono: 3203735348

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

MPV	12.00	fL	9 - 13
-----	-------	----	--------

Yuli Camacho Q.
 YULI CAMACHO QUINTERO
 CC. 33.367.898

HORMONAS

HORMONA TSH	2.59	uUI/ml	0.27 - 4.2
TECNICA: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			
T4 TIROXINA LIBRE	1.16	ng/dl	1 - 1.6
TECNICA: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			

Yuli Camacho Q.
 YULI CAMACHO QUINTERO
 CC. 33.367.898

PATÓLOGOS ASOCIADOS TOLIMA SAS

Dr. Yesid Arciniegas Rincon

Dra. Angela Cecilia Rios

Dra. Mabel E. Bohorquez



21003393

Final Pag. 1 de 1

U. Javeriana - University of Texas

U. Rosario - FUCS H. San Jose

Universidad Nacional

Nombre : MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

N. Identificación : CC. 52233049

Medico : JUAN CARLOS BASTIDAS

Entidad : CLINICA TOLIMA-BRIGADA

Fecha Salida : 05/06/2021

Genero

Servicio

Teléfono

: MUJER

: CONSULTA EXTERNA

: 3203735348

N. petición: : 21003393

Edad : 46 años

Fecha T. muestra : 25/05/2021

Fecha recibo : 29/05/2021

Responsable Imp.: DIANA MONTAÑEZ

Fecha y hora de Imp.: 2021-06-08 11:45:47

Estudios solicitados

Código N. Estudio Estudio
898201 E21003393-1 Especimen

Tipo estudio
Especimen quirurgico menor simple

Almacenamiento
Frasco

Organo
PIEL

INFORME DE ANATOMIA PATOLÓGICA RESULTADO HISTOLOGICO

Utilizando medidas de bioseguridad para COVID-19 descritas por la OMS, Ministerio de salud nacional (Decreto 006 marzo 2020) y protocolo institucional, utilizando Equipo de Protección Personal EPP, se realiza intervención de descripción macroscópica y microscópica de estudios anatomopatológicos, líquidos corporales y bacaf

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

PREVIA VERIFICACIÓN DEL NOMBRE DEL(A) PACIENTE QUE EL ROTULO DE LA MUESTRA CONCUERDE CON EL NOMBRE DEL PACIENTE,

ROTULADO RESECCIÓN AREOLA MAMA DERECHA, se recibe 1 fragmento blanco de 0.6x0.3x0.3 cm. Se procesa todo en 1 bloque.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Los cortes muestran piel con formación polipoide, de estroma conectivo laxo, revestido por epidermis sin alteraciones.

IMPRESION DIAGNOSTICA

PIEL, AREOLA MAMA DERECHA:

- POLIPO FIBROEPITELIAL

ANGELA RIOS
Médica Patóloga
RM. 279-94



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO IBAGUE ESM 5175
LABORATORIO CLÍNICO



No de Orden:	2021070630056	Fecha de Ingreso:	2021-07-06 07:12
Paciente:	PEREZ ARGUELLES MARIA YANELA	Fecha de Impresión:	2021-07-12 17:26
Historia:	52233049	Edad:	46 Años
Tipo Usuario:	BENEFICIARIO	Teléfono:	3203735348
Médico:	JUAN CARLOS BASTIDAS	Servicio:	CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HORMONAS

ESTRADIOL

105.2 pg/ml

VALOR REFERENCIA

MUJERES

FASE FOLICULAR 12.5 - 166

FASE OVULATORIA 85.8 - 498

FASE LUTEAL 43.8 - 211

GESTACION

1 TRIMESTRE 215 - > 4300

NIÑOS 1 - 10 AÑOS

VARONES 5.00 - 20.0

NIÑAS 6.0 - 27.0

POST MENOPAUSIA Menor 5 - 54.7

HOMBRES 7.63 - 42.6

TECNICA: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

HORMONA FOLICULOESTIMULANTE

9.11 mUI/ml

VALOR REFERENCIA

MUJERES

FASE FOLICULAR 3.5 - 12.5

FASE OVULATORIA 4.7 - 21.5

FASE LUTEAL 1.7 - 7.7

POST MENOPAUSEA 25.8 - 134.8

HOMBRES 1.5 - 12.4

TECNICA: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

HORMONA TSH

3.67 uUI/ml 0.27 - 4.2

TECNICA: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

PROLACTINA

20.13 ng/ml 6 - 29.9

VALOR DE REFERENCIA

HOMBRES 4.04 - 15.2 ng/ml

MUJERES NO EMBARAZADAS 4.79 - 23.3 ng/ml

TECNICA: INMUNENSAYO DE ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Yuli Camacho
YULI CAMACHO QUINTERO
C.C. 33.367.898



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO IBAGUE ESM 5175
LABORATORIO CLÍNICO



No de Orden: 2021070630056
Paciente: PEREZ ARGUELLES MARIA YANELA
Historia: 52233049
Tipo Usuario: BENEFICIARIO
Médico: JUAN CARLOS BASTIDAS

Fecha de Ingreso: 2021-07-06 07:12
Fecha de impresión: 2021-07-12 17:26
Edad: 46 Años
Teléfono: 3203735348
Servicio: CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO			
RECuento DE GLOBULOS BLANCOS	8.30	x 10 ³ /uL	4.5 - 11
RECuento DE GLOBULOS ROJOS	4.51	x10 ⁶ /uL	4.2 - 6.2
HEMOGLOBINA	12.8	g/dL	12 - 18
HEMATOCRITO	39.0	%	36 - 54
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.5	fL	78 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.40	Pg	26 - 35
CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.8	g/dL	31 - 37
PLAQUETAS	234	x10 ³ /uL	150 - 450
NEUTROFILOS %	57.90	%	35 - 70
LINFOCITOS %	31.90	%	10 - 50
MONOCITOS %	8.90	%	0 - 10
EOSINOFILOS %	0.80	%	0 - 7
BASOFILOS %	0.50	%	0 - 3
NEUTROFILOS #	4.80	10 ³ /uL	1.9 - 8
LINFOCITOS #	2.65	10 ³ /uL	0.5 - 5.2
MONOCITOS #	0.74	10 ³ /uL	0 - 1
EOSINOFILOS #	0.07	10 ³ /uL	0 - 0.7
BASOFILOS #	0.04	10 ³ /uL	0 - 0.3
RDW SD	40.8	fL	
RDW CV	13.0	%	11.5 - 15
MPV	12.40	fL	6 - 13

FROTIS DE SANGRE PERIFERICA

GLOBULOS ROJOS

RBC NORMOCITICOS NORMOCROMICOS

GLOBULOS BLANCOS

NORMALES EN NUMERO Y MORFOLOGIA

PLAQUETAS FSP

mm³

PLT

NORMALES EN TAMAÑO Y DISTRIBUCION, SE OBSERVAN ALGUNAS MACROPLAQUETAS

Yuli Camacho
YULI CAMACHO QUINTERO
CC. 33.367.898

NOMBRE : MARIA YANELA PEREZ ARGUELLEZ
SERVICIO : CONS. EXTERNA H.C. 52233049
ESTUDIO : RAYOS X DE MAMOGRAFIA 15/07/2021

Por orden médica y utilizando elementos de bioseguridad de acuerdo a protocolos institucionales para mitigación de la expansión de la pandemia actual se realiza intervención de imágenes diagnósticas teniendo en cuenta las recomendaciones institucionales para el cuidado del paciente, los equipos y el personal

Se realizaron proyecciones cráneocaudales y oblicuas medio-laterales comparativas, visualizándose:

El tejido fibroglandular mamario está dispuesto a manera de delgadas láminas de mediana densidad.

No se observan masas, cúmulos de micro calcificaciones sospechosas o distorsión de la arquitectura.

Ganglios axilares de baja densidad residuales bilaterales.

Piel y pezones sin alteraciones.

OPINIÓN

- * **NO SE OBSERVA EVIDENCIA MAMOGRÁFICA DE MALIGNIDAD.**
- * **CLASIFICACIÓN BI-RADS II.**

“EL 10% DE LAS NEOPLASIAS MAMARIAS PERMANECEN OCULTAS EN LA MAMOGRAFÍA, ESTE EXAMEN DEBE GUARDARSE PARA CONTROLES POSTERIORES.”



DRA. ADRIANA GRIMALDO VÁSQUEZ
MD. RADIOLOGO R.M. 13393/91
Mary 15 Julio 2021

Nombre : MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES N. policion : C22000498
N. Identificación : CC. 52233049 Genero : MUJER Edad : 47 años
Médico : MEDICO SIN DEFINIR Servicio : CONSULTA EXTERNA Fecha T.muestra : 08/03/2022
Entidad : CLINALTEC Teléfono : 3203736348 Fecha recibo : 09/03/2022
Fecha Salida : 14/03/2022

Responsable Imp.: CLINALTEC C

Fecha y hora de imp.: 2023-02-26 11:04:37

Estudios solicitados

Código	N. Estudio	Estudio	Tipo estudio	Almacenamiento	Organo
892901	C22000498-1	Citologías Cervicovaginales	Cervico uterina lectura	Lamina	CUPULA VAGINAL

Informacion Clinica

FUM	: NO APLICA	Método de planificación	:	Esquema	:
Fec.Ulti.Citología	: SEPT 2005	Resultado anterior citología	:	Tipo anorm. citología	:
ADN VPH	:	Proc. en cuello uterino	: Histerectomía	Histopatológico	:
Tiempo procedimiento	:	Aspecto del cuello	: Cúpula Sana		

ESTUDIO DE CITOLOGIA CERVICO-UTERINA

Utilizando medidas de bioseguridad para COVID-19 descritas por la OMS, Ministerio de salud nacional (Decreto 006 marzo 2020) y protocolo institucional, utilizando Equipo de Protección Personal EPP, se realiza intervención de descripción macroscópica y microscópica de estudios anatomopatológicos, líquidos corporales y bacaf

- CALIDAD DE LA MUESTRA

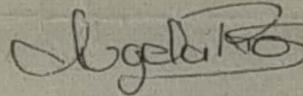
Satisfactoria sin Células endocervicales / zona de transformación

- CATEGORIZACION GENERAL

Negativa para lesión intraepitelial o malignidad



NORMA DUARTE
Citóloga
R-LD F49 SS Tol



ANGELA RIOS
Médica Patóloga
RM. 279-94

La citología cervico-vaginal es útil para la detección de carcinoma del Cuello del Útero. Los hallazgos citológicos DEBEN comprobarse por estudio histopatológico (biopsias) antes de definir tratamientos y pronósticos definitivos.

¡ Es importante continuar con los controles periódicos para prevenir cáncer !

Los resultados de este estudio deben analizarse conjuntamente con la historia clínica. En caso de presentarse discrepancias, atentamente solicitamos comunicarnos para su revisión y efectuar diagnóstico correctivo. Este informe debe ser presentado al médico tratante, para su adecuada interpretación

LABORATORIO DE PATOLOGÍA - CLINICA TOLIMA Carrera 1 No. 12-84 Piso 1, Sede 2: CLINALTEC 4 Piso
Teléfonos: 2771025 - 2708000 Ext. 509 - 3155641770 -Ibagué; correo electrónico: patologos.asociados.tolima@gmail.com



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO COMANDANTE GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5175

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FECHA: 11/08/2021
PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ
HC: 52233049

ECOGRAFIA MAMARIA.

Con transductor lineal de alta frecuencia de 10 MHz, se realizó barrido ecográfico a nivel de ambas mamas donde encontramos los siguientes hallazgos:

Motivo de Consulta: Control
APP o Familiares de Ca de mama: Hermana, tia
Ecografia o Mx anterior: 10/07/2018 birads 3

Mamas simétricas

Tejido mamario con patrón fibroglandular.

No se observan lesiones focales sólidas o quísticas, ni calcificaciones groseras.

Conductos galactóforos de diámetros normales.

Músculos pectorales de morfología usuales fácilmente detectables sobre las costillas.

Piel y tejido celular subcutáneo en límites normales.

Regiones axilares sin alteraciones

OPINION:

ECOGRAFIA DE MAMA SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.
BI-RADS US (1).

NOMENCLATURA INTERNACIONAL.

BI-RADS 0: Evaluación adicional, requiere otros estudios.

BI-RADS 1: Negativa

BI-RADS 2: Benigna

BI-RADS 3: Probablemente benigna

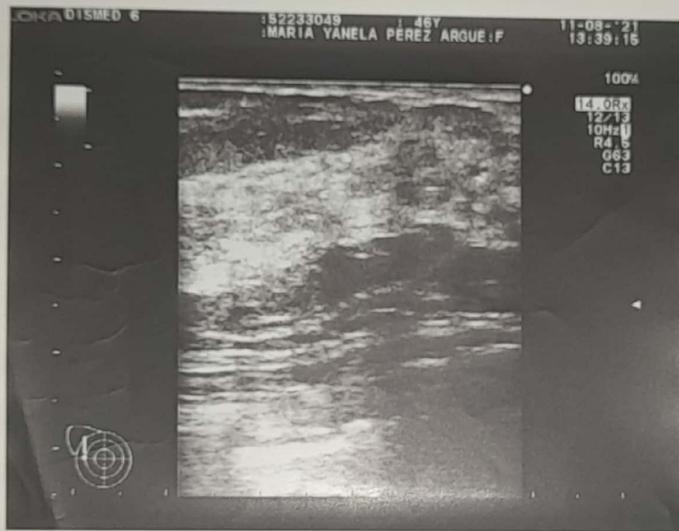
BI-RADS 4 a (alta), b (moderada), c (baja): Anormalidad sospechosa

BI-RADS 5: Sugestiva de malignidad

BI-RADS 6: Malignidad conocida

Dr. Fernando Escobar
Ordoñez
Médico Radiólogo
R.P. 80282798

Dr. FERNANDO ESCOBAR ORDOÑEZ
Médico Radiólogo
R.M. 80282798





NO REGISTRADO
 P.O. Box 11000 - Calle 100 - Bogotá - Colombia
 Tel: (57) 312 242 2422 - Bogotá - Colombia

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: CC 52233049		
Paciente: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 22/01/1975		
Edad y género: 47 Años, Femenino		
Identificador único: 325117	Financiador: ESM BATALLON ASPC NO. 6 FRANCISCO ANTONIO ZEA (NIVEL II)	
Ubicación: CONSULTA EXTERNA	Servicio: CONSULTA EXTERNA	Cama:

Página 1 de 2



NO REGISTRADO
 P.O. Box 11000 - Calle 100 - Bogotá - Colombia
 Tel: (57) 312 242 2422 - Bogotá - Colombia

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Tipo y número de identificación: CC 52233049		
Paciente: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES		
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 22/01/1975		
Edad y género: 47 Años, Femenino		
Identificador único: 325117	Financiador: ESM BATALLON ASPC NO. 6 FRANCISCO ANTONIO ZEA (NIVEL II)	
Ubicación: CONSULTA EXTERNA	Servicio: CONSULTA EXTERNA	Cama:

Página 2 de 2

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Ambulatoria/Externa - INTERCONSULTAS
 05/04/2022 09:40

GENETICA HUMANA

Paciente de 47 años, con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tías paternas. Padre con historia de Ca de próstata.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - IMAGENES

05/04/2022 09:41

XEROMAMOGRAFIA O MAMOGRAFIA BILATERAL

Paciente de 47 años, con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tías paternas. Padre con historia de Ca de próstata. Mastalgia bilateral. ECOM sin hallazgos anormales. Se cita a control en Julio de 2022 con imágenes de control.

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - IMAGENES

05/04/2022 09:41

ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA

Paciente de 47 años, con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tías paternas. Padre con historia de Ca de próstata. Mastalgia bilateral. ECOM sin hallazgos anormales. Se cita a control en Julio de 2022 con imágenes de control.

Estado: ORDENADO

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 05/04/2022 09:39 - Ambulatoria - Ubicación: CONSULTA EXTERNA - Servicio: CONSULTA EXTERNA

Nota de Ingreso Consulta Externa - Tratante - MASTOLOGIA

Indicador de rol: Tratante Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL Finalidad: No Aplica

Motivo de Consulta y Enfermedad Actual: 47 años. Procedente de Ibagué. Casada. Trabaja independiente. Tiene inmunización COVID-19 x 3. Sin antecedente confirmado de COVID. Se evalúa paciente con ERP acorde a guías institucionales.

Refiere antecedente de nódulo mamario izquierdo con patología benigna hace aprox. 3 años. Refiere lesión en pezón derecho que fue reseccionada.

RxS refiere mastalgia y sensación de prurito en areolas. Ha tomado vitamina E sin mejoría.

Eco mamaria 7/05/2021 Dr. Escobar: mamas simétricas. mama izq eje 2, 2 imagen ecocuidada de 5 mm en relación a quiste simple, axilas sin alteraciones Br2.

MMG 15/07/2021 H-LLA Dra Grimaldo: NO PORTA LAS IMAGENES PARA VALORACION. no describen imágenes sospechosas. Axila con ganglios de baja densidad Br2.

Patología de Patológicos Asociados 5/06/2021 protocolo 21003393. piel de areola mama derecha: formación polipoide estroma conectivo laxo, epidermis sin alteraciones: POLIPO FIBROEPITELIAL.

Examen Físico

ASPECTO GENERAL

ASPECTO: Normal

TORAX

TORAX: mamas simétricas. piel y cap normales. No palpo lesiones dominantes. Dolor difuso a la palpación. Axilas sin adenomegalias.

CUELLO

CAROTID/ACUELLO: no palpo masas ni adenomegalias.

ABDOMEN

ABDOMEN: blando depresible no doloroso. Sin masas.

NEUROLOGICO

NEUROLOGICO: Normal

Diagnósticos activos durante de la visita: Diagnóstico de ingreso - OTROS SIGNOS Y SINTOMAS RELATIVOS A LA MAMA (En Estudio). HISTORIA FAMILIAR DE TUMOR MALIGNO DE MAMA.

Plan de Manejo: Paciente de 47 años, con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tías paternas. Padre con historia de Ca de próstata. Mastalgia bilateral. ECOM sin hallazgos anormales. Expuso a la paciente acerca del significado benigno de los estudios presentados. Se cita a control en Julio de 2022 con imágenes de control. Se solicita valoración por Genética.

Wilson Ricardo Tovar G. MD



Especialista en Mastología

R.M. 75977874

Firmado por: WILSON RICARDO TOVAR, QUAYABO, GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA - MASTOLOGIA, Registro 73699199, el 05/04/2022 09:39

ORDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - INTERCONSULTAS

05/04/2022 09:39

OTRA ESPECIALIDAD NO ESPECIFICA

MASTOLOGIA

JULIO DE 2022 CON ECOGRAFIA Y MAMOGRAFIA.



NO. Registro: 100-7
 102 Calle Boyacá y Avenida Bolívar - Calle 100 - Ibagué - Tolima
 Calle 100 - Ibagué - Tolima

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: PEREZ ARGUELLES, MARIA YANELA, Identificado(a) con CC-52233049			
Edad y Género:		47 Años, Femenino	
Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/BENEFICIARIO		Nombre de la Entidad: ESM BATALLON ASPC NO. 6 FRANCISCO ANTONIO ZEA (NIVEL I)	
Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA		Habitación:	Identificador Único: 325117-1

Diagnóstico: N645: OTROS SIGNOS Y SINTOMAS RELATIVOS A LA MAMA

INTERCONSULTAS					
Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
05/04/2022 09:40	E90402	GENETICA HUMANA		1	Paciente de 47 años con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tías paternas. Padre con historia de Ca de prostata.

MEDICO QUE ORDENA

Wilson Ricardo Tovar G. MD
 Especialista Mastología
 FM. 75077874

Firmado Por: WILSON RICARDO TOVAR GUAYABO, MASTOLOGÍA, CC: 75077874, Reg: 73029/99

Firmado Electrónicamente

CLINICA TOLIMA S.A.

Dirección: CRA. 1 NO. 12-22 - Teléfono: 2708000 IBAGUE - COL - Web: www.clinicatolima.com

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: PEREZ ARGUELLAS, MARIA YAZEL, Identificado(a) con CC-52233049			
Edad y Género:		47 Años, Femenino	
Regimen/Tipo Paciente:		CONTRIBUTIVO/BENEFICIARIO	
Nombre de la Entidad:		ESM BATALLON ASPC NO. 6 FRANCISCO ANTONIO ZEA (NIVEL I)	
Servicio/Ubicación:		CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA	
Habitación:		Identificador Único: 325117-1	

Diagnóstico: N645: OTROS SIGNOS Y SINTOMAS RELATIVOS A LA MAMA

IMAGENES					
Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
05/04/2022 09:41	E81201	ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA		1	Paciente de 47 años, con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tias paternas. Padre con historia de Ca de prostata. Mastalgia bilateral. ECM sin hallazgos anormales. Se cita a control en Julio de 2022 con imagenes de control.
05/04/2022 09:41	E76802	XEROMAMOGRAFIA MAMOGRAFIA BIATERAL	O	1	Paciente de 47 años, con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tias paternas. Padre con historia de Ca de prostata. Mastalgia bilateral. ECM sin hallazgos anormales. Se cita a control en Julio de 2022 con imagenes de control.

MEDICO QUE ORDENA

Wilson Ricardo Tovar G. MD
 Especialista en Mastología
 Tel: 75077874

Firmado Por: WILSON RICARDO TOVAR GUAYABO, MASTOLOGÍA, CC: 75077874, Reg: 73619/99
 Firmado Electrónicamente

DATOS DEL PACIENTE

Paciente: PEREZ ARGUELLES, MARIA YANELA, Identificado(a) con CC-52233049

Edad y Género: 47 Años, Femenino

Regimen/Tipo Paciente: CONTRIBUTIVO/BENEFICIARIO Nombre de la Entidad: ESM BATALLON ASPC NO. 6 FRANCISCO ANTONIO ZEA (NIVEL I)

Servicio/Ubicación: CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA

Habitación:

Identificador Único: 325117-1

Códigono: N645: OTROS SIGNOS Y SINTOMAS RELATIVOS A LA MAMA

INTERCONSULTAS

Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
04/2022 09:40	890402	GENETICA HUMANA		1	Paciente de 47 años con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tias paternas. Padre con historia de Ca de prostata.

MEDICO QUE ORDENA

Wilson Ricardo Tojar G. MD
Especialista en Mastología
RM. 75077874

Firmado Por: WILSON RICARDO TOJAR GUAYABO, MASTOLOGÍA, CC: 75077874, Reg: 73699/99

Firmado Electrónicamente

CLINICA TOLIMA S.A.

Dirección: CRA. 1 NO. 12-22 - Teléfono: 2702000 IBAGUE - COL - Web: www.clinica.tolima.com

DATOS DEL PACIENTE			
Paciente: PEREZ ARGUELLES, MARIA YANIELA, Identificado(a) con CC-52233649			
Edad y Género:		47 Años, Femenino	
Regimen/Tipo Paciente:		CONTRIBUTIVO/BENEFICIARIO	
Nombre de la Entidad:		ESM BATALLON ASPC NO. 6 FRANCISCO ANTONIO ZEA (NIVEL I)	
Servicio/Ubicación:		CONSULTA EXTERNA/CONSULTA EXTERNA	
Habitación:		Identificador Único: 325117-1	

Diagnóstico: N645: OTROS SIGNOS Y SINTOMAS RELATIVOS A LA MAMA

IMAGENES					
Fecha Inicio	CUPS	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
05/07/2022 09:41	881201	ECOGRAFIA DIAGNOSTICA DE MAMA		1	Paciente de 47 años, con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tias paternas. Padre con historia de Ca de prostata. Mastalgia bilateral. ECM sin hallazgos anormales. Se cita a control en Julio de 2022 con imágenes de control.
05/07/2022 09:41	876802	XEROMAMOGRAFIA MAMOGRAFIA BILATERAL	O	1	Paciente de 47 años, con antecedente de CA de mama en hermana y 2 tias paternas. Padre con historia de Ca de prostata. Mastalgia bilateral. ECM sin hallazgos anormales. Se cita a control en Julio de 2022 con imágenes de control.

MEDICO QUE CRDENA

Wilson Ricardo Tovar C. (M)
 Especialista en Mastología
 Tel. 75077874

Firmado Por: WILSON RICARDO TOVAR GUAYABO, MASTOLOGÍA, CC: 75077874, Reg: 73619/99

Firmado Electrónicamente

CLINICA TOLIMA S.A.

Dirección: CRA. 1 NO. 12-22 - Teléfono: 2708000 IBAGUE - COL - Web: www.clinicatolima.com

DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE

PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
TIPO DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía **DOCUMENTO:** 52233049
FECHA DE NACIMIENTO: 22/01/1975 **EDAD:** 48 Años / 22 Días
SEXO: Femenino **ETNIA:** No registra
FUERZA: EJC **GRADO:** SARGENTO PRIMERO
UNIDAD: CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES
DEPARTAMENTO: TOLIMA **MUNICIPIO:** IBAGUE
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 14 152 16 N

FECHA 13/02/2023 15:04

CONSULTA EXTERNA
CÓDIGO DE CONSULTA: 890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica
CAUSA EXTERNA: Enfermedad general
MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR ARTICULAR
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON ANECEDENTE DE DOLOR POLIARTICULAR QUIEN ESTA EN TRAMITES DE AFILIACION A SEGURO MEDICO ACTUALMENTE ASINTOMATICA
ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra
REMITIDO DE: No registra
PROFESIONAL DE LA NÚMERO DE REGISTRO: JAIR ALEXANDER GRANADA CASTRO 93235572

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

GESTACIONES: 3
PARTOS: 2
CESAREAS: 1
MORTINATOS: No registra
ULTIMA REGLA: No registra
ULTIMO PARTO: No registra
ABORTOS: No registra
CCV: No registra
CICLO REGULAR: No registra
FECHA ULTIMO CCV: No registra
TRANSTORNOS MENSTRUALES: No registra
ÓBITO FETAL: No registra
EMBARAZO ECTÓPICO: No registra
MENARQUÍA: SI
EDAD DE LA MENARQUÍA: 13
HIJOS NACIDOS VIVOS: No registra
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE: No registra
PERIODO INTERGENÉSICO: No registra
EMBARAZO PLANEADO: No registra
FRACASO DEL METODO ANTICONCEPTIVO: No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA: No registra

JAIR GRANADA
 ORTOPEDIA DEPENDENCIA Y ASISTENCIA ORL
 DR. JAIR ALEXANDER GRANADA CASTRO
 ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

DATOS BÁSICOS DEL PACIENTE

PACIENTE:	MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES		
TIPO DOCUMENTO:	Cédula de ciudadanía	DOCUMENTO:	52233049
FECHA DE NACIMIENTO:	22/01/1975	EDAD:	46 Años / 8 Meses / 2 Días
SEXO:	Femenino	ETNIA:	No registra
FUERZA:	EJC	GRADO:	SARGENTO PRIMERO
UNIDAD:	CAJA DE RETIRO DE LAS FUERZAS MILITARES		
DEPARTAMENTO:	No registra	MUNICIPIO:	No registra
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	Carrera 14 152 16 N		

CONSULTA EXTERNA **FECHA** 24/09/2021 07:55

CÓDIGO DE CONSULTA:
890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

FINALIDAD DE LA CONSULTA:
No aplica

CAUSA EXTERNA:
Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:
DOLOR DE RODILLAS Y CODOS

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE CON DOLOR BILATERAL DE RODILLAS PREDOMINANTEMENTE AL SUBIR Y BAJAR ESCALERAS DOLOR BILATERAL DE CODOS ADORMECIMIENTO EN MANOS Y PIES

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:
No registra

REMITIDO DE:
No registra

PROFESIONAL DE LA JAIR ALEXANDER GRANADA CASTRO
NÚMERO DE REGISTRO: 93235572

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

GESTACIONES:	3
PARTOS:	No registra
CESAREAS:	No registra
MORTINATOS:	No registra
ULTIMA REGLA:	No registra
ULTIMO PARTO:	No registra
ABORTOS:	No registra
CCV:	No registra
CICLO REGULAR:	No registra
FECHA ULTIMO CCV:	No registra
TRANSTORNOS MENSTRUALES:	No registra
ÓBITO FETAL:	No registra
EMBARAZO ECTÓPICO:	No registra
MENARQUÍA:	SI
EDAD DE LA MENARQUÍA:	No registra
HIJOS NACIDOS VIVOS:	No registra
HIJOS VIVOS ACTUALMENTE:	No registra
PERIODO INTERGENÉSICO:	No registra
EMBARAZO PLANEADO:	No registra
FRACASO DEL METODO ANTICONSEPTIVO:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MENORES DE UNA SEMANA:	No registra


JAIR A GRANADA
 ORTOPEDIA DEPORTIVA Y ARTROSCOPIA
 Dr. Jair Alexander Granada Castro
 CARRERA 14 # 152 - 16 N.

ESTATURA: 1,6 m
FRECUENCIA CARDÍACA: 78 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR: 0,00 ml/min/1.73 m²

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

M771 EPICONDILITIS LATERAL

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

PACIENTE CON DOLOR ARTICULAR MULTIPLE SIGNOS CLAROS DE EPICONDILITIS LATERAL Y CONDROMALACIA ROTULIANA

TRATAMIENTO:

INFILTRACION ARTICULAR 2 ARTICULACIONES

FORMULACIÓN DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTO:

TRIAMCINOLONA ACETONIDA Parenteral DOSIS: 1 CADA 1 HORAS, DURANTE 1. CANTIDAD: 2

RECOMENDACIONES:

No registra

MEDICAMENTO:

MENTOL+ALCANFOR+GUAYACOL Tópico DOSIS: 1 CADA 12 HORAS, DURANTE 20. CANTIDAD: 2

RECOMENDACIONES:

No registra

ÓRDENES PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO:

839600 INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD

OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:

No registra

OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:

INFILTRACION ARTICULAR 2 ARTICULACIONES

OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:

00

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

No registra

PROCEDIMIENTO:

873443 RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES

OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:

No registra

OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:

RX D E RODILLAS COMPARATIVAS

OBSERVACIÓN DE LA FORMULACION:

00

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

No registra



ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2023-02-178545	FECHA DE PRESCRIPCIÓN:	13-02-2023 15:14:48	CIE 10	M255	No registra	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FÓRMULA		BATALLÓN DE ASPC NO. 6 "FRANCISCO ANTONIO ZEA"						
UNIDAD ORGANICA		BATALLÓN DE ASPC NO. 6 "FRANCISCO ANTONIO ZEA"						
ARL	No registra	EPS	No registra	GAMA	No registra	FUERZA	EJC	
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES		EDAD	N° HISTORIA		AFILIACIÓN		
SARGENTO PRIMERO	MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES		48	52233049		Beneficiario		
CENTRO DE COSTOS		No registra						
ORDEN MÉDICA								
000								
PROCEDIMIENTO SOLICITADO						CÓDIGO	VALOR	CANTIDA
1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA EN 3 MESES						890380	No	1

NOMBRE MÉDICO

JAIR FORANADA
ORTOPEDIA DEPORTIVA Y ARTROSCOPIA
Dr. Jair Foranada Foranada Castro
Especialista en Ortopedia Deportiva y Artroscopia

FIRMA MÉDICO

SEMANA:	No registra
HIJOS NACIDOS MUERTOS MAYORES DE UNA SEMANA:	No registra
ANTECEDENTE GEMELAR:	No registra
ÚLTIMA GESTACIÓN:	No registra
OBSERVACIONES MAMOGRAFÍA:	No registra

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
TÓRAX:	Normal
TACTO RECTAL:	Normal
PIEL Y FANERAS:	Normal
OROFARINGE:	Normal
EXAMEN NEUROLÓGICO:	Normal
CUELLO:	Normal
ABDOMEN:	Normal
CONDICIONES GENERALES:	BEG
OÍDOS:	Normal
OJOS:	Normal
NARIZ:	Normal
MAMAS:	Normal
EXAMEN OTORRINOLARINGOLÓGICO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	SIGNOS TINEL Y PHALLEN NEGATIVOS BILATERALES ARCOS D ED E MOVILIDAD NE RODILLAS Y CADERAS NORMALES

REVISION POR SISTEMAS

SINTOMAS GENERALES:	N/A
PIEL Y ANEXOS:	Niega síntomas
CARDIORRESPIRATORIO:	Niega síntomas
CUELLO:	Niega síntomas
ENDOCRINO:	Niega síntomas
GASTROINTESTINAL:	Niega síntomas
GENITOURINARIO:	Niega síntomas
LOCOMOTOR:	Niega síntomas
OJOS:	Niega síntomas
OROFARINGE:	Niega síntomas
OÍDOS:	Niega síntomas
GINECOOBSTÉTRICO:	Niega síntomas
MAMAS:	Niega síntomas
NEUROMUSCULAR Y NEUROPSIQUIÁTRICO:	Niega síntomas
CABEZA:	Niega síntomas

SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA:	62 mmHg
TEMPERATURA:	36,9 °C
PESO:	68 Kg
ÍNDICE DE MASA CORPORAL:	26,56 Kg/m ²
FRECUENCIA CARDÍACA:	78 lpm
FILTRACIÓN GLOMERULAR:	0,00 ml/min/1.73 m ²

PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA: 100 mmHg
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 20 rpm
ESTATURA: 1,6 m

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

M255 DOLOR EN ARTICULACION

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Impresión Diagnóstica

ANÁLISIS:

SE TRATA DE UNA PACIENTE QUE TIENE HISTORIAL DE DOLOR ARTICULAR ACTUALMENTE ASINTOMÁTICA CON ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS Y ECOGRÁFICOS QUE DESCARTAN ARTROSIS, ELECTROMIOGRAFÍA QUE DESCARTA TUNEL CARPIANO. LA PACIENTE NO TIENE SIGNOS DE ENFERMEDAD ARTICULAR ACTIVA.

TRATAMIENTO:

GAMAGRAFIA OSEA
CONTROL

ÓRDENES PROCEDIMIENTOS

PROCEDIMIENTO:

890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

OBSERVACIÓN DE LA SOLICITUD:

No registra

OBSERVACIÓN DEL CUPS SOLICITADO:

EN 3 MESES

OBSERVACIÓN DE LA FORMULACIÓN:

000

MOTIVO DE CANCELACIÓN:

No registra



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO COMANDANTE GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 6175

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FECHA: 11/08/2021
PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ
HC: 52233049

ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO DERECHO

Con transductor lineal de alta frecuencia de 10 MHz, se realizó barrido ecográfico a nivel de la articulación del Hombro derecho con los siguientes hallazgos:

El tendón largo del bíceps braquial presenta ecogenicidad y patrón fibrilar normal, grosor y morfología usuales. Se encuentra adecuadamente alojado en la coredera bicipital y su vaina sinovial se encuentra íntegra.

Las estructuras tendinosas de los músculos subescapular, supra e infraespinosos y redondo menor presentan apariencia y ecogenicidad normales, sin imágenes sugestivas de roturas parciales ó totales.

No hay evidencia de derrame a nivel de las bursas supraacromial, subacromiosubdeltoidea ni coracoidea.

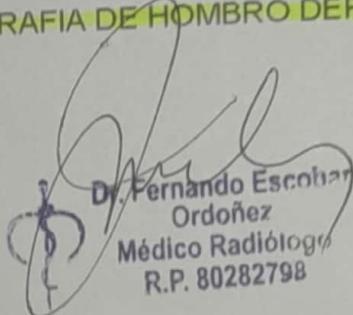
Los contornos de las corticales óseas a nivel de la articulación glenohumeral y acromioclavicular son regulares y de apariencia ecográfica usual. Buena movilidad articular al momento del examen.

Cartílago articular sin evidencia de erosiones.

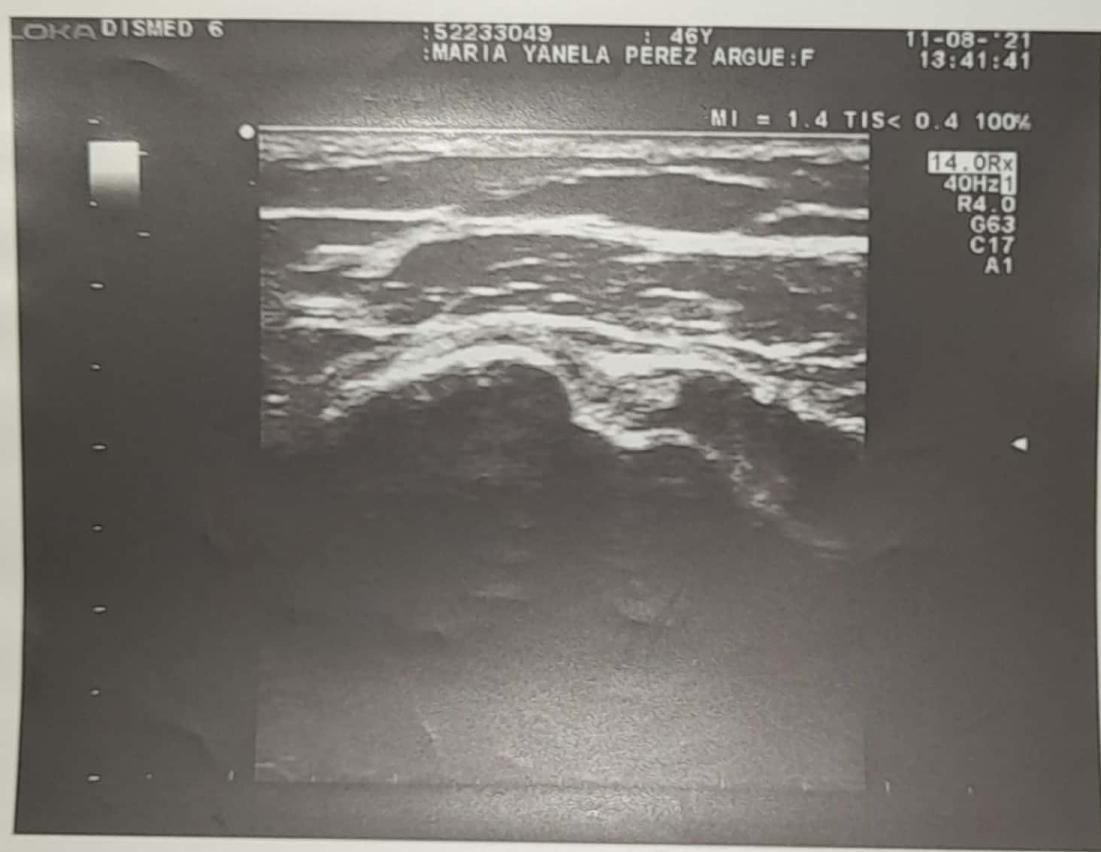
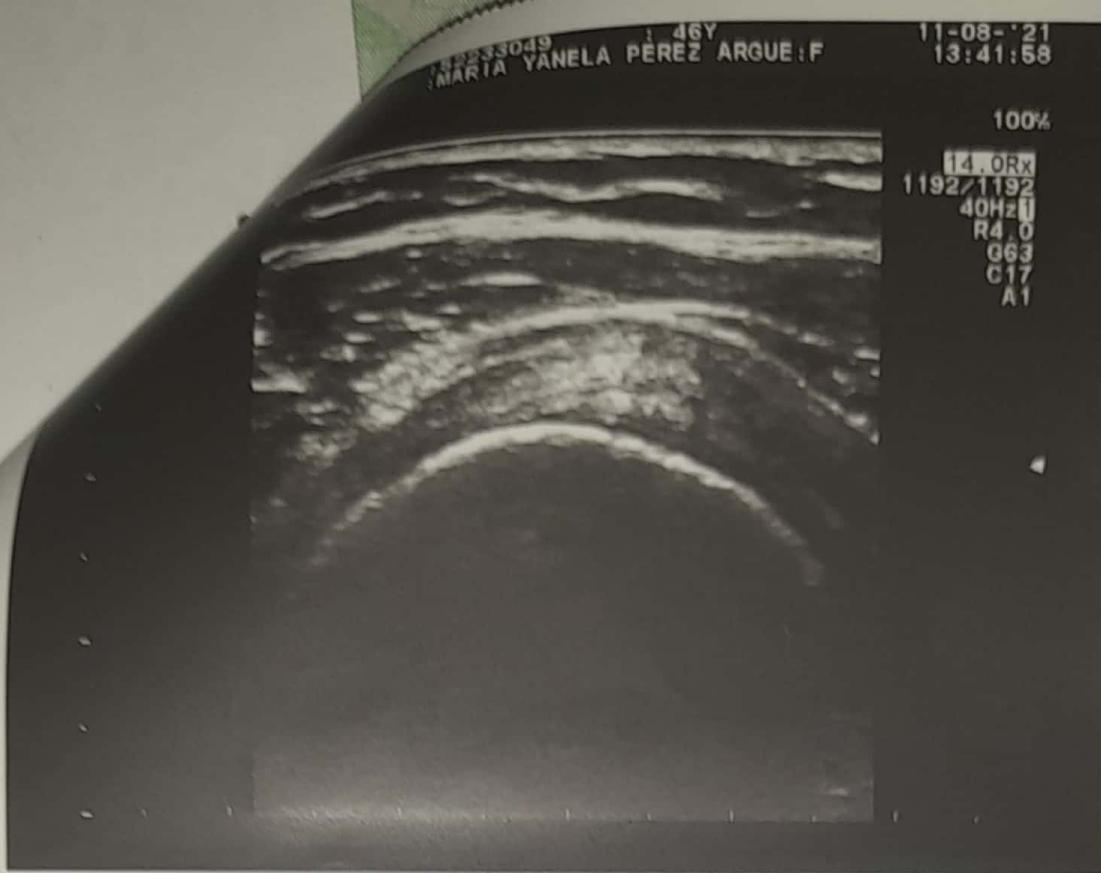
Las estructuras musculares son de ecogenicidad normal.

OPINION:

ECOGRAFIA DE HOMBRO DERECHO SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.


Dr. Fernando Escobar
Ordoñez
Médico Radiólogo
R.P. 80282798

Dr. FERNANDO ESCOBAR ORDOÑEZ
Médico Radiólogo
R.M. 80282798





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO COMANDANTE GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 6176

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FECHA: 31/01/2022
PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
HC : 52233049

RADIOGRAFIA COLUMNA DORSAL

Se realiza RX de columna dorsal en proyección frontal y lateral observándose:

Los cuerpos vertebrales son de forma y tamaño normal.

Espacios discales conservados,

Forámenes de conjugación amplios.

Pedículos íntegros.

OPINION:

ESTUDIO DENTRO DE LIMITES NORMALES.

Dr. FERNANDO ESCOBAR ORDOÑEZ
Médico Radiólogo
R.M. 80282798



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO COMANDANTE GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5175

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FECHA: 31/01/2022
PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
HC : 52233049

RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS

Se realiza RX de rodillas comparativas en proyecciones frontales y Laterales observándose:

Hay buena alineación femoro-tibial bilateral.

El espacio articular tibio femoral bilateral esta conservado.

No hay fracturas.

Rotulas de tamaño normal.

Partes blandas con densidad normal.

Los tejidos blandos no muestran alteraciones.

OPINION:

NO SE OBSERVAN ALTERACIONES RAIOLOGICAS A NIVEL DE LAS RODILLAS.

Dr. FERNANDO ESCOBAR ORDOÑEZ
Médico Radiólogo
R.M. 80282798



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO COMANDANTE GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5175

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FECHA: 11/08/2021
PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ
HC: 52233049

ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO DERECHO

Con transductor lineal de alta frecuencia, 10 MHz, se realizó barrido ecográfico en la región del codo derecho, a nivel de sus caras anterior, posterior, lateral y medial con los siguientes hallazgos:

Los contornos de las corticales óseas y recesos articulares húmeroradial y húmerocubital son regulares y de apariencia ecográfica usual. Buena movilidad articular al momento del examen.

Los Tendones común de los extensores (cara lateral) y epitrocleares (cara medial), la porción distal del bíceps y tríceps braquial presentan ecogenicidad y patrón fibrilar normal, grosor y morfología usuales.

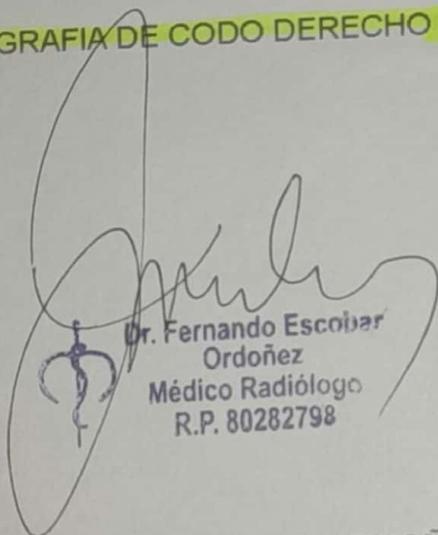
No hay evidencia de derrame intraarticular ni a nivel de la Bursa Olecraneana.

Cartílago articular sin evidencia de erosiones.

Las estructuras musculares son de ecogenicidad normal.

OPINION:

ECOGRAFIA DE CODO DERECHO SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES.



Dr. Fernando Escobar
Ordoñez
Médico Radiólogo
R.P. 80282798

Dr. FERNANDO ESCOBAR ORDOÑEZ
Médico Radiólogo
R.M. 80282798

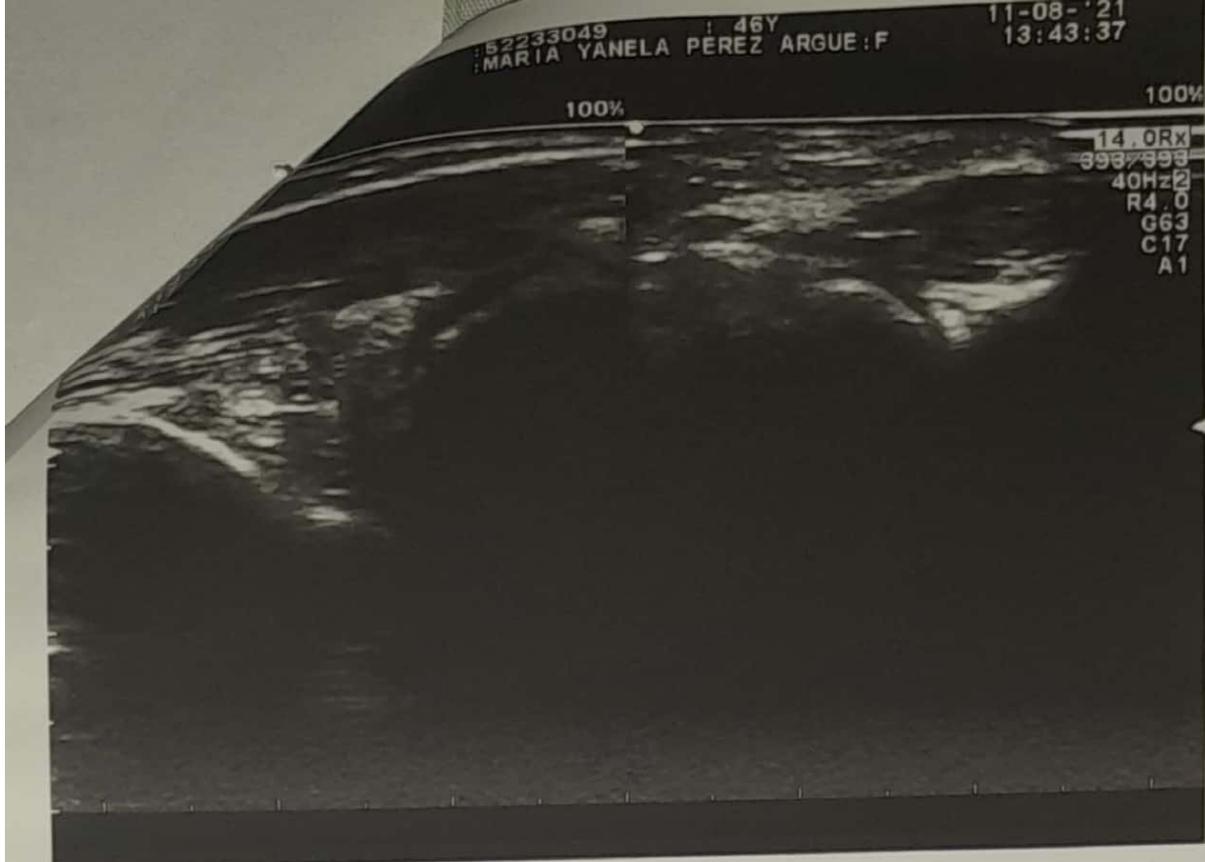
:52233049 : 46Y
:MARIA YANELA PEREZ ARGUE:F

11-08-'21
13:43:37

100%

100%

14 ORx
393/393
40Hz2
R4.0
G63
C17
A1



LOKA DISMED 6

:52233049 : 46Y
:MARIA YANELA PEREZ ARGUE:F

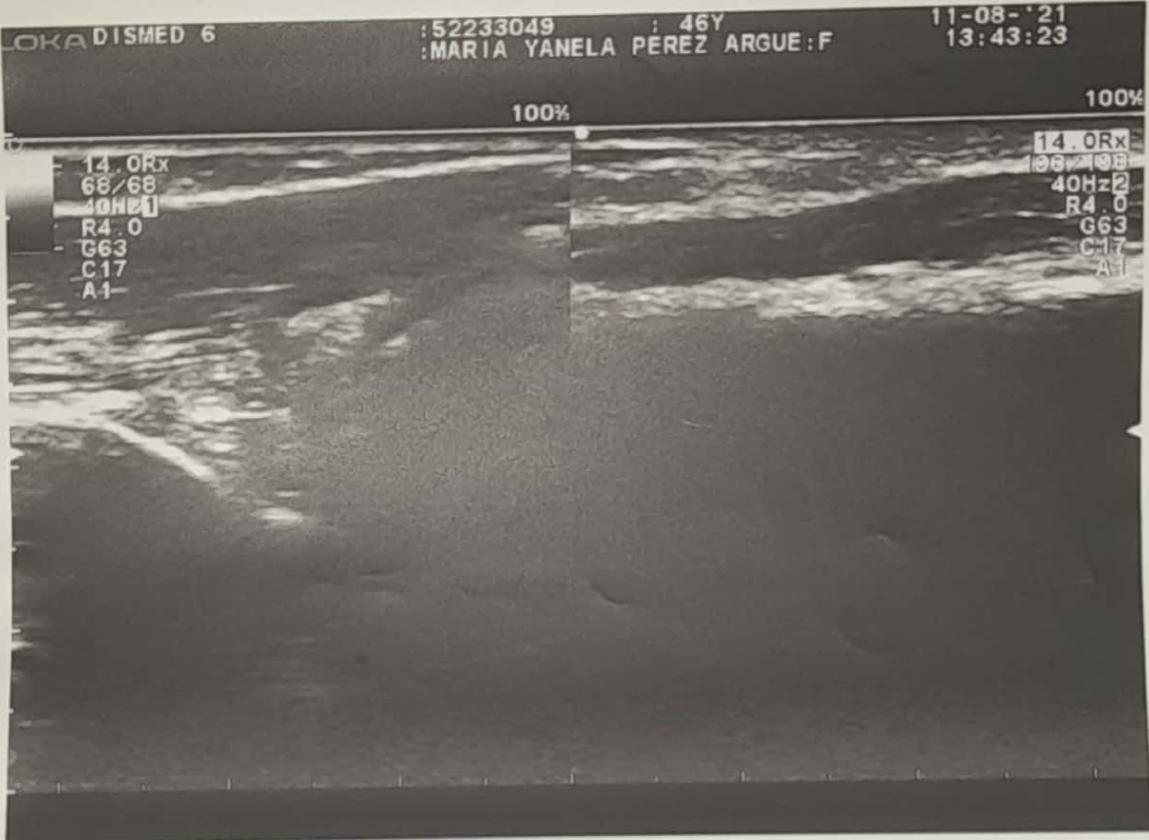
11-08-'21
13:43:23

100%

100%

14 ORx
68/68
40Hz1
R4.0
G63
C17
A1

14 ORx
98/98
40Hz2
R4.0
G63
C17
A1





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO COMANDANTE GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 6176

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FECHA: 16/02/2022
PACIENTE: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
HC : 52233049

ECOGRAFIA ARTICULAR

Con transductor lineal de alta frecuencia de 10 MHz, se realizó barrido ecográfico a nivel de la articulación del Hombro derecho con los siguientes hallazgos:

El tendón del supra espinoso se observa con alteración su ecogenicidad fibrilar y calcificaciones puntiformes próximo a su inserción.

El tendón largo del bíceps braquial presenta ecogenicidad y patrón fibrilar normal, grosor y morfología usuales. Se encuentra adecuadamente alojado en la corredera bicipital y su vaina sinovial se encuentra íntegra.

Las estructuras tendinosas de los músculos subescapular, infraespinosos y redondo menor presentan apariencia y ecogenicidad normales, sin imágenes sugestivas de roturas parciales ó totales.

No hay evidencia de derrame a nivel de las bursas supraacromial, subacromiosubdeltoidea ni coracoidea.

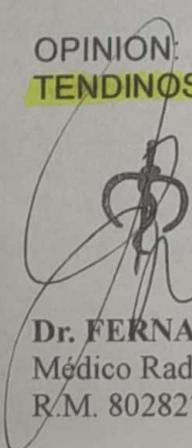
Los contornos de las corticales óseas a nivel de la articulación glenohumeral y acromioclavicular son regulares y de apariencia ecográfica usual. Buena movilidad articular al momento del examen.

Cartílago articular sin evidencia de erosiones.

Las estructuras musculares son de ecogenicidad normal.

OPINION:

TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO.


Dr. Fernando Escobar
Ordoñez
Médico Radiólogo
R.P. 80282798

Dr. FERNANDO ESCOBAR ORDOÑEZ
Médico Radiólogo
R.M. 80282798



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO IBAGUE ESM 5175
LABORATORIO CLÍNICO



No de Orden: 2022021130026
 Paciente: PEREZ ARGUELLES MARIA YENELA
 Historia: 52233049
 Tipo Usuario: BENEFICIARIO
 Médico: MEDICO OTRAS UNIDADES

Fecha de Ingreso: 2022-02-11 06:50
 Fecha de Impresión: 2022-02-14 11:25
 Edad: 47 Años
 Teléfono: 3203735348

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA

ACIDO URICO	3.00	mg/dL	2.4 - 5.7
-------------	------	-------	-----------

Mónica Medina
 Bacteriología y Microquímica
 C.C. 33.452.094

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO			
RECuento DE GLOBULOS BLANCOS	7.87	x 10 ³ /uL	4.5 - 11
RECuento DE GLOBULOS ROJOS	4.59	x10 ⁶ /uL	4.5 - 5.8
HEMOGLOBINA	13.4	g/dL	12 - 18
HEMATOCRITO	39.8	%	36 - 54
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.7	fL	80 - 100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.20	pg	26 - 35
CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	33.7	g/dL	33 - 37
PLAQUETAS	253	x10 ³ /uL	150 - 450
NEUTROFILOS %	60.50	%	35 - 70
LINFOCITOS %	28.00	%	20 - 45
MONOCITOS %	9.90	%	0 - 10
EOSINOFILOS %	1.30	%	0 - 7
BASOFILOS %	0.30	%	0 - 3
NEUTROFILOS #	4.77	10 ³ /uL	1.9 - 8
LINFOCITOS #	2.20	10 ³ /uL	0.9 - 5.2
MONOCITOS #	0.78	10 ³ /uL	0 - 1
EOSINOFILOS #	0.10	10 ³ /uL	0 - 0.7
BASOFILOS #	0.02	10 ³ /uL	0 - 0.3
RDW SD	41.1	fL	
RDW CV	13.2	%	11.5 - 15
MPV	12.20	fL	9 - 13

Yuli Camacho Q.
 YULI CAMACHO QUINTERO
 C.C. 33.367.898

ERITROSEDIMENTACION (VSG)	15.00	mm/hora	0 - 20
---------------------------	-------	---------	--------

Yenifer Arias V.
 YENIFER ARIAS VIDALÉS
 C.C. 1.110.481.292



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO IBAGUE ESM 5175
LABORATORIO CLÍNICO



No de Orden: 2022021130026
Paciente: PEREZ ARGUELLES MARIA YENELA
Historia: 52233049
Tipo Usuario: BENEFICIARIO
Médico: MEDICO OTRAS UNIDADES

Fecha de Ingreso: 2022-02-11 06:50
Fecha de Impresión: 2022-02-14 11:25
Edad: 47 Años
Teléfono: 3203735348

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
INMUNOLOGIA			
PROTEINA C REACTIVA POR LATEX VALOR REFERENCIA NEGATIVO: < 6 mg/L	MENOR DE 6	mg/L	
TECNICA: SEMICUANTITATIVA POR AGLUTINACION DE PARTICULAS DE LATEX RECUBIERTAS CON ANTI-PROTEINA C-REACTIVA.			

Martín Rodríguez
Bacteriología y Serología
No. 11.251.014



CLINICA TOLIMA
SALUD CON SENTIDO HUMANO

NIT: 890.703.690 - 7
PBX: 270 8000 • Fax: 270 8002 E-mail: info@clinicatolima.com
Cra. 1 No. 12-22. Ibagué - Tolima

LABORATORIO CLINICO

Página: 1 de 1
Doc. Cargo: LB - 9397465

DATOS DEL PACIENTE

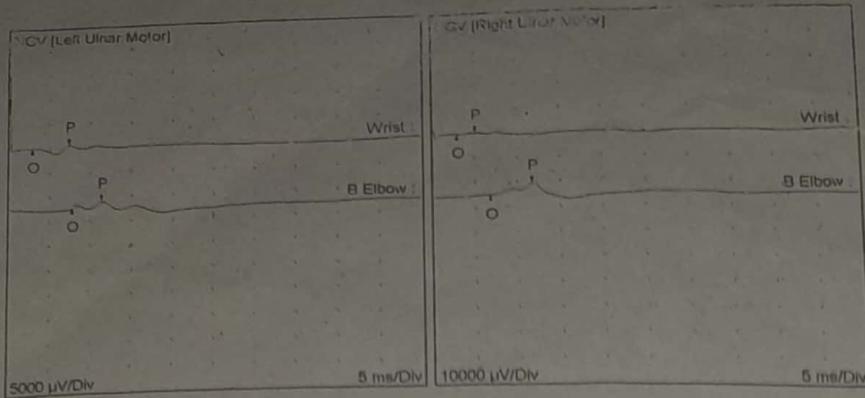
Nombre: **PEREZ ARGUELLES, MARIA YANELA** Identificación.: 52233049
Id. Único: 325117 Genero: Femenino Edad: 47 Años Fecha Recepción: 2022/04/05 Hora: 07:18
Médico: MEDICO EXTERNO Fecha Reporte: 2022/04/05 Hora: 09:18
Responsable: ESM BATAILLON ASPC NO. 6 FRANCISCO AN. Tipo Responsable: Empresa HAB.:

INFORME DE RESULTADOS

903703 VITAMINA B12 (CIANACOBALAMINA)		Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA COBAS 411 ROCHE	
	RESULTADOS	UNID.	VALORES DE REFERENCIA
	347.40	pg/ml	240.00 - 900.00

BACTERIOLOGO: LUZ MARI CALDERON ARATECO
Registro: 18C-22

Fecha de Impresión: 2022/04/06 Hora: 14:28



Nerve Conduction Studies

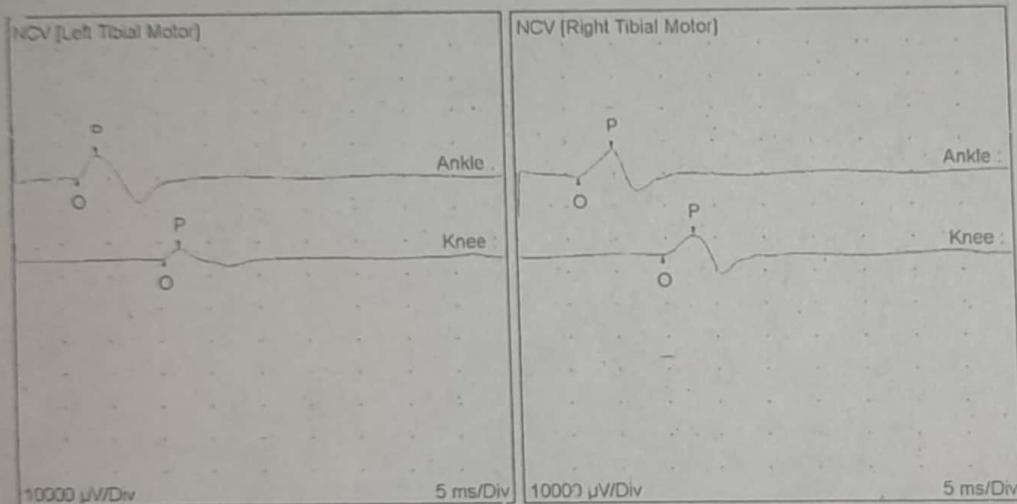
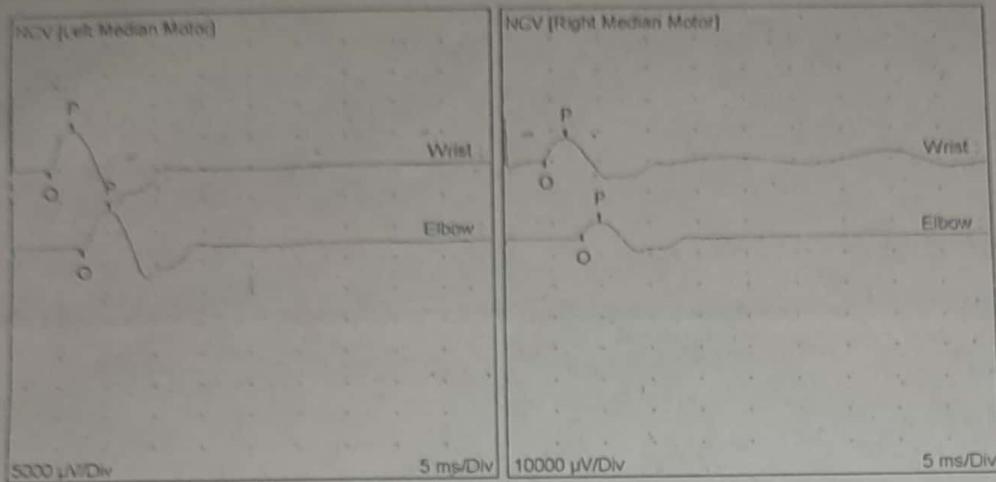
Motor Summary Table

Site	NR	Onset (ms)	Norm Onset (ms)	O-P Amp (mV)	Norm O-P Amp	Site1	Site2	Delta-0 (ms)	Dist (cm)	Vel (m/s)	Norm Vel (m/s)
Left Median Motor (Abd Poll Brev)											
Wrist		4.0	<4.2	6.2	>5	Elbow	Wrist	3.4	19.0	56	>50
Elbow		7.4		6.1							
Right Median Motor (Abd Poll Brev)											
Wrist		4.2	<4.2	6.7	>5	Elbow	Wrist	3.8	19.0	50	>50
Elbow		8.0		3.8							
Left Peroneal Motor (Ext Dig Brev)											
Ankle		4.0	<6.1	3.6	>2.5	B Fib	Ankle	5.5	29.0	53	>38
B Fib		9.5		2.4							
Right Peroneal Motor (Ext Dig Brev)											
Ankle		3.1	<6.1	1.4	>2.5	B Fib	Ankle	8.4	29.0	35	>38
B Fib		11.5		1.1							
Left Tibial Motor (Abd Hall Brev)											
Ankle		6.8	<6.1	6.8	>3.0	Knee	Ankle	8.7	31.0	36	>35
Knee		15.5		2.8							
Right Tibial Motor (Abd Hall Brev)											
Ankle		6.3	<6.1	8.4	>3.0	Knee	Ankle	8.4	31.0	37	>35
Knee		14.7		6.0							
Left Ulnar Motor (Abd Dig Minimi)											
Wrist		2.8	<4.2	0.6	>3	B Elbow	Wrist	4.9	19.0	39	>53
B Elbow		7.7		1.2							
Right Ulnar Motor (Abd Dig Minimi)											
Wrist		2.9	<4.2	0.5	>3	B Elbow	Wrist	4.0	18.0	45	>53
B Elbow		6.9		4.4							

EMG

Paciente:	MARIA PEREZ ARGUELLES	Edad:	47	ID#:	52233049
Sexo:	Femenino	M. Especialista:	Francisco Rodriguez		

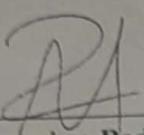
Waveforms:



Side	Musele	Nerve	Root	Ins Act	Fibs	Psw	Amp	Dur	Poly	Reert	Int Pat	comment
Left	Abd Poll Brev.	Median	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Rigth	Abd Poll Brev.	Median	C8-T1	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Rigth	Biceps	Musculocut	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Biceps	Musculocut	C5-6	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	Gastroc	Tibial	S1-2	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Rigth	Gastroc	Tibial	S1-2	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Rigth	AntTibialis	DpBr Peron	L4-5	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	
Left	AntTibialis	DpBr Peron	L4-5	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	0	Nml	Nml	

Conclusiones:

Estudio normal asociado a neuropatia por estrés


 Dr. Francisco Rodriguez
 MEDICO FISIATRA
 R.M. 06605
Francisco Rodriguez
 M.D. Fisiatra

ESTUDIO: ANGIORESONANCIA CEREBRAL
NOMBRE: MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
DOCUMENTO: C.C.52233049
FECHA ESTUDIO: 2022-11-23
ENTIDAD: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

EDAD: 47 AÑOS
REMITE:
SEDE: CEDICAF_IBAGUE

DATOS CLINICOS: Parestesia linguales, dificultad para el habla

TECNICA UTILIZADA: Unidad superconductor que opera a 1.5T. Secuencias de pulsos de radiofrecuencia del tipo FFE. Mediante adquisición en cortes finos contiguos o traslapados y técnicas que incluyen contraste o tiempo de vuelo. Reconstrucciones tridimensionales mediante algoritmo de proyección de intensidad máxima.

HALLAZGOS:

El examen físico general fue normal y en el examen neurológico en la esfera mental se evidencia disartria espástica leve con disprosodia común test MoCA (escala de evaluación cognitiva de Montreal) de 27/30 puntos. En los pares craneales, incluyendo los movimientos oculares, no se encontraron alteraciones. El examen motor reveló la presencia de rigidez en rueda dentada, bradicinesia, temblor en reposo y postural de intensidad moderada en hemicuerpo izquierdo y una marcha con pasos cortos, no festinaste, sin bloqueos de giro, pero con disminución del balanceo del MS izquierdo. De acuerdo con lo anterior se confirmó enfermedad de Parkinson de inicio temprano

OPINION:

Considero que existe una variante patogénica para enfermedad de Parkinson familiar o PARK11, con un tipo de herencia autosómico dominante.

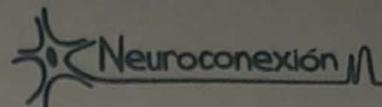

Informe firmado electrónicamente por:
Dr. Juan Pablo Ovalle Rojas
MÉDICO RADIOLOGO
No. Registro: 731662/2006
Fecha y hora de firma: 23-11-2022

all Center
11 66 11 citasc@cedicaf.com

encionusuario@cedicaf.com

Cra 15 # 13-28 Los Alpes | Pereira
Cra 34 # 27-33 Victoria | Tulua
Cll 18 # 7-102 Interlaken | Ibagu

HISTORIA CLÍNICA



Código plantilla: 890202

Fecha historia: 24/11/2022 06:29 p.m.

Lugar y fecha: Ibagué, Tolima 24/11/2022 06:29 p.m.

Documentos y nombre del paciente: CC 52233049 MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

Administradora: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

CONTRIBUTIVONO. Historia: 52233049

Atención Ambulatoria

Convenio: URGENCIAS

Cona. Historia 294304

Tipo de Usuario:

Datos Generales

Fecha: 24/11/2022

Fecha Nacimiento F: 22/01/1975

Historia: 5223304

Estado Civil: Casada

Teléfono: 3203735348

Tipo de Vinculación F: Cotizante

E.A.P.B.: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Nombre: MARÍA YANELA PEREZ ARGUELLES

Sexo: Femenino

Tipo de Documento F: CC

Dirección: MNZ F CASA 3 LA CIMA

Natural de: TOLIMA

Zona: URBANO

Datos de la Consulta

Resumen de la Historia Clínica: PACIENTE DE 47 AÑOS, QUIEN REFIERE PRESENTAR EPISODIO DE RIGIDEZ Y DISMINUCION DE LA FUERZA EN HEMICUERPO AL IGUAL QUE HEMIIPOESTECIA IZQUIERDA ASOCIADO A CEFALEA HEMICRANEA DESDE HACE 4 MESES Y CONTINUAS

Examen Físico**- EXAMEN NEUROLÓGICO:**

ALERTA ORIENTADA

FUERZA MUSCULAR

REGULARPARES SIN

AFINACIONES

COORDINACION REGULAR

SENSIBILIDAD

CONSERVADA REFLEJOS

+++ / ++++

Observaciones:

RM DE ENCÉFALO CON ANGIORM 23/11/2022 ENFERMEDAD DE PARKINSON CONFIRMADA COMO CONSECUENCIA LOS GANGLIOS BASALES NO PUEDEN CONTROLAR LOS MOVIMIENTOS MUSCULARES PROVOCADOS AL TEMBLOR ASOCIADOS A LA MARCHA Y CIERTA PERDIDA DE COORDINACION. EL PACIENTE CONTINUA EN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO CON NEUROLOGÍA (MOVIMIENTOS ANORMALES). SE SOLICITA CONSULTA CON PSICOLOGIA Y FONOAUDIOLOGIA

Causa Externa

ENFERMEDAD DE PARKINSON INDICA TRATAMIENTO CON CARBIODOPA DE 25 MG TOMAR 3 VECES AL DIA

PAUTAS DEALARMA Y RECOMENDACIONES.

Causa externa: ENFERMEDAD GENERAL**Análisis y plan**

CARBIODOPA 25 MG TOMAR TRES VECES AL DIA. PAUTAS DE ALARMAS Y RECOMENDACIONES

Control en dos (2) meses

Manifiesto que los datos declarados por mi en este documento son veraces y completos y que no he emitido información relevante que pueda modificar o gravarla realización de mi tratamiento.

DR. JORGE LUIS IGIRIO GAMERO

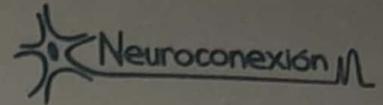
CC 12448046

Especialidad.

NEUROLOGIA Registro.

0914

HISTORIA CLÍNICA



Código plantilla: 890202

Fecha historia: 23/01/2023 04:15 p.m.

Lugar y fecha: Ibagué, Tolima 23/01/2023 04:15 p.m.

Documentos y nombre del paciente: CC 52233049 MARÍA YANELA PEREZ ARGUELLES

Administradora: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Convenio: URGENCIAS

Tipo de Usuario:

CONTRIBUTIVONo. Historia: 52233049

Cona. Historia 294304

Atención Ambulatoria

Datos Generales

Fecha: 23/01/2023

Fecha Nacimiento F: 22/01/1975

Historia: 5223304

Estado Civil: Casada

Teléfono: 3203735348

Tipo de Vinculación F: Cotizante

E.A.P.B.: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Nombre: MARÍA YANELA PEREZ ARGUELLES

Sexo: Femenino

Tipo de Documento F: CC

Dirección: MZA. 18 CASA 8 SANTA ANA

Natural de: TOLIMA

Zone: URBANO

Datos de la Consulta

Resumen de la Historia Clínica: PACIENTE DE 47 AÑOS, QUIEN REFIERE PRESENTAR EPISODIO DE RIGIDEZ Y DISMINUCION DE LA FUERZA EN HEMICUERPO AL IGUAL QUE HEMIHIPOESTECIA IZQUIERDA ASOCIADO A CEFALEA HEMICRANEA.

Examen Físico**- EXAMEN NEUROLÓGICO:**

ALERTA ORIENTADA

FUERZA MUSCULAR

REGULARPARES SIN

AFINACIONES

COORDINACION REGULAR

SENSIBILIDAD

CONSERVADA REFLEJOS

++/++++

Observaciones:

RM DE ENCÉFALO CON ANGIORM 23/11/2022 ENFERMEDAD DE PARKINSON CONFIRMADA COMO CONSECUENCIA LOS GANGLIOS BASALES NO PUEDEN CONTROLAR LOS MOVIMIENTOS MUSCULARES PROVOCADOS AL TEMBLOR ASOCIADOS A LA MARCHA Y CIERTA PERDIDA DE COORDINACION. EL PACIENTE CONTINUA EN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO CON NEUROLOGÍA (MOVIMIENTOS ANORMALES). SE SOLICITA CONSULTA CON PSICOLOGIA Y FONOAUDIOLOGIA

Causa Externa

ENFERMEDAD DE PARKINSON INDICA TRATAMIENTO CON CARBIODOPA DE 25 MG TOMAR 3 VECES AL DIA

PAUTAS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES.

Causa externa: ENFERMEDAD NEUROLOGICA**Análisis y plan**

PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON IDIOPÁTICA PRIMARIA LA CUAL PRESENTA UNA ALTERACIÓN COGNITIVA ESPECIFICA, PRINCIPALMENTE EN LA VELOCIDAD DE LA ENFERMEDAD. PACIENTE QUE DESENCADENA DOLOR Y ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO. ALTERACIÓN EN LA FUNCIÓN COGNITIVA, EQUILIBRIO, DISFAGIA Y DISARTRIA. ACTUALMENTE PRESENTA DIFICULTAD PARA CAMINAR, DEPENDE DE UN TERCERO POR LA PÉRDIDA DE ENERGÍA. VEJIGA HIPERACTIVA, POR LO TANTO, LA PACIENTE NO TIENE CAPACIDAD DE ESTAR SOLA, CONDUCIR, HACER DE COMER, VESTIRSE, DESVESTIRSE, SUBIR ESCALERAS, TOMAR ALIMENTOS; YA QUE EL TEMBLOR EN AMBAS MANOS, BRAZOS Y PIERNAS LE IMPIDEN HACER LABORES SIMPLES. POR LO TANTO, RECOMIENDO MANTENER VIGILADA Y CON REHABILITACIÓN CON TERAPIAS FÍSICAS CONTINUAS Y TRATAMIENTO CON CARBIODOPA.

Manifiesto que los datos declarados por mí en este documento son veraces y completos y que no he emitido información relevante que pueda modificar o gravarla realización de mi tratamiento.

DR. JORGE LUIS IGIRO GAMERO

CC 12448046

Especialidad.

NEUROLOGIA Registro.

0914

ESTUDIO:	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	EDAD: 47 Años
NOMBRE:	PEREZ ARGUELLES MARIA YANELA	SEXO: Femenino
DOCUMENTO:	52.233.049	SEDE:
FECHA ESTUDIO:	10 enero 2023	
ENTIDAD:	CENAC IBAGUE	

Este estudio de imágenes diagnósticas se realizó teniendo en cuenta los protocolos de bioseguridad institucionales que garantizan una atención segura y se guían por las normas recomendadas por la OMS, con el objetivo de limitar el riesgo de expansión del virus SARS-CoV-2 (COVID 19) y ofrecer niveles óptimos de protección a los pacientes, a nuestros colaboradores altamente entrenados y al público en general.

DATOS CLINICOS: Hipertensión arterial con episodios de crisis hipertensiva.

TECNICA: Se realizaron secuencias multiplanares en equipo 3T según protocolos.

RESULTADOS: Se aprecia pérdida de volumen cortical hacia la convexidad a nivel frontal y parietal con los ventrículos de tamaño aumentado y proporcional especialmente los supratentoriales, hay alteración en las cisternas de la base, se observan zonas anormales en el cerebro.

En el parénquima cerebral hay algunas hiperintensidades de gliosis en los centros semiovais, ventrículos y corona radiada, alguna de ellas presenta restricción en la secuencia por difusión, no son de aparición reciente.

En el eco de gradiente hay calcificaciones y datos de hemorragia. La línea media se encuentra conservada.

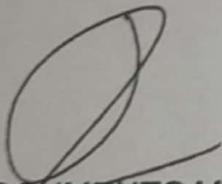
No hay alteración en las orbitas, silla turca o hipófisis.

Se aprecia leve aspecto ectásico de las ramas del polígono de Willis principalmente en circulación posterior.

CONCLUSIONES:

1. PERDIDA DE VOLUMEN CORTICOSUBCORTICAL.
2. CAMBIOS AISLADOS DE GLIOSIS POR MICROANGIOPATIA.
3. ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA

Estudio interpretado por:



DOCUMENTO MÉDICO: 51783462
NOMBRE MÉDICO: VIVAS BONILLA INGRID JANETTE
REG. MÉDICO: 137314



-T-9147

NOMBRE : MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
SERVICIO : CONSULTA EXTERNA H.C. 52233049
ESTUDIO : TAC-SIMPLE DE-CRANEO 30/11/2022

Por orden médica y utilizando elementos de bioseguridad de acuerdo a protocolos institucionales para mitigación de la expansión de la pandemia actual se realiza Intervención de Imágenes diagnósticas teniendo en cuenta las recomendaciones institucionales para el cuidado del paciente, los equipos y el personal

TÉCNICA:

Se realizó una adquisición helicoidal simple en el plano axial simple a través cráneo, con reconstrucciones finas multiplanares.

HALLAZGOS:

Los coeficientes de atenuación del parénquima cerebral son anormales.

El cerebelo, el tallo cerebral y los núcleos grises de la base tienen densidad inadecuada a cambios involutivos.

El sistema ventricular tiene tamaño, forma y posición normal.

La amplitud de los surcos del espacio subaracnoideo periférico y de las cisternas peritroncales se encuentran preservadas.

Se observa colecciones extra axiales compresivas; las estructuras de la línea media se encuentran por encima del diafragma.

A nivel de las estructuras óseas llama la atención adelgazamiento de la calota en la región frontotemporal izquierda por aparente erosión de la tabla interna, hallazgo que podría corresponder a granulaciones aracnoideas sin que pueda descartarse lesión erosiva de otra etiología por lo que recomiendo correlacionar con la localización de los síntomas para definir pertinencia de resonancia magnética contrastada complementaria. Como hallazgo incidental se observa un pólipo versus quiste de retención submucosa en ambos senos maxilares, de 10 mm en el lado derecho y 17 mm en el lado izquierdo.

Alex Julian Prias Avendaño

DR. ALEX JULIAN PRIAS AVENDAÑO

MD. RADIÓLOGO R.M. 94951/2006

PAOI.A1 25-11-2022

S265



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

HORA A. M. <input type="checkbox"/> P. M. <input type="checkbox"/>	FECHA 2023 04 05	REFERENCIA No.
GRADO SEVERIDAD PRIORITARIO <input type="checkbox"/> ORDINARIO <input type="checkbox"/>	REMISIÓN <input checked="" type="checkbox"/> INTERCONSULTA <input type="checkbox"/>	ORDEN DE LABORATORIO <input type="checkbox"/> ORDEN DE IMÁGENES RX <input type="checkbox"/>

ORDEN DE LA REFERENCIA		DESTINO DE LA REFERENCIA			
NOMBRE E.S.M. S175	CÓDIGO	NOMBRE E.S.M./P.S.	NIVEL DE ATENCIÓN I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>		
NIVEL DE ATENCIÓN I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>	SERVICIO SOLICITADO Terapia de Lenguaje	ESPECIALIDAD	CÓD.	CITA OTORGADA AÑO MES DÍA	HORA A. M. <input type="checkbox"/> P. M. <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO						
NOMBRE COMPLETO DEL USUARIO Maria Yaneth Perez Arguelles	DOC. DE IDENTIDAD S2233049	R.C. <input type="checkbox"/>	C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/>	EDAD 48 AÑO MES DÍA	CLASE SEGURO EG M AT EP
CENTRO DE CIRCUNSCRIPCIÓN DEL USUARIO E.M.S.	CÓDIGO	DIRECCIÓN RESIDENCIA			TELÉFONO	
CALIDAD USUARIO ACTIVO <input type="checkbox"/> RETIRADO <input type="checkbox"/>	PENSIONADO <input type="checkbox"/> ENT. DESCENT. <input type="checkbox"/>	BENEFICIARIO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GRADO	NOMBRE DE LA FUERZA Y UNIDAD DONDE LABORA	TELÉFONO	OCCUPACIÓN

ANAMNESIS (ANTECEDENTES)	T/A	T°	FR
	FC	Peso	Talla

HALLAZGOS DEL EXAMEN FÍSICO

RESULTADOS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS (ANEXAS)
Enfermedad de Parkinson.
Disfagia R-13.

TRATAMIENTOS INSTAURADOS
SSI: 07 Sesiones de Terapia de Lenguaje
2 veces por semana.

DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS

INCAPACIDAD		
CÓDIGO	TOTAL DÍAS	FECHA INICIACIÓN
AÑO	MES	DÍA

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA		RESPONSABLE DE LA AUTORIZACIÓN	
NOMBRE Claudia Patricia Melo	PROFESIÓN Fonoaudióloga	NOMBRE DIRECTOR E.S.M.	
CÓDIGO TARJETA PROFESIONAL RP 2827419	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	

ALLIANZ SEGUROS S.A.
NIT 860.026.182-5
LISTA DE DOCUMENTOS POR AMPAROS

DOCUMENTOS A PRESENTAR EN CASO DE RECLAMACIÓN

A continuación se detallan los documentos que se deben aportar de acuerdo a la cobertura reclamada junto con una comunicación en la nos indique: Ciudad dirección, teléfono fijo y celular donde se puedan comunicar con usted.

ENFERMEDADES GRAVES:

- Debe anexar una solicitud o carta formal con sus datos personales que nos indique: (Ciudad dirección, teléfono fijo y celular donde se puedan comunicar con usted).
- Formato de declaración para reclamar el pago de un seguro de vida (documento anexo)
- Fotocopia de la cédula.
- Concepto del médico tratante que especifique estado actual de la enfermedad, secuelas, pronóstico, fecha de diagnósticos, evolución y posible tratamiento.
- Copia de la historia clínica completa incluyendo los exámenes de laboratorio que se tuvieron en cuenta para el diagnóstico.
- Copia de la solicitud de seguro o de la póliza según el caso Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado.

RADICACION DE DOCUMENTOS

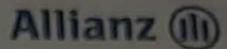
Esta documentación debe ser radicada en el buzón indemnizacionesvida@allianz.co

Nota: En cualquier caso, Allianz Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de Solicitar pruebas o documentos adicionales cuando el siniestro lo amerite.

Si del análisis de estos documentos resultan dudas y/o aclaraciones adicionales, oportunamente las haremos conocer

Cualquier inquietud comuníquese con nosotros al 018000510989 o en Bogotá al 5188801.

Autorización de Pagos



Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.

Ramo: 177

Póliza: 23137211

Ciudad: Bogotá

Fecha: 29/11/2022

Vinculos existentes entre el tomador, asegurado, afianzado y beneficiario

Indique los vinculos existentes entre tomador, asegurado, afianzado y beneficiario

Familiar Comercial Laboral Otro Otro

Persona Natural

Primer apellido: Perez Segundo Apellido: Arguiles Nombres Completos: Maria Yonela

Documento de Identidad

Fecha de expedición

Lugar de expedición

Personas Nacionales

Cédula T.I. NIT NUB

No: 52253044

Genero: M F

Personas Extranjeras

C. Extranjera Pasaporte Carné Directo, Protocolo del MIn. Int. Ex.

No: []

Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.

NACIONALES FUERTES DE LOS PAISES MIEMBROS DE LA COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES. Documento de identidad emitido y vigente en el país EMISOR con el cual ingresó a Colombia

No: []

Fecha de nacimiento: 22/01/1975 Lugar de nacimiento: Fonseca Nacionalidad 1: Nacionalidad 2: Dirección de Residencia: Montaña 18 Casa 9 Email: maria.yonela.perez@...
 Ciudad: Bogotá Teléfono: 320 373 5348 Oficina o profesión: Trabajo particular Actividad: Independiente Dependiente
 Empresa donde trabaja: No aplica. Dirección comercial: Ciudad: []

Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI NO
 Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento publico general? SI NO
 Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder publico? SI NO

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:

Actividad económica	Código CIU
Ingresos Mensuales (Pesos)	Egresos mensuales (Pesos)
Activos (Pesos)	Pasivos (Pesos)
Patrimonio (Pesos)	Otros Ingresos (Pesos)
Concepto otros ingresos	

Persona Jurídica

Nombre o razón social: NIT: []
 Oficina principal: Dirección: Ciudad: Teléfono: Fax: []
 Tipo de empresa: Sector de la economía: Cuál: []
 Actividad económica: Código CIU: []

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

Primer apellido: Segundo Apellido: Nombres Completos: []
 Tipo de documento: N°: Fecha de expedición: Lugar de expedición: []
 Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento: Nacionalidad 1: Nacionalidad 2: []
 Dirección: Ciudad: Teléfono: []

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacios debe anexarse la relación)

Razón social o Nombres Completos	Tipo de identificación	Número	% de participación	Si Tipo de identificación es "OTRO" anotar la razón social del accionario
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			

Descripción de la Actividad económica: Código CIU: []
 Especifique: []
 Ingresos Mensuales (Pesos): Egresos mensuales (Pesos): []
 Activos (Pesos): Pasivos (Pesos): []
 Patrimonio (Pesos): Otros Ingresos (Pesos): []
 Concepto otros ingresos: []

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA - Allianz Seguros en Colombia - Allianz Seguros S.A. NIT: 90010770245 - Calle 100 No. 100-100

Actividades en operaciones internacionales (Para Personas Naturales y Personas Jurídicas)

Realiza transacciones en moneda extranjera		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Cuál	Indique otras operaciones			
Productos financieros en el exterior (Posee productos financieros en el exterior? o ¿Posee cuentas en moneda extranjera?)							
Tipo de producto	Identificación o número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda	
Información sobre reclamaciones en seguros Relacione a continuación las reclamaciones presentadas e indemnizaciones recibidas sobre seguros en los últimos dos años							
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado			
Año	Ramo	Compañía	Causa	Valor indemnizado			
Observaciones por parte del cliente							

El diligenciamiento del presente formato NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a favor del suscriptor.

Yo Mario Yonilo identificado(a) con cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 52233049 autorizo a Allianz Seguros S.A./Allianz Seguros de Vida S.A. a consignar la suma de dinero que dicha compañía me adeuda por concepto de Indemnización en mi cuenta bancaria que más adelante relaciono; o autorizo el pago alternativo a Maria Yonilo identificado con la cédula de ciudadanía/de extranjería o Nit. No. 52233049 con nacionalidad 1 nacionalidad 2 para que se le consigne en la cuenta bancaria que se indica a continuación:

NOTA: NO SE ACEPTAN CUENTAS BANCARIAS COMPARTIDAS.
PARA PERSONAS JURÍDICAS ANEXAR FOTOCOPIA DE CERTIFICADO DE CÁMARA DE COMERCIO.

Código Entidad Financiera (según relación)	<u>032</u>	Número de Cuenta (validar según relación)	<u>24104132331</u>	Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Corriente <input checked="" type="checkbox"/> Ahorros
--	------------	---	--------------------	----------------	--

En caso excepcional de no contar con una cuenta bancaria podrá solicitar que el pago se realice a través del convenio existente con Bancolombia en veintetres (23) oficinas de la red nacional.

Bancolombia:
 Cheque Efectivo Tarjeta Allianz:

Nota: Para el pago en cheque recuerde que tiene cuarenta y cinco (45) días para reclamarlo.
 Si usted es una persona natural recuerde que el monto máximo a pagar en efectivo es de diez millones de pesos (\$10.000.000), si supera este valor la totalidad del pago se hará a través de cheque.
 Si usted es una persona jurídica recuerde que la totalidad del pago se hará a través de cheque.

Declaraciones y Autorizaciones

1. **ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES:** Obrando en nombre propio o en representación de _____, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.); 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., FIDUCIARIA COLSEGUROS S.A., ALLIANZ COLOMBIA S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas; 3) Que mis recursos no provienen de ninguna de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal; 4) Que autorizo a las Compañías para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a las Compañías de toda responsabilidad que se derive de ello y 5) Que me obligo para con las Compañías en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario para lo cual reportaré, por lo menos una vez al año, los cambios que se hayan generado respecto a la información aquí contenida, de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tengan las Compañías, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. **TRATAMIENTO DE DATOS FINANCIEROS:** Autorizo a las Compañías, respecto de las cuales tenga la calidad de consumidor financiero, deudor o contraparte contractual, para que con fines estadísticos de verificación del riesgo, crediticio o de reporte histórico de comportamiento comercial, soliciten, procesen, conserven, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACRÉDITO y CFIN, a la Federación de Aseguradores de Colombia -FASECOLDA, al Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro- INIF y a Inversiones Fasecolda- INVERFAS, en los términos y durante el tiempo que la Ley establezca, desde el momento en que comience mi relación con las Compañías.

3. **TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Autorizo a las Compañías para tratar mis datos personales, es decir, realizar operaciones sobre los mismos, como recolección, almacenamiento, uso, circulación, transferencia o transmisión. Así mismo, las autorizo para que permitan su tratamiento a: (i) Quienes sean sus representantes o con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos; (ii) Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, FASECOLDA y sus filiales; (iii) Operadores y prestadores necesarios para el cumplimiento de los contratos; (iv) Encargados ubicados dentro y fuera del territorio nacional.

IMPORTANTE: Autorizo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y los biométricos y entiendo que las preguntas que me hagan sobre estos datos o los de niños(as) y adolescentes, tienen carácter facultativo.

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y de contratos con las Compañías; (ii) Control y prevención del fraude; (iii) Oferta de productos o servicios de las Compañías o de terceros vinculados, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros; (iv) De seguridad y/o de prueba ante una autoridad judicial o administrativa, cuando los datos sean obtenidos a través de grabaciones o suministrados por el Titular a la empresa de vigilancia para el ingreso o permanencia en las instalaciones de las Compañías; (v) Fines estadísticos, de consulta, gremiales y técnico-actuariales; (vi) Fines tributarios, incluido el envío de información a autoridades tributarias de otros países, tal como la de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

Manifiesto que los datos que he suministrado a las Compañías son ciertos, que la información que he entregado es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada. Esta autorización aplica incluso para aquellos casos en los cuales no se logre formalizar una relación contractual con las Compañías o la relación contractual con las Compañías haya terminado, siempre que subsistan los fines para los cuales serán tratados mis datos.

Los Responsables del tratamiento de los datos son las Compañías, ubicadas en la Carrera 13 A No. 29 - 24 piso 15 de Bogotá, teléfono en Bogotá: 6065803 y a nivel nacional: 018000514405 - Opción 2. Se informa que puede consultar las políticas de tratamiento de datos personales en www.allianz.co

6. **ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:** Me obligo a actualizar o confirmar la información que entrego una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

Las Compañías no se hacen responsables por eventuales retrasos o demoras que se presenten en la realización de los pagos o transferencias debido a inexactitudes en la información consignada por el beneficiario del pago en el presente formato.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior, firma

FIRMA DEL CLIENTE O TERCERO	
<p><u>Maria Yonilo Perez</u></p> <p>Nombre: _____ C.C. No. <u>52233049</u></p>	

Tipo de cuenta Corriente Ahorros

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco de Bogotá	001	9 dígitos	9 dígitos
Banco Popular	002	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
Banco CorpBanca	006	9 dígitos	9 dígitos
Bancolombia	007	11 dígitos	11 dígitos
Scotiabank Colombia	008	10 dígitos	10 dígitos
Citibank	009	10 dígitos	10 dígitos
HSC	010	9 ó 15 dígitos	9 ó 15 dígitos
Banco GNB Sudameris	012	8 dígitos	8 ó 11 dígitos
Banco Ganadero BSV	013	9, 12, 14 ó 16 dígitos	9, 10, 12, 14 ó 16 dígitos
Helm Bank	014	9 dígitos	9 dígitos

ENTIDAD	CÓDIGO	VALIDACIÓN CUENTA	
		CORRIENTE	AHORRO
Banco Colpatría	019	10 dígitos	10 ó 12 dígitos
Banco de Occidente	025	9 dígitos	9 dígitos
Banco Caja Social	032	11 ó 12 dígitos	11 ó 12 dígitos
Diavivenda	051	9 ó 12 dígitos	9 ó 12 dígitos
AV Villas	052	9 dígitos	9 dígitos
Banco Pichindía	060	9 dígitos	9 dígitos
Coomeva	061	12 dígitos	12 dígitos
Falabella S.A.	062	12 dígitos	12 dígitos
Finandina S.A.	063	10 dígitos	10 dígitos

*Para Banco Agrario la red ACH no tiene una estructura definida, por lo cual se recomienda no incluir esas cuentas.

1. Información Tomador (Diligenciar si es diferente al Asegurado)						
Primer Apellido PEREZ	Segundo Apellido ARGUELLES	Nombre Completo MARIA YANELA	Tipo y No. Documento de Identidad CC. 52233049	Género FEMENINO		
2. Información Asegurado (persona natural)						
C.C. <input checked="" type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	NIT <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	No. Documento 52233049	Género FEMENINO	Estado civil CASADA
Primer Apellido PEREZ	Segundo Apellido ARGUELLES	Nombre Completo MARIA YANELA	Ciudad y Fecha de Nacimiento FONSECA GUAJIRA	DD 22	MM 01	AÑO 1975
Dirección particular MANZANA 18 CASA 8 URBANIZA, SANTA ANA		Ciudad IBAGUE TOLI	Dirección Comercial MANZANA 18 CASA 8 URBANIZA, SANTA ANA		Ciudad IBAGUE TOLIMA	
Empresa donde trabaja		Actividad económica de la empresa		Correo electrónico marlayanelaperez@gmail.com		
3. Información Beneficiarios (La sumatoria del % de Participación del valor asegurado debe ser del 100%)						
Tipo Identificación	No. Documento de Identidad	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	% Part. V. Asegurado	Parentesco
CC <input checked="" type="radio"/>	1110570242	EMERSON HASSAN	AVENDAÑO	PEREZ	35%	Hijo <input type="checkbox"/>
CC <input checked="" type="radio"/>	1234640882	CAMILO STEVEN	AVENDAÑO	PEREZ	35%	Hijo <input type="checkbox"/>
CC <input checked="" type="radio"/>	1007677363	GERLI DANIEL	AVENDAÑO	PEREZ	30%	Hijo <input type="checkbox"/>
CC <input type="checkbox"/>						Otros

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CC: Cédula de Ciudadanía - CE: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - TI: Tarjeta de Identidad - RC: Registro Civil. NIT: No. de identificación tributario. Con derecho a Acercamiento SI NO

3.1. Beneficiario oneroso (Autorización renovación póliza)

En caso que se designe un beneficiario oneroso, autorizo a la Compañía para renovar automáticamente la vigencia del contrato de seguro a partir de su vencimiento, por un período no mayor a 12 meses, siempre y cuando la prima de la vigencia anterior haya sido recaudada en su totalidad.

Firma Asegurado _____

C.C. No. _____

4. Coberturas y valores asegurados		Coberturas (Marque la cobertura que desea adquirir)		Valor asegurado (Marque (X) para contratar la cobertura)	
Coberturas	Valor asegurado (Escriba el valor asegurado a contratar)				SI (X)
1 Fallecimiento (cobertura obligatoria)	\$ 80.000.000	5 Auxilio por fallecimiento		\$ 7.000.000	X
2 Incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidentes	\$ 80.000.000	6 Renta diaria por hospitalización y Renta diaria por incapacidad temporal por accidente. (Para amas de casa el valor asegurado será de \$20.000)		Ingreso diario mensual (Máximo \$500.000)	
3 Enfermedades Graves	\$ 72.000.000	7 Asistencia Multifamiliar		Coberturas incluidas en el producto	
4 Indemnización por Fallecimiento Accidental	\$ 80.000.000	8 Asistencia de Adulto Mayor		Coberturas incluidas en el producto	
Seleccione una (1) opción de crecimiento anual del valor asegurado		Seleccione la forma de pago de la prima		9 Asistencia de Bienestar y Salud	
0% <input type="radio"/> 3% <input checked="" type="radio"/> 5% <input type="radio"/>		Anual <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Mensual <input checked="" type="radio"/>		Coberturas incluidas en el producto	

5. Datos del Riesgo, información del asegurado

Especifique claramente su ocupación y actividades detalladas de su cargo: COMERCIANTE DE COMIDAS RAPIDAS INDEPEN DESDE LA CASA

¿Piensa cambiar pronto de ocupación? NO SI ¿A cuál? _____

¿Es piloto de aeronave y/o practica como profesional _____ o aficionado _____, ocasional _____ o regularmente _____ deportes tales como: toreo, automovilismo, motociclismo, vuelo en cometa, paracaidismo, boxeo, montañismo, vuelo en ultralivianos, planeadores, cometas y/o similares, bungee jumping, puenting, rafting, downhill, buceo y otros deportes denominados de alto riesgo y/o extremos? NO SI Favor aclarar: _____

¿Tiene usted servicio de escoltas o guardaespaldas? NO SI aclare motivos: _____

¿Su actividad personal tiene relación con el negocio de las esmeraldas, drogas o estupefacientes? NO SI aclare _____

¿Ha sido o se encuentra amenazado, secuestrado, extorsionado? NO SI aclare motivos: _____

¿Existen o han existido demandas o procesos judiciales promovidos en su contra? NO SI aclare naturaleza de la demanda, juzgado y causa: _____

¿Ha sido investigado por cometer algún delito? NO SI en caso afirmativo especifique: _____

Formato Único de Conocimiento del Cliente

Este formulario debe ser diligenciado en su totalidad y debe acompañarse de los siguientes documentos:

Persona Natural: Fotocopia del documento de identidad ampliada al 150%.

Persona Jurídica: Certificado de Existencia y Representación legal no mayor a 60 días y fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ampliada al 150%.
RUT y Estados Financieros auditados de los últimos 2 años.

Ciudad: Fecha: 16^{DA} 08^{VA} 2022

Tipo de trámite: Vinculación Actualización

Clase de cliente: Tomador Asegurado Apoderado

Persona Natural					
Primer apellido	Segundo Apellido	Nombres Completos			
PEREZ	ARGUELLES	MARIA YANELA			
Documento de Identidad					
Personas Nacionales		Fecha de expedición		Personas Extranjeras	
Cédula <input checked="" type="radio"/> 1.1 <input type="radio"/> NUIP <input type="radio"/>	02-04-1990		C. Extranjero <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carné Direc. Protocolo del Min. Ref. Ext. <input type="radio"/> Permiso Especial Permanencia <input type="radio"/>		No <input type="text"/>
No 52233049		Lugar de expedición		Bogotá	
Nota: Pasaporte siempre y cuando la VISA tenga una vigencia inferior a 3 meses.					
Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Nacionalidad	Dirección de Residencia		
22-01-1975	COLOMBIA	COLOMBIANO	MANZANA 18 CASA 8 URBANIZA, SANTA ANA		
País de residencia	Ciudad	Departamento	Teléfono	Email	Celular
COLOMBIA	IBAGUE	TOLIMA	320 3735348	mariayanelaperez@gmail.com	320 3735348
Código e profesión			Actividad		Dependencia
COMERCIANTE DE COMIDAS RAPIDAS INDEP DESDE LA CASA			Independiente <input checked="" type="radio"/>		Dependencia <input type="radio"/>
Actividad económica			Código CIRJ		
INDEPENDIENTE					
Ingresos Mensuales (Pesos)			Egresos mensuales (Pesos)		
1.200.000			500.000		
Activos (Pesos)			Pasivos (Pesos)		
10.000.000			2.000.000		
Patrimonio (Pesos)			Origen de recursos		
8.000.000			Dividendos <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Actividad económica <input checked="" type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):					
Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento		Fecha de expedición		Lugar de expedición	
País de nacimiento		Nacionalidad		País de residencia	
Actividad económica		Código CIRJ			
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	
Persona Jurídica					
Nombre o razón social					NIT
Email de contacto					Celular de contacto
Oficina principal: Dirección			Ciudad	Departamento	Teléfono
Tipo de empresa			País de domicilio social	País de constitución	Fecha de Constitución
Actividad económica			Código CIRJ		
Ingresos Mensuales (Pesos)			Egresos Mensuales (Pesos)		
Activos (Pesos)		Pasivos (Pesos)		Patrimonio (Pesos)	
Origen de recursos Dividendos <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Actividad económica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL <input type="checkbox"/> CONTROLANTE <input type="checkbox"/>					
Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Email de contacto		Celular de contacto		Tipo de documento	
				N°	
				Fecha de expedición	
Es usted una Persona Expuesta Políticamente (nacional (1), extranjero (2) o de organización internacional (3) o existe algún vínculo familiar, civil o de asociación entre usted y un PEP?: SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>					
Si respondió "SI" a continuación indique el tipo de PEP:					
1. PEP Nacional <input type="checkbox"/>		2. PEP Extranjero <input type="checkbox"/>		3. PEP Organización Internacional <input type="checkbox"/>	
				4. PEP por relación <input type="checkbox"/>	
Si selecciona PEP por relación por favor indique quién es el PEP					
Nombres y apellidos:		Tipo doc. de identidad:		Número doc. Identidad	

VIGILADO BANCO CENTRAL DE RESERVA FINANCIERA DE COLOMBIA

VERSION 2-08-21

7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado

Peso (kg) 65 Estatura (cm) 1.70 ¿Fuma? NO SI ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ Desde cuando? _____
 ¿Beba licor? NO SI , en caso afirmativo, aclare frecuencia OCASIONALMENTE, EVENTOS SOCIALES
 ¿Su capacidad de trabajo está reducida o presenta algún grado de discapacidad o incapacidad para realizar sus labores cotidianas? NO SI ¿Por qué? _____
 ¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO SI Si su respuesta es NO especifique: _____

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :

a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	i. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis, Trauma craneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	k. ¿Paraplejía, Hemiplejía, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Quistes, Divertículos, Hemias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cirrosis hepáticas, Pancreatitis?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
f. ¿Renales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, enfermedades venéreas?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Mieloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> ¿Cuántos meses? _____
h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Pregunta (Literal)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia o práctica			Tratamiento o evolución	Estado actual
		Día	Mes	Año		

8. Compromiso de Sinceridad y Veracidad de las Declaraciones
 De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la Compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier reticencia o inexatitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le viciera de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá alegarla por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. Declaro que mi ocupación esta permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SI NO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

9. Cláusula de Asegurabilidad
 El diligenciamiento de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

10. Tratamiento de Datos Personales
 La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:
 (i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, Intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI NO
 (ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrán suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI NO
 (iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI NO
 El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.
 Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.
DECLARACIÓN: Todos los datos aquí consignados son ciertos, la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que llegare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A y por diez años más después de finalizada la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A les solicite, aún después de mi fallecimiento.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,

Firma Asegurado: Mona Yonela Perez  Índice Derecho

Firma Tomador: Mona Yonela Perez  Índice Derecho

No. Documento de Identidad: 52233049

Se firma la presente solicitud en la ciudad de: IBAGUE TOLIMA el día 16 de AGOSTO de 2022

Código nota técnica: 09-05-2018-1401-NT-P-37-0000000VID304V04

Versión: 05 de octubre de 2019

Declaraciones y Autorizaciones

1. ORIGEN DE FONDOS Y/O BIENES: Obranlo en nombre propio o en representación del tomador/asegurado, de manera voluntaria y afirmando que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones de origen de los fondos y/o bienes: 1) Que los recursos de mi propiedad o de la persona jurídica que represento provienen de fuentes lícitas y, por ende, no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano; 2) Que los recursos que se deriven del desarrollo de la relación comercial con ALLIANZ SEGUROS S.A., ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., incluyendo sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas, (en adelante "las Compañías") no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a financiar la proliferación de armas de destrucción masiva; 3) Que autorizo a Allianz para tomar las medidas correspondientes en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiéndola de responsabilidad que se derive de ello; 4) Que me obligo para con Allianz en nombre propio o de la entidad que represento a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, incluida la información de los socios o accionistas que tengan más del 5% de la participación social.

2. TRATAMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Allianz Seguros de Vida S.A., identificada con NIT 860.027.404-1 y Allianz Seguros S.A., identificada con NIT 860.026.182-3, quienes en adelante se denominarán "Allianz", sociedades domiciliadas en la ciudad de Bogotá, Colombia, de manera independiente y como responsables del tratamiento, manifiestan que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y/o complementarios y la política de tratamiento de datos personales que podrá consultarse en <https://www.allianz.co/seguridad-y-politica-de-datos/politicas-de-privacidad.html>, consultarán, recolectarán, almacenarán, compartirán, procesarán, actualizarán, usarán, dispondrán o podrán llegarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad, por ende, Usted de cara a entender que con su aceptación autoriza a Allianz a tratar sus datos personales de identificación, ubicación y socioeconómicos, e información por usted suministrada a Allianz, incluida la de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. Así mismo entiendo que, con el suministro de la información personal sobre asegurados y/o beneficiarios, en cuyo favor se celebra el respectivo contrato de seguro, Usted, en ejercicio de la facultad que otorga el literal 4 del artículo 2.2.2.25.4.1 del Decreto Único 1074 de 2015, autoriza también el tratamiento de los datos personales de estos.

La información personal descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo, validar y verificar su identidad para la vinculación, así como el ofrecimiento y otorgamiento de productos y servicios; dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por Allianz con el titular de información en relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este; remitir a las autoridades competentes, incluyendo las fiscales y a los reguladores financieros, nacionales o extranjeros, la información relacionada con la titularidad de los productos y servicios contratados o que llegare a contratar, datos de contacto, movimientos y saldos, y toda aquella información que reposa en Allianz que sea solicitada por normas nacionales o extranjeras; para la prevención y/o detección del fraude o cualquier tipo de delito, lo que incluye consultar y/o verificar la información personal que se encuentre publicada en redes sociales y/o internet, e consultar, corroborar, obtener información personal adicional y actualizar datos personales con la información que reposa en las bases de datos administrados por operadores de la información, bases de datos públicas u otras bases externas, con el propósito de dar cumplimiento a las instrucciones impartidas por la Superintendencia Financiera sobre prevención del riesgo de lavado de activos, la financiación del terrorismo y la proliferación de armas de destrucción masiva; consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar información que se refiera al comportamiento crediticio, financiero, comercial y civil, a las Centrales de Información u operadores de información como DATACREDITO y-CIFIN, con el objeto de evaluar la solicitud de seguro y/o cumplimiento de las obligaciones financieras, comerciales y/o crediticias.

Con ocasión a lo anterior, Allianz podrá compartir la información que considere pertinente y/o necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y otros terceros con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular telefónicamente o a través de mensajes electrónicos tales como vía chat, mensajes de texto, correo electrónico, SMS, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios ofrecidos por terceros vinculados o aliados a Allianz, así como para el envío o realización de campañas de fidelización o mejora de servicio, encuestas y estudios de mercado, por lo que Allianz podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores, prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI NO

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI NO

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atienda en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por Allianz podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes Allianz (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000513500 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Carrera 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

Mona Yonelw Perez
Firma del cliente o apoderado



Constancia de la entrevista

Lugar: TELEFONICAMENTE

Fecha: 16/10/2022

Con la firma de este documento, yo (nombre Intermediario) SEGURALIA LTDA, identificado con (tipo doc. Id.) NIT número 901187484 - 2 y número de clave 1707057 declaro:

- 1. Haber verificado la información personal, socioeconómica y financiera del "potencial cliente" y "cliente" en los términos de la C.E. 027 del año 2020 de la SFC. SI NO
- 2. Considerar razonable la información financiera con la información socioeconómica del potencial cliente. SI NO
- 3. Considerar que la información socioeconómica del cliente es acorde a su actividad económica en comparación con el mercado. SI NO
- 4. Haber tomado las medidas necesarias para conocer al cliente a través de una entrevista que yo realicé con máximo dos días previos a la fecha de firma de esta declaración. SI NO

Con base en lo anterior, en mi concepto la vinculación del cliente debería ser

APROBADO RECHAZADO

Firma del responsable de la vinculación DENIS DAYANA LOZADA G.

Definición de las diferentes categorías de PEP

- 1. **PEP nacional:** Según la definición contemplada en el Decreto 1674 de 2016 y demás normas que lo modifiquen, complementen, sustituyan o adiciónen. Sin perjuicio de lo anterior, consideran PEP los servidores públicos de cualquier sistema de nomenclatura y clasificación de empleos de la administración pública nacional y territorial, cuando en los cargos que ocupen, tengan en las funciones del área a la que pertenecen o en las de la ficha del empleo que ocupan, bajo su responsabilidad directa o por delegación, la expedición de normas o regulaciones, la dirección general, la formulación de políticas institucionales y adopción de planes, programas y proyectos, el manejo directo de bienes, dineros o valores del Estado y la administración de justicia o facultades administrativo sancionatorias. Funciones pueden ser a través de ordenación de gasto, contratación pública, gerencia de proyectos de inversión, pagos, liquidaciones, administración de bienes muebles e inmuebles. PEP desde su nombramiento y hasta 2 años después de dejar su cargo.
- 2. **PEP extranjeros:** Son aquellas personas que desempeñan funciones públicas destacadas en otro país. Se entienden por PEP extranjeros: (i) jefes de Estado, jefes de Gobierno, ministros, subsecretarios o secretarías de Estado; (ii) congresistas o parlamentarios; (iii) miembros de tribunales supremos, tribunales constitucionales u otras altas instancias judiciales cuyas decisiones no admitan normalmente recurso, salvo en circunstancias excepcionales; (iv) miembros de tribunales o de las juntas directivas de bancos centrales; (v) embajadores, encargados de negocios y altos funcionarios de las fuerzas armadas, y (vi) miembros de los órganos administrativos, de gestión o de supervisión de empresas de propiedad estatal.
- 3. **PEP de organización internacional:** Son aquellas personas que ejercen funciones directivas en una organización internacional. Se entienden por PEP de organizaciones internacionales directores, subdirectores, miembros de juntas directivas o cualquier persona que ejerza una función equivalente. En ningún caso, dichas categorías comprenden funcionarios de niveles intermedios o inferiores.
- 4. **PEP por relación:** Definición de vinculado: 1. Segundo grado de consanguinidad (padres, abuelos, hermanos, hijos, nietos), 2. Segundo de afinidad (yernos, nueras, suegros, cuñados, abuelos del cónyuge o compañero/a permanente del PEP), y 3. Primero civil (hijos adoptivos o padres adoptantes). 4. Asociado cercano: usted es socio, asociado o tienen un negocio con un PEP, ya sea por medio de una persona jurídica o directamente.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, Allianz Seguros de Vida S.A. NIT: 860.027.404-1, Allianz Seguros S.A. NIT: 860.026.182-3 DE COLOMBIA

VERSION 2.40821



Documento de cotización del Riesgo

Allianz
Estudio del seguro
Allianz Vida Individual
Vida Activa
www.allianz.co

Periodo: 16/08/2022 Término: 16/08/2023

DATOS GENERALES

Propuesta presentada a: Susa Perez
Fecha Cotización: 16/08/2022
Desde las 0:00 Horas del 16/08/2022
Hasta las 24:00 Horas del 16/08/2023
Importes expresados en PESO COLOMBIANO
Incremento Anual del Valor Asegurado: 3%
Edad Inicial: 47
Temporalidad: 1 año
Fraccionamiento: Mensual

Table with 2 columns: Coverage Name and Amount. Includes: Fallecimiento (\$80,000,000), Auxilio por Fallecimiento (\$7,000,000), Indemnización Fallecimiento Accidental (\$80,000,000), Incapacidad, Inutilización ó Desmiembro (\$80,000,000), Enfermedades Graves (\$73,000,000), Renta Diaria por hospitalización ó incapacidad temporal por accidente (\$), Salud y Bienestar (No), Adulto Mayor (No), Multifamiliar (No).

* Por favor tenga en cuenta que el valor asegurado crece anualmente el porcentaje seleccionado sobre el valor asegurado inicial de los amparos.

SIMULACIÓN TARIFA POR AÑOS

Table with 5 columns: Año, Edad, Valor asegurado Fallecimiento, PRIMA COMERCIAL ANUAL, FRACCIÓN. Values range from Year 1 (Age 47) to Year 31 (Age 77).

Summary table with 5 columns: Año, Edad, Valor asegurado, PRIMA COMERCIAL ANUAL, FRACCIÓN. Shows values for years 32 and 33.

Esta liquidación provisional no implica aceptación del riesgo, está sujeta a estudio y aprobación que sea del caso.
Ha sido elaborada con base a los datos facilitados por el cliente y las primas calculadas según las tarifas vigentes en el día de su elaboración, constituyendo únicamente un estudio informativo, SIN VALIDEZ CONTRACTUAL y condicionado a que todos los antecedentes indicados se mantengan y sean contratados.
La vigencia de esta cotización es de 30 días calendario, contados a partir de la fecha de generación de esta.

Allianz Seguros de Vida S.A.
Cra. 10a No 20-24 - Bogotá - Colombia
www.allianz.co
Tel. 000027404 - 1



Vida

Documento
resumen de las
condiciones
contratadas

Allianz

Condiciones Particulares

de AllianzVida ActiAll

www.allianz.co

 **seguralia**

SEGURALIA LTDA
Agente de Seguros Vinculado
NIT: 9011874842
AV CRA 68 75A 50 CC METRO- 50 PISO 4
BOGOTÁ
Tel: 3232275778
Móvil 3232275778
E-mail: fctob@seguralia.com

Este documento corresponde a las condiciones particulares de su póliza y contiene la información, coberturas y beneficios particulares del compromiso que Allianz adquiere con usted.

Datos Generales

Tomador del Seguro: PEREZ ARGUELLES MARIA, YANELA CC: 52233049
MANZANA 18 CASA 8 URBANIZA SANTA ANA
IBAGUE
Teléfono: 3203735348
Email: mariayanelaperez@gmail.com

Beneficiarios

Nombre Beneficiario	Tipo y No. documento de identidad	% Participación del Vr. Asegurado
EMERSON HASSAN AVENDAÑO PEREZ	CC: 1110570242	35,00 % participación
CAMILO STEVEN AVENDAÑO PEREZ	CC: 1234640882	35,00 % participación
GERLI DANIEL AVENDAÑO PEREZ	CC: 1007677363	30,00 % participación

En caso de no designar beneficiarios, serán los de ley (de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1142 del Código de Comercio).

Póliza y duración: Póliza n°: 023137211 / 0 Suplemento N°: 3
Duración: Desde las 00:00 horas del 18/08/2022 hasta las 24:00 horas del 17/08/2023.

Crecimiento anual del valor asegurado: 3,00%

Tipo de crecimiento anual del valor asegurado: Aritmético

Datos Asegurado (Condiciones particulares)

Asegurado: PEREZ ARGUELLES MARIA, YANELA
MANZANA 18 CASA 8 URBANIZA SANTA ANA
IBAGUE
Teléfono: 3203735348
Email: mariayanelaperez@gmail.com

Coberturas Contratadas

Amparos	Valor Asegurado (\$)	Valor Prima (\$)
Fallecimiento	80.000.000,00	273.395,20

Allianz 

Allianz Seguros de Vida S.A.
Cra. 13a No.29-24 - Bogotá - Colombia
www.allianz.co

BOGOTÁ FARMER 1
AV CRA 68 75A 50 CC METRO
BOGOTÁ

Liquidación de Primas (\$)

Nº de recibo : 909867007

Periodicidad del pago: MENSUAL

Período: de 18/02/2023 a 17/03/2023

Valor Prima MENSUAL

23.960,00

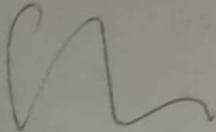
Información Adicional

Las condiciones generales de la póliza, incluyendo el detalle general del compromiso que Allianz adquirió con usted, las encontrará en el clausulado adjunto a la carátula y en la página web de Allianz www.allianz.co/seguros/personas/vida/actual.html

El contrato de seguro esta integrado por la carátula de la póliza, las Condiciones Generales, la solicitud de seguro, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

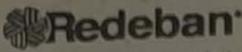
De conformidad con el artículo 1152 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del seguro.

Si después de la terminación del seguro, Allianz llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de primas, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de Allianz se limitará a la devolución del dinero entregado fuera del límite establecido.



Santiago Lozano Cifuentes
Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

Código clausulado - 18/05/2022-1401-P-37-0000000VID304V05-D001
Código nota técnica - 18052022-1401-NT-P-37-0000000VID304V05



IMP: 28/2023 15:01:56 PÁG. 9/61

CORRESPONSAL BANCOLOMBIA
BARRIO URBANIZACIÓN PA
MZ M CASA 1A URB PACAND
 C.ÚNICO: 3007030403 TEL: 60422844

RECAUDO
 CONVENIO: 34951
 ALLIANZ SEGUROS DE V
 TEL: 1600748387837

VALOR \$ 89.518,00

Bancolombia es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta. Verifique que la información en este documento este correcta. Para reclamos consulte al 018000512345. Conserve esta tirilla como soporte.

CLIENTE

tenga ningún inconveniente en la utilización de su póliza.
 - En caso de dudas o inquietudes referentes al valor a pagar, puede contactarse con nuestra línea nacional 018000512345 y en Bogotá en el teléfono 6016065900 donde nuestros operadores resolverán sus inquietudes.

DATOS DEL CLIENTE

PEREZ ARGUELLES MARIA, YANELA
 MANZANA 1B URBANIZA SANTA ANA
 IBAGUE

REFERENCIA DE PAGO: 16001748387837

FECHA DE EXPEDICIÓN DOCUMENTO: 27/01/2023

DATOS DEL COBRO

Producto: Vida ActuAll
 Póliza: 023137211 / 0
 Periodo facturado: 18/12/2022 - 18/01/2023
 Clave Asesor: 1707057 Impresión N°: 1

DETALLES DE VALORES A PAGAR

PRIMA 89.518,00

TOTAL CHEQUE \$

Valor a pagar 89.518,00

TOTAL EFECTIVO \$

Espacio Para Sello de Banco

Fecha de pago:

Fecha Limite de pago: 01/febrero/2023

TOTAL A PAGAR \$

Allianz Seguros de Vida S.A. Nit. 860027404 - 1 Gran Contribuyente - Regimen Común - No sujetos a Retención

Internet

Ingrese a nuestra página web www.allianz.co, ubique el link de pago PSE, regístrese y realice sus pagos.



Débito Automático

Para pagos con debito a su cuenta de ahorros o cuenta corriente, la información y autorización debe ser suministrada en el momento de la suscripción de la póliza o en el momento de renovación de la misma.

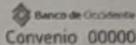


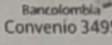
Financiación Externa

Allianz Seguros S.A. ha establecido convenios con entidades financieras especializadas para que usted pueda tomar el crédito para el pago del valor total de la prima.

Para acceder a esta opción, por favor contacte a su asesor de seguros, o en la oficina de Allianz más cercana, o puede llamar a la línea de atención nacional 018000514405 y en Bogotá en el teléfono 6016065900.

Efectivo o Cheque

Convenio 00000  Convenio 00000

 Convenio 34951

COMPROBANTE ÚNICO DE DÉPOSITO

TITULAR DE LA CUENTA: Allianz Seguros de Vida S.A. Nit. 860027404 - 1

REFERENCIA DE PAGO: 16001748387837

Fecha de pago:

TOTAL EFECTIVO \$

Valor a pagar hasta: 01/febrero/2023 \$89.518,00



(415)7701037100048(8020)16001748387837(3900)0000000089518(96)20230201

COMPROBANTE ÚNICO DE DÉPOSITO

TITULAR DE LA CUENTA: Allianz Seguros de Vida S.A. Nit. 860027404 - 1

DETALLE CHEQUES			
COD BANCO	NÚMERO	CHEQUE	VALOR
TOTAL CHEQUES			

REFERENCIA DE PAGO: 16001748387837

Fecha de pago:

Valor a pagar hasta: 01/febrero/2023 \$89.518,00



(415)7701037100048(8020)16001748387837(3900)0000000089518(96)20230201

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BANCO EFECTIVO



Bogotá, D.C., 10 de enero 2023

Señora
PEREZ ARGUELLES MARIA, YANELA
Mz 18 Casa 8 Urb. Santa ana
Teléfono 320 3735348
Email: mariayanelaperez@gmail.com
Ibagué - Tolima

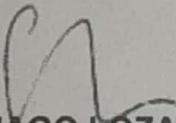
Referencia: Revocación de amparos adicionales y no renovación, Seguro de Vida Individua
Vida ActuAll No. **23137211**

Estimada señora Perez:

Por medio de la presente, le informamos que Allianz Seguros de vida S.A, en virtud de la facultad consagrada en el artículo 1071 del Código de Comercio, nos permitimos **informar** las siguientes decisiones respecto de la póliza mencionada:

1. Serán revocadas las coberturas adicionales al básico de vida, contenidas en la póliza: Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, Auxilio por fallecimiento, Enfermedades Graves e Indemnización por fallecimiento Accidental, a partir del 24 de enero del 2023 la póliza seguirá vigente, pero solo con la cobertura de fallecimiento.
2. Teniendo en cuenta lo anterior, nos permitimos informar que la vigencia del contrato de Seguro de Vida ActuAll contenida en la póliza No. 23137211, termina el día 18 de agosto de 2023 y que Allianz Seguros de Vida S.A. ha tomado la decisión de no renovar dicha póliza.

Atentamente,


SANTIAGO LOZANO CIFUENTES
Vicepresidencia de Personas
Allianz Seguros de Vida S.A.

Coberturas

Tipo de Garantías	Garantías	Edades		Relación de valores asegurados	
		Máxima de ingreso	Máxima de permanencia	Valor asegurado mínimo	Valor asegurado máximo (*)
Obligatoria	Fallecimiento	69	80	\$50.000.000	Vr. solicitado por el asegurado
Coberturas Optativas y/o adicionales (libre selección)	Incapacidad, inutilización o desmembración por accidente	69	70	\$20.000.000	Vr. solicitado por el asegurado
	Enfermedades graves	69	70	\$20.000.000	\$900.000.000
	Indemnización por fallecimiento accidental	69	70	\$20.000.000	Vr. solicitado por el asegurado
	Auxilio por fallecimiento	69	80	\$7.000.000	\$7.000.000
	Renta diaria por hospitalización y renta diaria por incapacidad temporal por accidente	69	70	Según ingresos mensuales	\$500.000
	Asistencia multifamiliar	69	70	No aplica	No aplica
	Asistencia adulto mayor	69	70	No aplica	No aplica
	Asistencia de bienestar y salud	69	70	No aplica	No aplica

Las coberturas son complementarias

Cuando cumpla la edad máxima de permanencia el Asegurado continuará con la cobertura hasta que termine la vigencia en curso del seguro.

(*) Revisar guías técnicas de suscripción

CONSTANCIA DE NO ACUERDO

CONVOCANTE	MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES
C.C./NIT.	52233049
CORREO ELECTRÓNICO	marlayanelaperez@gmail.com
CONVOCADO	ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT.	860027404-1
CORREO ELECTRÓNICO	notificacionesjudiciales@allianz.co; kvillarraga@gha.com.co
RADICADO	2023048503

Gilberto Reyes Marín identificado con cédula de ciudadanía No. 80.778.291 de Bogotá y T.P. 178.375 del C. S. de la J. y quien en la presente audiencia de conciliación extrajudicial en derecho actúa como Conciliador del Centro de Conciliación de la Superintendencia Financiera de Colombia, y en virtud de la Ley 2220 de 2022, hace constar lo siguiente:

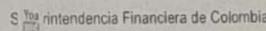
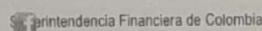
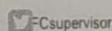
En el Centro de Conciliación de la Superintendencia Financiera de Colombia fue presentada una solicitud de conciliación, el 27 de abril 2023, por **MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES** con el objeto de solucionar las posibles diferencias presentadas con **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, en relación con los siguientes antecedentes:

HECHOS

1. El día de agosto de 2022 adquirí una póliza de vida con Allianz.
 2. El 28 de noviembre 2022 por la solicitud de conciliación por parte de la aseguradora Allianz me la objeto argumentando que ya me habían cancelado la póliza por no haber pagado las cuotas.
 3. Tratados entre Allianz y yo en donde se acordó que Allianz me devolviera el dinero que me había pagado por la póliza.
 4. Cobré una suma de dinero por la póliza de vida y después solo la cobré una vez más después de haber pagado durante un año de ellas.
- PRETENSIONES
- Primera: La póliza de vida que Allianz me había pagado por la póliza de vida.
- Segunda: Que Allianz me devolviera el dinero que me había pagado por la póliza de vida.

Centro de Conciliación de la Superintendencia Financiera de Colombia
(Cod. 3454 - Resolución 2074 de 8 de noviembre de 2022 - MinJusticia)

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho



Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: +57 601594 02 00 - 601594 02 01
www.superfinanciera.gov.co



MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

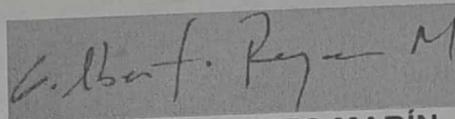
En virtud de la solicitud anterior, se programó audiencia de conciliación para el día 30 del mes de mayo de 2023 a las 8:00 A.M., mediante la plataforma Microsoft Teams.

En la fecha y hora indicada -se hicieron presentes y de manera virtual a la audiencia de conciliación:

Como parte convocante: **MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES** identificado con C.C. No. 52233049.

Como parte convocada el Dr. Kevin alexander Villarraga identificado con C.C. No. 1.144.090.875 y T.P. No. 369.474 en calidad de apoderado de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**

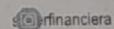
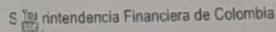
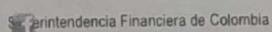
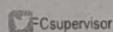
El conciliador instaló la audiencia de conciliación, explicando las características, objeto y alcance del mecanismo de la conciliación. Iniciada la audiencia de conciliación y surtidas las primeras deliberaciones y explicaciones, las partes finalmente no llegaron a un acuerdo que pusiera fin a sus diferencias, en consecuencia, se expide la presente **CONSTANCIA DE NO ACUERDO**, a los 30 días del mes de mayo de 2023.



GILBERTO REYES MARÍN
Conciliador
T.P. 178.375 del C. S. de la J.

Centro de Conciliación de la Superintendencia Financiera de Colombia
(Cod. 3454 - Resolución 2074 de 8 de noviembre de 2022 - MinJusticia)

VIGILADO Ministerio de Justicia
y del Derecho



Calle 7 No. 4 - 49 Bogotá D.C.
Conmutador: +57 601594 02 00 - 601594 02 01
www.superfinanciera.gov.co



MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO

**FORMATO DE QUEJAS PRESENTADAS
ANTE EL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO**
(Circular Externa 023 de 2021 de la SFC)

Estimado consumidor, de acuerdo con la nueva modalidad adoptada por la Superintendencia Financiera de Colombia para el registro de quejas en el sistema SmartSupervision (Circular Externa 023 de 2021 de la SFC), para tramitar su queja en la Defensoría del Consumidor Financiero, diligencie el siguiente formato si su solicitud corresponde a una **QUEJA CONTRA LA COMPAÑÍA DE SEGUROS** respecto a posibles fallas en la prestación del servicio.

Si su solicitud atiende **A OTRO TIPO DE TRÁMITE** por favor comunicarse a los siguientes canales de atención, dado que **NO PUEDE SER TRAMITADA POR NOSOTROS**:

Web: www.allianz.co
Bogotá, Calle 72 # 6-44
Teléfonos 601 5188787

I. A continuación, diligenciar los siguientes campos **OBLIGATORIOS**:

TIPO DE PERSONA: Natural Jurídica ()

NOMBRE: *Maria Yanela Pérez Argüelles*

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: *52.233.049*

SEXO: Hombre () Mujer Otro ()

NÚMERO CELULAR DE CONTACTO: *3203735348*

DIRECCIÓN RESIDENCIA: *Mzna. 18 casa # 8 B/santa Ana*

PAIS: *Colombia*

DEPARTAMENTO: *Tolima*

MUNICIPIO: *Ibagué*

CORREO ELECTRÓNICO: *mariayandaperez@gmail.com*

TIPO DE PÓLIZA Y/O SEGURO INCLUYA PLACA VEHÍCULO SI APLICA:

Vida. Actual Allianz.

II. A continuación, diligenciar los siguientes campos **OPCIONALES** escribiendo una "X" de acuerdo a su situación personal.

a) ¿Tiene usted alguna condición especial de las que a continuación se enlistan? (recuerde escribir una "X" al lado y acompañar prueba que acredite su condición):

Adulto mayor () Pensionado () Receptor de subsidio () Discapacidad auditiva ()
Discapacidad física () Menor de edad () Indígena () Mujer embarazada ()
Reinsertado () Víctima de conflicto armado () Afrocolombiano () Desplazado
Madre cabeza de familia () Sordomudo () Discapacidad cognitiva ()
Discapacidad visual () Periodista () Otra () No responde ()

b) ¿PERTENECE USTED A LA COMUNIDAD LGTBIQ?

Si () NO (X) No responde ()

Si su respuesta es SI, señale con una X a cuál

Lesbianas () Gays () Transexuales () Bisexuales () Intersexuales ()

c) NARRE DENTRO DEL SIGUIENTE RECUADRO BREVEMENTE Y DE MANERA CONCRETA LOS HECHOS OBJETO DE SU QUEJA (los anexos los puede acompañar a este formulario).

Estoy en desacuerdo con la compañía Aseguradora 'Allianz' por negarme el pago de indemnización por enfermedades graves. yo nunca he padecido las enfermedades que ellos mencionan, la única enfermedad que padesco es la que padesco en la actualidad, y no Acepto la revocatoria de la póliza. Exijo el pago de mi enfermedad, ya que yo cumpla con todos los requisitos para tal fin. Me siento estafado, ultrajado por dicha compañía Anexo. Documentos soportes.

Acompañe el presente formulario con los anexos que usted considere pertinentes para sustentar su queja. Debe acompañarlos en formato WORD, PDF, EXCEL, JPG, MP3, MP4, BMP y con un tamaño máximo por anexo de 10 megabyte (MB) y un máximo total de todos los anexos de 20 megabyte (MB).

Envío expediente de tutela número 73001400901120230004200 a Corte Constitucional.

Envío Tutela corte constitucional <correoet@corteconstitucional.gov.co>

Mié 10/05/2023 11:36 AM

Para: Juzgado 05 Penal Circuito Funcion Conocimiento - Tolima - Ibagué

<j05pctoconiba@cendej.ramajudicial.gov.co>



Usted envió 5 archivos correspondientes al expediente de tutela número **73001400901120230004200** para su eventual revisión por parte de la Corte Constitucional.

Fecha Envío

miércoles, 10 de mayo de 2023

Número Expediente

73001400901120230004200

Relación de Archivos

- 02EscritoTutela.pdf --> 11460669 Bytes
- 04ContestaAccionada.pdf --> 371814 Bytes
- 05FalloTutela.pdf --> 222860 Bytes
- 07Impugnacion.pdf --> 1460144 Bytes
- 04SentenciaTutela2a (11).pdf --> 544483 Bytes

Cantidad 5

Se recuerda que este correo sólo confirma que el 'cargue de archivos' a la plataforma y el 'envío' a la Corte Constitucional por esta herramienta fueron exitosos. Pero no implica la recepción o radicación efectiva de la tutela. Se considera que el expediente 'ingresa' a la Corte Constitucional cuando sea efectivamente radicado y se le asigne un número 'T'. Esta claridad es necesaria porque antes de la radicación el envío puede ser cancelado y el registro modificado o eliminado, además que la Corte Constitucional puede advertir algún error que impide su radicación y devolverlo.

Para consultas tenga en cuenta el número del expediente:
73001400901120230004200

<https://www.corteconstitucional.gov.co>

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.



Bogotá D.C., 10 de enero del 2023

Señora
María Yanela Pérez Arguelles

Referencia	Reconsideración
Póliza	23137211
Tomador	María Yanela Pérez Arguelles CC 52233049
Reclamo	121145061

Reciba un cordial saludo. En atención a su solicitud de reconsideración para el reclamo de la referencia; nos permitimos realizar las siguientes precisiones:

Las condiciones Particulares de la póliza de seguro de Vida ActuAll, establece los parámetros bajo las cuales se puede hacer exigible la cobertura de enfermedades graves, definiéndola así:

"3) ENFERMEDADES GRAVES

Habrá cobertura para el amparo de enfermedades graves cuando un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, le diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la presencia o padecimiento de cualquiera de las enfermedades relacionadas a continuación, siempre y cuando no se deriven de enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas y haya transcurrido por lo menos noventa (90) días desde la iniciación de la vigencia de este amparo y el asegurado sobreviva al menos treinta (30) días al diagnóstico.

para ciertas enfermedades específicas, se aplicarán los plazos descritos en sus definiciones.

para todos los efectos previstos en esta póliza y en este amparo se entiende por:

(...)

ENFERMEDAD DE PARKINSON: diagnóstico clínico inequívoco de enfermedad de parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de parkinsonismo están excluidas) antes de los 66 años, confirmado por un especialista en neurología. la enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria. (subrayado por fuera de texto).

(...)

En ese sentido, para que se configure la cobertura del amparo en los términos del contrato; esto es que la patología de la Asegurada se considere enfermedad grave, es necesario que el diagnóstico se haya dado después de 3 meses del inicio del amparo y que dicha enfermedad afecte más de 3 actividades diarias, es decir, que ella no las pueda realizar por sí misma, entre otros.

Ahora bien, revisada la Historia Médica aportada con la presente solicitud, y con la reclamación inicial, encontramos que la póliza inició vigencia el 18 de agosto del 2022, y el parkinson fue diagnosticado el 13 de octubre del 2022; y que el estado actual de dicha patología no le impide desarrollar de manera independiente las actividades de la vida diaria por sí misma.

Teniendo en cuenta lo anterior, y de acuerdo con la evaluación médica, el diagnóstico del parkinson por el cual se presenta la reclamación no cumple con los requisitos mencionados en la póliza, para ser de cobertura, ya que, la enfermedad se determinó dentro de los 3 primeros meses desde el inició de la póliza, por lo que, sucedió dentro del periodo de carencia, y porque a la fecha, la patología objeto de estudio no le impide desarrollar más de 3 actividades diarias de manera independiente.

Aunado a lo anterior, al momento de suscribir la póliza de la referencia, el 16 de agosto de 2022, usted, no declaró que había sido previamente diagnosticada con Artritis-Poliartritis crónica, cáncer de cérvix, tumor de la mama, Síndrome Del Túnel Carpiano, por lo tanto, fue reticente. Pues no cumplió con el deber señalado en la norma, por cuanto, en los cuestionarios insertos en la respectiva Declaración de Seguro se pregunta de manera expresa: Si tiene antecedentes médicos de importancia, si ha tenido cáncer, artritis, artrosis, y enfermedades de los huesos y articulaciones; y al momento diligenciar la solicitud de seguro, frente a la información antes relatada usted omite informar las circunstancias antes comentadas, y en contraste informa que se encuentra en buen estado de salud, y frente al cuestionario allí insertó marca en todas las casillas, que no ha padecido ninguna de las enfermedades ahí listadas, Por tanto, apelando el principio de la buena fe, usted tenía el deber de informar a la Aseguradora su historial médico, so pena de viciar el contrato de seguro suscrito.

Esperamos de esta forma haber absuelto sus inquietudes, y expresar de manera clara, porque Allianz no puede acceder favorablemente a la solicitud de reconsideración para el presente reclamo, y ratifica la objeción emitida.

Cordialmente,



Firma Autorizada

Dirección Indemnizaciones Vida, AP y SOAT

Allianz 

Carrera 13A No. 29 - 24 Piso 10 - Bogotá, Colombia

Teléfono +57(1) 5188801

Visítenos en www.allianz.co

PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR
INDEPENDIENTEMENTE TRES O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

SE CONSIDERA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BAÑARSE (CAPACIDAD DE TOMAR UN BAÑO O DUCHARSE), VESTIRSE Y DESVESTIRSE, HIGIENE PERSONAL (CAPACIDAD DE USAR EL LAVATORIO Y MANTENER UN NIVEL RAZONABLE DE HIGIENE), MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE AL INTERIOR DE UN MISMO NIVEL O PISO), CONTINENCIA (CONTROL SOBRE LOS ESFÍNTERES), COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA) O CAUSAR POSTRACIÓN E INCAPACIDAD PARA LEVANTARSE SIN ASISTENCIA DE TERCERAS PERSONAS. ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MÉDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE 3 MESES. (...) (Comillas y negrilla ajenas al texto).

Así mismo al momento de suscribir la póliza de la referencia, el 16 de agosto de 2022, la señora María Yanela Perez Arguelles, no declaró que había sido previamente diagnosticada con Artritis-Poliartritis crónica, **cáncer de cérvix tratado**, tumor de la mama, Síndrome Del Túnel Carpiano por lo tanto, fue reticente.

En este mismo sentido, al revisar el historial médico de la Asegurada, en Dirección General de Sanidad Militar encontramos que:

(...) Fecha 04/05/2021 (...) Diagnostico: **TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MAMA(...)** (Comillas y negrillas ajenas al texto).

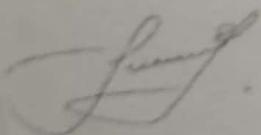
(...) Fecha 01/10/2021 (...) Diagnostico: **SINDROME DEL TUNEL CARPIANO (...)** (comillas y negrillas ajenas al texto)

(...) Fecha 14/02/2022 (...) Diagnostico: **ARTROSIS, NO ESPECIFICA(...)** (Comillas y negrillas ajenas al texto).

4. Teniendo en cuenta lo anterior, no se cumplieron los presupuestos indicados en el numeral 3 de la presente comunicación toda vez que, de acuerdo a la historia clínica aportada, no se documenta que tenga problemas de actividades de la vida diaria, así mismo la señora María Yanela Perez Arguelles incumplió la obligación de declarar sinceramente su estado de salud comportamiento que va en contravía de los deberes de lealtad y buena fe que las partes de un contrato, y en especial de un contrato de seguro, deben cumplir.

Si tienen alguna duda al respecto, pueden escribirnos al correo electrónico indemnizacionesvida@allianz.co

Cordialmente,



Firma Autorizada

Dirección Indemnizaciones Vida, AP y SOAT

Allianz 

Carrera 13A No. 29 - 24 Piso 10 - Bogotá, Colombia

Teléfono +57(1) 5188801

Visítenos en www.allianz.co

Allianz Seguros S.A.

ALLIANZ

Cra. 13A No. 29-24 11 001 -Bogotá, D.C., Colombia
www.allianz.co

PEREZ ARGUELLES MARIA, YANELA
CL MANZANA 18 CASA 8 73 0-BOGOTA
EMAIL mariayanelaperez@gmail.com

Póliza: 023137211
Asegurado: PEREZ ARGUELLES MARIA, YANELA

12 de Enero de 2023

Estimado(a) Cliente:

Nos permitimos informar la decisión de la Compañía de revocar las coberturas: Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, Auxilio por fallecimiento, Enfermedades Graves e Indemnización por fallecimiento Accidental, contenidas en la póliza No 23137211 a partir del 24 de enero de 2023 y de la misma forma, no renovar la póliza que finalizará vigencia el 18 de agosto de 2023.

Se anexa carta de notificación y estamos a su disposición para cualquier aclaración, comunicándose con nuestras líneas de atención a nivel nacional o contactar a su intermediario de seguros.

Atentamente,

Allianz Seguros de Vida S.A.
Allianz Seguros S.A.

Allianz Seguros S.A.
Nit. 860026182 - 5
Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia

Línea de Pagos: 6016065900
Línea Nacional: 018000517270
www.allianz.co



CONECTADOS CON NUESTROS CLIENTES

Bogotá. Febrero 01 de 2023

Señora
MARÍA YANELA PEREZ ARGUELLES
Correo electrónico mariayanelaperez@gmail.com
Ibagué

Asunto: Respuesta requerimiento No. REC 23-0000263

Respetada Sra. María Yanela,

Recibimos su petición a través del Call Center en que solicita explicación del porque se ha retirado coberturas de la póliza de Vida Individual ActuAll No 23137211 reduciéndose el valor de la prima pagada sin previo conocimiento, por ende, realizando las validaciones correspondientes le manifestamos lo siguiente:

El día 12 de enero de 2023 al correo electrónico mariayanelaperez@gmail.com le fue notificada la revocación de amparos adicionales suscritas en la póliza de Vida Individual ActuAll No 23137211 a partir del 24 de enero de 2023 y asimismo la decisión de la compañía de no renovar la póliza, por ende la cobertura de fallecimiento finalizará el 18 de agosto de la presente anualidad. (anexamos copia).

Lo anterior se realizó en virtud de la facultad consagrada en el artículo 1071 del Código de Comercio a Allianz Seguros de Vida notificándose mediante comunicación escrita al correo electrónico que usted reportó en la solicitud de seguro al momento del diligenciamiento.

Dicha decisión se debe a raíz de la reclamación presentada por la cobertura de Enfermedades Graves en que se evidenció antecedentes médicos relevantes que no fueron declarados por usted en el diligenciamiento de la solicitud de seguro, que modifica de forma representativa el estado del riesgo, ya que de haberse conocido en su momento se había definido si se aceptaba o no la suscripción de la póliza y en caso de aceptarse se hubiera realizado en condiciones más onerosas.

Al respecto, las condiciones de la póliza establecen en el capítulo V "REVOCACIÓN DE AMPAROS":

"(...) La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador/Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

Tratándose de los amparos opcionales y los anexos, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador/Asegurado enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha del envío. (...)" (Comillas ajenas al texto).

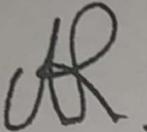
Es importante que tenga en cuenta que a raíz de la omisión en que incurrió, cualquier reclamación que presente para afectar la póliza en asunto no sería objeto de cobertura, y por ello, en vano sería el pago de la prima que realice, aunado a la carencia de finalidad del respectivo contrato de seguro. Por lo anterior, reiteramos nuestra posición de revocación de amparos a partir del 24 de enero de 2023 y no renovación de la póliza.

Por último, es por ello, que los recibos actualmente pendientes se reflejan con valor inferior a los anteriores, ya que éstos no cuentan con el valor de prima correspondiente a las coberturas opcionales y revisando la póliza no se evidencia valores a su favor.

Esperamos haber aclarado sus inquietudes, si tiene algún comentario adicional puede comunicarse a nuestras líneas de atención, desde celular al #265, en Bogotá 601 5941133 o línea nacional 018000 513500. Si lo desea puede escribirnos al correo electrónico servicioalcliente@allianz.co

Le recordamos que la Compañía cuenta con la figura de Defensor del Consumidor Financiero, para conocer en detalle su información le invitamos a visitar nuestra página web en la sección "Defensor del Consumidor Financiero" en el siguiente link: <https://www.allianz.co/legales/consumidor-financiero/Defensor-Consumidor-Financiero.html>

Cordialmente,



Adriana Rocío Castro Espinosa
Directora Oficina del Cliente

Ibagué, 14 de febrero de 2023

Señores
ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A COLOMBIA
Carrera 13 A N. 29-24 Piso 10 Ala Sur. TORRE ALLIANZ
6015941133
servicioalcliente@allianz.co
Ciudad, Bogotá D.C

Ref.: Derecho de petición solicitud de información.

Respetados Señores:

Yo, MARIA YANELA ARGUELLES PEREZ, identificada con la cedula de ciudadanía número 52'233.049 expedida en la ciudad de Bogotá D.C, En el ejercicio del derecho petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Nacional, solicito muy amablemente a ustedes, me informen por escrito y de una manera muy detallada;

1. ¿Por qué me revocaron y retiraron las coberturas de la póliza de vida individual Actual N° 23137211?
2. Yo obtuve y adquirí con ustedes un seguro/póliza con las siguientes coberturas: Incapacidad temporal por enfermedad o accidente, Auxilio por fallecimiento, Enfermedades graves e indemnización por fallecimiento accidental. Siendo así necesito que me expliquen por qué tomaron la decisión de brindarme una cobertura solo de fallecimiento.
3. Ustedes me mencionan por escrito enfermedades las cuales mal interpretan los términos que utilizan en la medicina (DOCTORES) y me indican que yo les omití información sobre estas por lo tanto no es cierto.
4. Aclaro y exijo que corroboren e interpreten bien las patologías.
5. Necesito que me cubran mi enfermedad (Parkinson) puesto que dependo de un tercero y no puedo seguir laborando, Esta es la única enfermedad diagnosticada y el cual dependió de mi labor. Esta enfermedad la adquirí estando asegurada con ustedes.

Finalmente como usuaria y asegurada en esta entidad, lo anterior es producto del inconformismo, de la desinformación presentada en este trámite.

Agradezco de ante mano una pronta respuesta,

Sin otro particular, Atentamente,

Maria Yanela Perez Arguelles
MARIA YANELA PEREZ ARGUELLES

Asegurada

Cedula de Ciudadanía número 52'233.049 de Bogotá D.C

Dirección de notificación: Mz 18, Casa 8 – Santa Ana en Ibagué Tolima

Celular: 3203735348



CONECTADOS CON NUESTROS CLIENTES

Bogotá D.C., 27 de febrero del 2023

Señora
María Yanela Pérez Arguelles
Ciudad

Asunto: Respuesta requerimiento No. RSF 23/0000129

Respetada Sra. Pérez

En atención a su solicitud recibida en días pasados a través de la Superintendencia Financiera de Colombia, en la cual plantea varias inquietudes, a continuación, nos permitimos dar respuesta a cada una de ellas, en los siguientes términos:

1. De conformidad con lo contemplado en el artículo 1071 del Código de Comercio, las Compañías de Seguro podrán revocar de manera unilateral los amparos adicionales del contrato del seguro vida.
2. Como se le informó en las cartas enviadas el 19 de diciembre del 2022 y 10 de enero del 2023, al verificar la historia clínica por usted aportada con la reclamación, la Compañía de Seguros se percató, que usted había omitido información relevante al declarar su estado de salud en la solicitud de seguro, acarreando como consecuencia que se viciará la voluntad de Allianz Seguros de Vida S.A., al momento de otorgar las coberturas adicionales.
3. En atención a su nueva solicitud de reconsideración, de la manera más atenta, nos permitimos informar que como a la fecha no se han levantado las razones que conllevaron a la Compañía a objetar su reclamación, esta decisión se mantendrá, por las razones enviadas en la carta de 10 de enero del 2023, que adjuntamos nuevamente. Por favor tenga presente que la clave para abrir el archivo adjunto es Allianz2023*

En estos términos esperamos haber aclarado sus inquietudes, si tiene algún comentario adicional puede comunicarse a nuestras líneas de atención, desde celular al #265, en Bogotá 601 5941133 o línea nacional 018000 513500. Si lo desea puede escribirnos al correo electrónico servicioalcliente@allianz.co

Le recordamos que la Compañía cuenta con la figura de Defensor del Consumidor Financiero, para conocer en detalle su información le invitamos a visitar nuestra página web en la sección "Defensor del Consumidor"