

Debido a que desde el presente correo no se puede gestionar ninguna solicitud diferente al reparto, cualquier información adicional que usted requiera diríjala al correo del centro de Servicios; cseradmcvifml@cendoj.ramajudicial.gov.co

EL PRESENTE REPARTO SE EFECTUA SEGUN LAS INDICACIONES DEL FORMULARIO DILIGENCIADO EN LINEA POR EL USUARIO. CUALQUIER INQUIETUD CONTACTAR DIRECTAMENTE AL SOLICITANTE.

**AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:** El contenido de este correo electrónico contiene información IMPORTANTE Y URGENTE para las partes. Se ruega amablemente su colaboración en **verificar previo trámite** si el acta de reparto adjunta corresponde a su despacho, **si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente.**

EL LINK DE ACCESO A LOS ARCHIVOS DE LA DEMANDA ESTÁN EN EL CUERPO DEL MENSAJE AL FINAL DE LA TRAZABILIDAD DE ESTE CORREO.

Cordial saludo,  
Sr(a). Juez(a)  
De manera atenta remito correo que fue sometido a reparto aleatorio y le correspondió a su despacho de acuerdo al Acta de Reparto adjunta SECUENCIA DE LA REFERENCIA.

Sr(a). usuario(a):  
En adelante el tramite será directamente con el Juzgado al que le correspondió su reparto, en los detalles del presente mensaje aparece el destinatario, donde podrá identificar el correo electrónico del despacho o consultarlo mediante el link <https://www.ramajudicial.gov.co/directorio-cuentas-de-correo-electronico>

INFORMAMOS LOS CORREOS DISPUESTOS PARA:

Inquietudes y requerimientos ACCESO PQRS	<a href="https://www.ramajudicial.gov.co/web/direccion-seccional-de-administracion-judicial-de-bogota-cundinamarca/contactenos">https://www.ramajudicial.gov.co/web/direccion-seccional-de-administracion-judicial-de-bogota-cundinamarca/contactenos</a>
Soporte Técnico demandas	<a href="mailto:soportedemandaenlinea@deaj.ramajudicial.gov.co">soportedemandaenlinea@deaj.ramajudicial.gov.co</a>
Soporte Técnico tutelas	<a href="mailto:soportetutelaenlinea@deaj.ramajudicial.gov.co">soportetutelaenlinea@deaj.ramajudicial.gov.co</a>
Impugnaciones, desacatos, apelaciones y competencias	<a href="mailto:impugnacionescshmoralesbta@cendoj.ramajudicial.gov.co">impugnacionescshmoralesbta@cendoj.ramajudicial.gov.co</a>
Compensaciones y rechazos	<a href="mailto:compensacionrechazocscivilfbta@cendoj.ramajudicial.gov.co">compensacionrechazocscivilfbta@cendoj.ramajudicial.gov.co</a>

IMPORTANTE:

**Tenga en cuenta que el correo del cual se está enviando esta notificación es solo informativo, para el tramite de reparto UNICAMENTE, por lo mismo cualquier inquietud o inconveniente en apertura de los archivos o contenido de los mismos debe gestionarlo con el área encargada para soporte en línea y/o el usuario directamente, según sea el caso. Y para solicitud de información u otros requerimientos, debe dirigir directamente al competente.**

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.

**Centro de Servicios Administrativos Jurisdiccionales  
Dirección Ejecutiva Seccional de Administración de Justicia -DESAJ- Bogotá**

- ☐ Responder
- ☐ Responder a todos
- ☐ Reenviar

**De:** Demanda En Línea 1 <demandaenlinea1@deaj.ramajudicial.gov.co>  
**Enviado:** viernes, 20 de enero de 2023 14:56  
**Para:** ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM <ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM>; ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM <ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM>; ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM <ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM>; ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM <ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM>; Radicacion Demandas Juzgados Pequeñas Causas Competencia Múltiple Civiles - Bogotá <raddemcivilpccmbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>  
**Asunto:** Generación de la Demanda en línea No 583325

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO  
REPÚBLICA DE COLOMBIA  
Buen día,  
**Oficina Judicial / Oficina de Reparto**

Estimado usuario su solicitud fue recibida con el número de confirmación 583325

recuerde revisar los listados de reparto diario en la siguiente dirección haciendo CLIC [aquí](#) los cuales encontrará el juzgado al que fue enviada su demanda.

Departamento : BOGOTA  
Ciudad: BOGOTA, D.C.  
Localidad Demandado(s): JUZGADOS DEL CENTRO Y OTRAS

Especialidad: CIVIL MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE – MÍNIMA CUANTÍA

Clase de Proceso: 41-03-01 VERBAL DE MÍNIMA CUANTÍA

Accionado/s :

Tipo Sujeto: DEMANDANTE

Persona Natural: DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA

Número de Identificación: 1136887340

Tipo de discapacidad: NO APLICA

Correo Electrónico: ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM

Dirección:

Teléfono:

Tipo Sujeto: DEMANDANTE

Persona Natural: NATHALIA ALVAREZ PRADA

Número de Identificación: 1136885815

Tipo de discapacidad: NO APLICA

Correo Electrónico: ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM

Dirección:

Teléfono:

Tipo Sujeto: DEMANDANTE

Persona Natural: GENNY PRADA GIRALDO

Número de Identificación: 21238904

Tipo de discapacidad: NO APLICA

Correo Electrónico: ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM

Dirección:

Teléfono:

Tipo Sujeto: APODERADO

Persona Natural: ANDRES FELIPE ARNEDO MORALES

Número de Identificación: 1069487551

Tipo de discapacidad: NO APLICA

Correo Electrónico: ANDRESFARNEDO@GMAIL.COM

Dirección: CALLE 12 B # 9 - 20 OFICINA 320 ED. VASQUEZ

Teléfono: 3008921380

Tarjeta Profesional: 345407

Tipo Sujeto: DEMANDADO

Persona Jurídica: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Nit: 8002408820,

Correo Electrónico:

Dirección: CARRERA 9 # 72-21 PISO 8 BOGOTÁ

Teléfono: 6013078080

Descargue los archivos del trámite a continuación :

[Archivo](#)

**Cordialmente,**

**Consejo Superior de la Judicatura - Rama Judicial Nota Importante:**  
**Enviado desde una dirección de correo electrónico utilizado exclusivamente para**  
**notificación el cual no acepta respuestas.**

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.





**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**RAMA JUDICIAL**  
**CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA**  
**CENTRO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS JURISDICCIONALES**  
**PARA LOS JUZGADOS CIVILES Y DE FAMILIA**

Fecha : 23/ene/2023

**ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO**

Página 1

**063**

**GRUPO**

**PROCESOS VERBALES (MINIMA CUANTIA)**

**6424**

**SECUENCIA: 6424**

**FECHA DE REPARTO: 23/01/2023 10:57:28a.m.**

**REPARTIDO AL DESPACHO:**

**JUZGADO 063 PEQ. CAUSAS Y COMP. MULT. BOGOTA**

**IDENTIFICACION:**

**NOMBRES:**

**APELLIDOS:**

**PARTE:**

1136887340

DANNA MARCELA ALVAREZ  
PRADA

01

SOL583325

SOL583325

01

**OBSERVACIONES:**

REPARTITHMM16

FUNCIONARIO DE REPARTO \_\_\_\_\_

ecasallb

REPARTITHMM16

εχασαλλβ

**v. 2.0**

**ΜΦΤΣ**



This document was created with the Win2PDF "print to PDF" printer available at  
<http://www.win2pdf.com>

This version of Win2PDF 10 is for evaluation and non-commercial use only.

This page will not be added after purchasing Win2PDF.

<http://www.win2pdf.com/purchase/>

Señor:

**JUEZ DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE BOGOTA**

**E. S. D.**

**Asunto. Otorgamiento de Poder.**

**NATHALIA ALVAREZ PRADA**, mayor edad, con domicilio en la Ciudad de Bogotá, identificado con CC No. 1.136.885.815 expedida en Bogotá, por medio del presente escrito manifiesto que confiero poder especial pero amplio y suficiente al abogado en ejercicio **ANDRES FELIPE ARNEDEO MORALES**, identificado con la CC. No. 1.069.487.551 de Sahagún y TP. No.345.407 del Consejo Superior de la Judicatura. Para que en mi nombre y representación inicie, tramite y lleve hasta su terminación proceso de responsabilidad civil contractual en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA.

Mi apoderado tiene poder para representarme con las expresas facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso, así como también otorgo facultades especiales para sustituir poder, reasumir poder, designar suplente, transigir, conciliar, desistir, recibir

Sírvase reconocer personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato, a quien se le puede notificar en la calle 12 B No. 9-20, oficina 320, Edificio Vásquez, correo electrónico: [andresfarnedo@gmail.com](mailto:andresfarnedo@gmail.com); teléfono 3008921380.

Atte.

Acepto



**NATHALIA ALVAREZ PRADA**  
CC No. 1.136.885.815 de Bogotá

**ANDRES FELIPE ARNEDEO MORALES**  
CC. No. 1069487551 de Sahagún  
TP No.345.407 del C S de la J.

Señor:

**JUEZ DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE BOGOTA**

**E. S. D.**

**Asunto. Otorgamiento de Poder.**

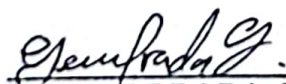
**GENNY PRADA GIRALDO**, mayor edad, con domicilio en la Ciudad de Bogotá, identificado con CC No. 21.238.904 expedida en Villavicencio, por medio del presente escrito manifiesto que confiero poder especial pero amplio y suficiente al abogado en ejercicio **ANDRES FELIPE ARNEDEO MORALES**, identificado con la CC. No. 1.069.487.551 de Sahagún y TP. No.345.407 del Consejo Superior de la Judicatura. Para que en mi nombre y representación inicie, tramite y lleve hasta su terminación proceso de responsabilidad civil contractual en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA.

Mi apoderado tiene poder para representarme con las expresas facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso, así como también otorgo facultades especiales para sustituir poder, reasumir poder, designar suplente, transigir, conciliar, desistir, recibir

Sírvase reconocer personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato, a quien se le puede notificar en la calle 12 B No. 9-20, oficina 320, Edificio Vásquez, correo electrónico: [andresfarnedo@gmail.com](mailto:andresfarnedo@gmail.com); teléfono 3008921380.

Atte.

Acepto



**GENNY PRADA GIRALDO**  
CC No. 21238.904 de Villavicencio

**ANDRES FELIPE ARNEDEO MORALES**  
CC. No. 1069487551 de Sahagún  
TP No.345.407 del C S de la J.

Señor:

**JUEZ DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE BOGOTA**

**E. S. D.**

**Asunto. Otorgamiento de Poder.**

**DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA**, mayor edad, con domicilio en la Ciudad de Bogotá, identificado con CC No. 1.136.887.340 expedida en Bogotá, por medio del presente escrito manifiesto que confiero poder especial pero amplio y suficiente al abogado en ejercicio **ANDRES FELIPE ARNEDEO MORALES**, identificado con la CC. No. 1.069.487.551 de Sahagún y TP. No.345.407 del Consejo Superior de la Judicatura. Para que en mi nombre y representación inicie, tramite y lleve hasta su terminación proceso de responsabilidad civil contractual en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA.

Mi apoderado tiene poder para representarme con las expresas facultades establecidas en el artículo 77 del Código General del Proceso, así como también otorgo facultades especiales para sustituir poder, reasumir poder, designar suplente, transigir, conciliar, desistir, recibir

Sírvase reconocer personería a mi apoderado en los términos y para los efectos del presente mandato, a quien se le puede notificar en la calle 12 B No. 9-20, oficina 320, Edificio Vásquez, correo electrónico: [andresfarnedo@gmail.com](mailto:andresfarnedo@gmail.com); teléfono 3008921380.

Atte.

Acepto

*Danna Marcela Alvarez Prada*  
**DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA**  
CC No. 1.136.887.340 de Bogotá

**ANDRES FELIPE ARNEDEO MORALES**  
CC. No. 1069487551 de Sahagún  
TP No.345.407 del C S de la J.



COLOMBIA

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NÚMERO **1.136.887.340**

**ALVAREZ PRADA**

APELLIDOS **DANNA MARCELA**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-1995**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.56**  
ESTATURA

**O+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**10-OCT-2013 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-1500150-00941733-F-1136887340-20171002 0057676423A 2 9910112409



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.136.885.815**  
**ALVAREZ PRADA**

APELLIDOS  
**NATHALIA**

NOMBRES

*NATHALIA ALVAREZ PRADA*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO  
**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

**09-NOV-1993**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.59**

**AB+**

**F**

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

**10-NOV-2011 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00346235-F-1136885815-20111118

0028490917A 1

32978150

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

21238904

NUMERO

PRADA GIRALDO

APELLIDOS

GENNY

NOMBRES

*Genny Prada Giraldo*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-OCT-1959  
PUERTO LOPEZ  
(META)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

B+

F

ESTATURA

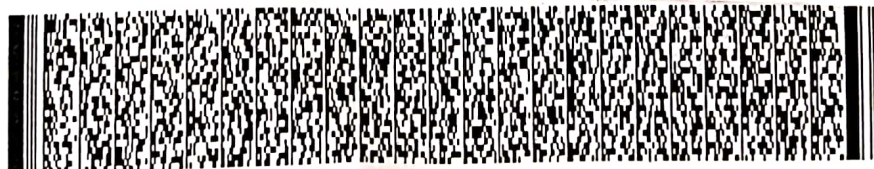
G.S. RH

SEXO

16-MAR-1979 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500121-42101913-F-0021238904-20020628

05290 02177A 01 113706725



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

LA NOTARIA SETENTA Y UNA DEL  
CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C. ENCARGADA

NOTARIA  
71

03 FEB 2022

NOTARIA  
71

Certifico que la presente autografía coincide  
con el original que reposa en el Notario

ADRIANA MARGARITA QUERPEÑO MARTÍNEZ  
ESTE REGISTRO TIENE VIGENCIA PERMANENTE  
ART. 2.º DE DECRETO 2.199 DE 1983



REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo  
Serial

10676988

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/> Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	D U C
-------------------	---------------	---------	---	---------------	------------------	--------	-------

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 71 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos	
ALVAREZ CASTRO YAMIL EDUARDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 19489266	MASCULINO

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.			
Fecha de la defunción		Hora	
Año	Mes	Día	29 15:15
Número de certificado de defunción		729671399	
Presunción de muerte		Fecha de la sentencia	
Documento presentado		Nombre y cargo del funcionario	
Autorización judicial		SANDRA CAROLINA CHACON LEON - MEDICO	

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos	
TORRES CAICEDO CARLOS ENRIQUE	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 79584635	

Primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	Mes	Día	JANETH PATRICIA RODRIGUEZ AYALA

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 71  
LA COPIA DEL PRESENTE REGISTRO  
CUMPLE CON LOS REQUISITOS  
LEGALES PARA SER FIRMADO POR  
EL NOTARIO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



HIJOS LEGITIMADOS POR EL MATRIMONIO

REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA TREINTA Y CUATRO  
BOGOTÁ D.C.  
Calle 109 No. 15-55 PBX: 7456177

**34**  
Notaría

El presente registro es copia del original, el cual reposa en los archivos de esta notaría y se expide con destino a INTERIOR.

ELSA PIEDAD RAMÍREZ CASTRO  
NOTARÍA TREINTA Y CUATRO DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ  
EN PROPIEDAD POR CONCURSO DE MÉRITOS

08 FEB 2022

PROVIDENCIAS

NOTAS:

Escaneado con CamS

REPUBLICA DE COLOMBIA  
REGISTRO CIVIL  
Superintendencia de  
Notariado y Registro

REGISTRO DE MATRIMONIOS

1987533

FECHA EN QUE SE REALIZA ESTE REGISTRO  
15 SEPTIEMBRE 1.993

OFICINA DE REGISTRO: 4 Clase (Notaría, Alcaldía, Inspección, etc.) 5 Código 6 Municipio y departamento, Intendencia o Comisaría

NOTARÍA TREINTA Y CUATRO 9861 SANTAFE DE BOGOTÁ

Lugar de celebración: 3 País COLOMBIA 4 Destino, Int. o Comisaría CUNDINAMARCA 6 Municipio SANTAFE DE BOGOTÁ

DATOS DEL MATRIMONIO

10 Clase de matrimonio 11 Oficina o sitio de celebración (juzgado, parroquia) 12 Nombre del funcionario o parroco

Civil 13 CANCELACIÓN P. DE SAN BUENAVENTURA F. JUAN G. SALAS

FECHA DE CELEBRACIÓN

13 Día 14 Mes 15 Año

22 MAYO 1.993

16 Clase 17 Número

Acta parroquial 18 Notaría

19 Primer apellido 20 Segundo apellido 21 Nombres

ALVAREZ CASTRO YAMIL EDUARDO

DATOS DEL CONTRAYENTE

22 Día 23 Mes 24 Año

30 AGOSTO 1962

25 Clase T. C. de C. C. de E. C. de E.

Número 19489266 de Bogotá

26 Estado civil anterior

Soltero X Vuelto Divorciado Especificar

27 Datos del registro de nacimiento 28 Lugar 29 Número de registro

30 Primer apellido 31 Segundo apellido 32 Nombres

PRADA GIRALDO GENNY

DATOS DEL CONTRAYENTE

33 Día 34 Mes 35 Año

03 OCTUBRE 1.959

36 Clase T. C. de C. C. de E. C. de E.

Número 21238904 de Villavicencio

37 Estado civil anterior

Soltero X Vuelto Divorciado Especificar

38 Datos del registro de nacimiento 39 Lugar 40 Número de registro

41 Nombres y apellidos del padre 42 Nombres y apellidos de la madre

LUIS EDUARDO ALVAREZ EDI SOFIA CASTRO

43 Nombres y apellidos del padre 44 Nombres y apellidos de la madre

EDUARDO PRADA FANY GIRALDO

45 Nombres y apellidos 46 Firma del notario

YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO

47 Identificación (clase y número)

C.C.No. 19.489.266 de Bogotá

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DAIE IP20-0 X/79.



**61) NOTAS**

**ESTADO CIVIL**

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**NOTARIA TREINTA Y CUATRO**  
**BOGOTÁ D.C.**  
 Calle 109 No. 15-55 PBX: 7456177

**34**  
**Notaria**

El presente registro es copia del original, el cual reposa en los archivos de esta notaría. Para ACREDITAR PARENTESCO (Art. 115 Decreto 1260 de 1970).

ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE (Art. 2 Decreto 2189 de 1983).

**ELSA PIEDAD RAMÍREZ CASTRO**  
 NOTARIA TREINTA Y CUATRO DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ  
 EN PROPIEDAD POR CONCURSO DE MÉRITOS

**34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO**  
**08 FEB 2022**  
**BOGOTÁ D.C.**

Escaneado con CamScanner

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**REGISTRO CIVIL**

**22950480**

**REGISTRO DE NACIMIENTO**

**IDENTIFICACION No.**  
 1 Parte básica 2 Parte común  
 9, 5, 0, 9, 29

**3** Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.) **4** Municipio y Departamento **5** Código  
**NOTARIA TREINTA Y CUATRO** = = = **SANTA FE DE BOGOTÁ** = = = **9861**

**SECCION GENERAL**

**6** Primer apellido **7** Segundo apellido **8** Nombres  
**ALVAREZ** = = = **PRADA** = = = **DANNA MARCELA** = = =

**9** Masculino u Femenino **10** Sexo **11** Día **12** Mes **13** Año  
**FEMENINO** = = = **29** **SEPTIEMBRE** = **1.995**

**14** País **15** Departamento **16** Municipio  
**COLOMBIA** = = = **CUNDINAMARCA** = **SANTA FE DE BOGOTÁ** = = =

**SECCION ESPECIFICA**

**17** Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento **18** Hora  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO** = = = = = **22.00PM**

**19** Documento presentado-Antecedente (Cert. médico, Acta de parto, etc.) **20** Nombre del profesional que certificó el nacimiento **21** No. licencia  
**CERTIFICADO MEDICO** = = = = = **DR. ANDRES RICAURTE** = = = **10261**

**22** Apellidos (de soltera) **23** Nombres **24** Edad (en meses)  
**PRADA GIRALDO** = = = = = **Genny** = = = = = **36**

**25** Identificación (clase y número) **26** Nacionalidad **27** Profesión u oficio  
**c.c.No. 21.238.904 de Villavicencio** **COLOMBIANA** = **LIC. PREESCOLAR**

**28** Apellidos **29** Nombres **30** Edad (en meses)  
**ALVAREZ CASTRO** = = = = = **YAMIL EDUARDO** = = = = = **33**

**31** Identificación (clase y número) **32** Nacionalidad **33** Profesión u oficio  
**c.c.No. 19.489.266 de Bogotá.** **COLOMBIANO** = **ABOGADO** = = =

**34** Identificación (clase y número) **35** Firma (autógrafa)  
**c.c.No. 19.489.266 de Bogotá.**

**36** Dirección postal **37** Nombre: **YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO**  
**Calle 36 No. 70-50 Int.18 Apt. 401**

**38** Identificación (clase y número) **39** Firma (autógrafa)  
**Carlos Lleras Restrepo**

**40** Domicilio (Municipio) **41** Nombre: **YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO**  
**BOGOTÁ**

**42** Identificación (clase y número) **43** Firma (autógrafa)  
**BOGOTÁ**

**44** Domicilio (Municipio) **45** Nombre: **YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO**  
**BOGOTÁ**

**46** Día **47** Mes **48** Año  
**13** **OCTUBRE** = = = **1.995**

**49** Nombre del funcionario que hace el registro **50** Fecha DANE IPTO - 0-VI/77

**ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL**

(61) NOTAS

NOTA: POR ESCRITURA PUBLICANDO 280 DE  
FECHA 3 DE ABRIL DE 2018 EN LA NOTARIA  
5 DE BOGOTÁ CONTRATO ELABORADO EL (LA)  
ESCRITO (Y) JOSÉ M. FERRAZ DELAGUERRA  
EN EL 3-2-2018 en Notaría



REPUBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA TREINTA Y CUATRO  
BOGOTÁ D.C.  
Calle 109 No. 15-55 PBX: 7456177

**34**  
Notaría

El presente registro es copia del original, el cual reposa en los  
archivos de esta notaría. Para ACREDITAR PARENTESCO (Art. 1260  
de 1970).

ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE  
(Art. 2 Decreto 2189 de 1993)

ELSA PIEDAD RAMÍREZ CASTRO  
NOTARÍA TREINTA Y CUATRO DEL CIRCUO DE BOGOTÁ  
EN PROPIEDAD POR CONCURSO DE MERITOS.



Escaneado con CamScanner

ODIO DE MAYO JUNIO JULIO AGOSTO SEPT. OCTUBRE NOV. DIC.		REPUBLICA DE COLOMBIA REGISTRO CIVIL		IDENTIFICACION No.	
21073336		REGISTRO DE NACIMIENTO		9 3 1 1 09	
CIRCULO NOTARÍA TREINTA Y CUATRO		Municipio y Departamento SANTIAGO DE BOGOTÁ		Código 9961	
PRIMER APELLIDO PRADA		SEGUNDO APELLIDO NATALIA		NOMBRES	
SEXO FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO 09 NOVIEMBRE		AÑO 1.993	
PAIS COLOMBIA		DEPARTAMENTO, INT. o Com. GUNDINNARCA		Municipio SANTIAGO DE BOGOTÁ	
LUGAR DE NACIMIENTO CLINICA CAJA NACIONAL DE PREVISION		HORA 6.10 PM		VIAJANTE	
DOCUMENTO PRESENTADO CERTIFICADO MEDICO		NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICÓ EL NACIMIENTO DR. FERNANDO PRADO G.		CÓDIGO 6619	
PRADA GIRALDO		GÉNERO GENNY		CÓDIGO 6618	
IDENTIFICACION (clase y número) C.C.No. 21.238.904 de Villavicencio		NACIONALIDAD COLOMBIANA		PROFESION u OFICIO LIC. EDUCACION PREES	
ALVAREZ CASTRO		NOMBRES YAMIL EDUARDO		CÓDIGO 31	
IDENTIFICACION (clase y número) C.C.No. 19.489.266 de Bogotá.		NACIONALIDAD COLOMBIANO		PROFESION u OFICIO ABOGADO	
IDENTIFICACION (clase y número) C.C.No. 19.489.266 de Bogotá.		FIRMA (autógrafa)		FIRMA (autógrafa)	
DIRECCION postal Calle 147 No. 13-37 B. Cedritos		NOMBRE YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO		FIRMA (autógrafa)	
IDENTIFICACION (clase y número)		FIRMA (autógrafa)		FIRMA (autógrafa)	
DOMICILIO (Municipio)		FIRMA (autógrafa)		FIRMA (autógrafa)	
IDENTIFICACION (clase y número)		FIRMA (autógrafa)		FIRMA (autógrafa)	
DOMICILIO (Municipio)		FIRMA (autógrafa)		FIRMA (autógrafa)	
FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO		FIRMA (autógrafa) y sello del funcionario que recibe el registro		FIRMA (autógrafa)	
DÍA 30 MES NOVIEMBRE AÑO 1.993		FIRMA (autógrafa)		FIRMA (autógrafa)	
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL		FIRMA (autógrafa)		FIRMA (autógrafa)	

**FAMILIA VITAL RED NO. 00130958052532100884**

**Renovación**

<b>Lugar y Fecha:</b> BOGOTÁ, D.C. 23/10/2021		<b>Sucursal:</b> ALCAZARES	
<b>Tomador:</b> YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO		<b>C.C. o NIT:</b> 19.489.266	
<b>Dirección:</b> CLL 95 71 87	<b>Ciudad:</b> BOGOTÁ, D.C.		<b>Teléfono:</b> 3103147565
<b>Asegurado:</b> YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO		<b>C.C. o NIT:</b> 19.489.266	
<b>Dirección:</b> CLL 95 71 87	<b>Ciudad:</b> BOGOTÁ, D.C.		<b>Teléfono:</b> 3103147565
<b>Departamento:</b> BOGOTÁ		<b>Email:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> 30/08/1962		<b>Genero:</b> MASCULINO	<b>Edad:</b> 59
<b>Valor Asegurado:</b> \$32.647.549		<b>Vigencia Desde</b> 23/10/2021 <b>Hasta</b> 23/10/2022 <b>DD/MM/AAAA</b> <b>DD/MM/AAAA</b> <b>A las 24:00 Horas</b>	<b>No. Días</b> 365
<b>Periodicidad de Pago:</b> MENSUAL			

AMPAROS		VALOR ASEGURADO
VIDA BÁSICO		\$32.647.549
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN E INUTILIZACIÓN		\$32.647.549
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO		\$9.794.265
RENTA MENSUAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE		\$3.264.755
ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL		INCLUIDO
ASISTENCIA ORIENTACIÓN TELEFÓNICA ESCOLAR		INCLUIDO
<b>Modo de Pago:</b> TARJETA DE CREDITO	<b>Prima Anual:</b> \$645,327	<b>Prima Periódica:</b> \$53,777

BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO		
NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO	% PARTICIPACION
LOS DE LEY	OTROS	100
<b>Nombre de Gestor:</b> usuario_bk PARA PRUEBAS		<b>Código:</b> ACSELPRB

**CLAUSULAS**

Artículo 1068 del Código de Comercio-Terminación Automática del Contrato de Seguros " La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión del la expedición del contrato".

PERSONA JURIDICA GRAN CONTRIBUYENTE SEGÚN RES.7714 16/12/1996. RETENEDORES DE ICA E IVA. No practicar Retención en la Fuente según artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983. Oficina Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. ; teléfono: 3438385, Fax: 3438387, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

SOLICITO A BBVA SEGUROS RENOVAR AUTOMÁTICAMENTE A SU VENCIMIENTO, LA PRESENTE PÓLIZA, SALVO QUE MEDIE INSTRUCCIÓN EXPRESA EN CONTRARIO



FIRMA TOMADOR

FIRMA AUTORIZADA

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT.800.240.882-0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 7 N° 71 52 Torre A Piso 12 Teléfono 2191100  
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 3078080  
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co



Póliza de Vida  
**Familia Vital**  
Individual



# Contenido

1	¿Qué te cubrimos? . . . . .	3
1.1.	Muerte . . . . .	3
1.2.	Incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización y renta mensual por incapacidad total y permanente . . . . .	3
1.3.	Indemnización adicional por muerte accidental en vehículos de servicio público . . . . .	4
2	¿Qué no te cubrimos? . . . . .	4
3	Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro . . . . .	5
4	Prohibición de modificación unilateral . . . . .	5
5	Declaración del estado de salud y sanción . . . . . por reticencia o inexactitud en dicha declaración	6
6	¿Cuándo termina tu seguro? . . . . .	6
7	¿Qué hacer en caso de siniestro? . . . . .	7
8	Prima y valor asegurado . . . . .	8
9	Definiciones . . . . .	8
10	Asistencias de tu producto . . . . .	9

# 1. ¿Qué te cubrimos?

## 1.1 MUERTE:

SI TÚ COMO ASEGURADO MUERES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SE PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO.

## 1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

### A. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

SI TÚ COMO ASEGURADO SUFRES UNA INCAPACIDAD QUE TE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR LA MISMA PERSONA, SE TE PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO

### MUY IMPORTANTE

SOLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI TÚ PERTENECES O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL TE ENCUENTRES AFILIADO, O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%. LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

### B. DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

SI COMO ASEGURADO SUFRES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, SE TE PAGARÁ EL PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO PREVISTO PARA CADA UNA DE ELLAS RELACIONADAS A CONTINUACIÓN:

I. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

II. POR LA PÉRDIDA TOTAL O IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

III. RENTA MENSUAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE





EN EL CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO CUBIERTO POR ESTE SEGURO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ ADICIONALMENTE EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO PARA ESTE AMPARO, DE MANERA FRACCIONADA EN SEIS PAGOS SUCESIVOS Y MENSUALES, SIN PERJUICIO DE QUE SOLICITES LA REALIZACIÓN DE UN ÚNICO PAGO.

### 1.3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO

EN EL CASO DE QUE LA MUERTE COMO ASEGURADO SE HAYA PRODUCIDO EN FORMA ACCIDENTAL MIENTRAS TE ENCUENTRAS VIAJANDO COMO PASAJERO O MIENTRAS ESTÁS SUBIENDO O DESCENDIENDO DE UN VEHÍCULO, NAVE O AERONAVE, PERTENECIENTE A UNA EMPRESA DE TRANSPORTE LEGALMENTE AUTORIZADA PARA TAL FIN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR DEFINIDO PARA ESTE AMPARO. LA COMPAÑÍA IGUALMENTE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS SI LA MUERTE SE PRODUCE DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE DICHO ACCIDENTE.

## 2. ¿Qué no te cubrimos?

PARA NINGUNO DE LOS AMPAROS SE CUBRIRÁN HECHOS DERIVADOS DE HOMICIDIO O SUICIDIO, ACAECIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGURO, AÚN EN GRADO DE TENTATIVA.

TAMPOCO SERÁ OBJETO DE COBERTURA BAJO NINGUNO DE LOS AMPAROS:

- a. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.
- b. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA.
- c. GUERRA (DECLARADA O NO), INVASIÓN, GUERRA CIVIL, TUMULTO, REVOLUCIONES, CONMOCIÓN CIVIL E INSURRECCIÓN.
- d. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA.
- e. LOS ACTOS CAUSADOS POR INOBSERVANCIA DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL, DE PARTE DEL ASEGURADO.
- f. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS, Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA QUE ORIGINA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA INUTILIZACIÓN O LA DESMEMBRACIÓN.
- g. RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE FISIÓN NUCLEAR, O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- h. ADICIONALMENTE, RESPECTO DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO, NO HABRÁ COBERTURA CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA OCASIONADA O SEA CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD.

### 3. Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro

Ten en cuenta que para ingresar a este seguro debes tener mínimo 18 años de edad y máximo un día antes de cumplir los 65 años de edad.

Así mismo, tu seguro estará vigente, dependiendo de los amparos, así:

Amparo	Edad máxima de permanencia
Muerte por cualquier causa	Un día antes de cumplir los 70 años de edad
Incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización	Un día antes de cumplir los 65 años de edad
Renta por incapacidad total y permanente	
Indemnización adicional por muerte accidental en vehículos de transporte público	

### 4. Prohibición de modificación unilateral

BBVA Seguros no podrá hacer modificaciones unilaterales de tu seguro, ni exigirte condiciones previas para el inicio o permanencia de los amparos de tu póliza, conforme el Parágrafo 1. Art. 2.31.2.2.2 del D. 255 de 2010.





## 5. Declaración del estado del riesgo y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración

### MUY IMPORTANTE

Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente tu estado de salud, así como todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, independientemente de que la compañía efectúe o no exámenes médicos.

Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a la compañía a no asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, no habrá lugar al pago de indemnización alguna.

## 6. ¿Cuándo se termina tu seguro?

En adición a las causales que fija la ley, tu seguro terminará:

- a. Por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia prevista en la condición tercera de esta póliza.
- b. Por muerte del asegurado, o por el pago total del valor asegurado respecto de las coberturas de incapacidad total y permanente o de muerte accidental en vehículos de servicio público o desmembración.

## 7. ¿Qué hacer en caso de siniestro?

Reporta fácil y en línea tu siniestro mediante:

✉ Correo electrónico: **siniestros.co@bbva.com**

☎ Línea nacional: **018000934020**

☎ Línea en Bogotá: **3078080**

Si reportas tu siniestro por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad te recomendamos que en el asunto identifiques tu correo como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo haz una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, donde nos dejes claro la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que te asiste, podrás brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Documentos	Fallecimiento	Incapacidad total o permanente
Registro Civil de Defunción	X	
Acta de Levantamiento del Cadáver (muerte accidental)	X	
Epicrisis sobre la causa del fallecimiento	X	
Calificación de la incapacidad (emitida por EPS, ARL, AFP o la Junta Médica Regional o Nacional)		X
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (si aplica)		X
Documentos de los beneficiarios de ley (Demostrando parentesco)	X	

\*BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier documento necesario para el trámite de la reclamación. Una vez recibidos los documentos necesarios, LA COMPAÑÍA emitirá su decisión dentro de los 10 días hábiles siguientes.

## 8. Primas y valor asegurado

El valor asegurado, y por consiguiente el valor de la respectiva prima del seguro, se reajustará en la renovación de cada certificado con base en el IPC del año inmediatamente anterior fijado por el DANE, edad alcanzada y de acuerdo a las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación.

## 9. Definiciones

Para tener un mejor conocimiento de este seguro, resaltamos las siguientes definiciones:

### **ASEGURADO:**

Es el cliente titular del seguro.

### **BENEFICIARIO:**

Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

### **PRIMA:**

Costo final del seguro.

### **VALOR ASEGURADO:**

Valor máximo que se paga por la ocurrencia del siniestro, y será el vigente a la ocurrencia del mismo. Se encuentra reflejado, para cada amparo, en la póliza de seguros.

### **SINIESTRO:**

Realización de la eventualidad prevista por el presente contrato de seguro que da origen al pago de la indemnización.

### **TOMADOR:**

Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.

### **PÉRDIDA (DE UN ÓRGANO):**

Para este seguro es: (i) Para la mano: la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o por encima de ella; (ii) Para el pie: la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o por encima de él.

### **INUTILIZACIÓN:**

Para este seguro es la pérdida funcional total.

### **ACCIDENTE:**

Para este amparo es un hecho externo, visible y fortuito que no depende de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, que ocurra durante la vigencia del seguro y que produzca en la integridad física del asegurado, lesiones corpóreas evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.



## 10. Asistencias de tu producto

La compañía garantiza la prestación de servicios cuando el asegurado se encuentre en dificultades, como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrido en su domicilio habitual o lugar de trabajo (siempre y cuando el origen de la urgencia no sea de tipo laboral, una enfermedad profesional o accidente de tránsito). Se debe contar con un espacio de privacidad mínima para la valoración médica.

Se deja establecido que el servicio que prestará ANDIASISTENCIA a través de sus proveedores de asistencia, es de medio y no de resultado y estará sujeto a circunstancias de tiempo, modo y lugar.

### DEFINICIONES

#### Tomador de seguro:

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

#### Asegurado:

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

Para los efectos de este anexo, tienen además la condición de beneficiario:

- El titular de la póliza.
- El cónyuge.
- Hijos menores de 25 años.
- Padres del asegurado principal hasta los 65 años.

El asegurado y los beneficiarios deberán tener un POS vigente (régimen subsidiado o contributivo).

#### Urgencia:

Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionabilidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas." (Decreto 1761 de 1990)

#### Emergencia:

Se entiende por emergencia la urgencia extrema que exige atención inmediata.

#### Traslado médico:

Es el traslado del paciente desde el lugar de la ocurrencia del episodio patológico hasta el centro médico (traslado primario). Según la naturaleza del accidente o de la enfermedad y dependiendo de la evolución del estado de la misma, en conjunto con el médico tratante, se establecerá el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más apropiado y cercano.

## ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades donde se tenga vigente la red de prestatarios.

## COBERTURAS

### 1. Orientación médica básica telefónica

La compañía brinda el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los asesores médicos que recepcionan la llamada, harán un diagnóstico preliminar de acuerdo a la sintomatología informada por el asegurado, orientando al asegurado o solicitante del servicio, las conductas provisionales a asumir, mientras se produce el contacto personal de salud-paciente.

### 2. Asistencia médica domiciliaria

En caso de enfermedad o accidente del titular o beneficiarios, que requiera atención médica en el domicilio, la compañía enviará un médico para que realice dicha atención.

La compañía mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica sea adecuada.

### 3. Traslados médicos de emergencia

En caso de accidente o enfermedad que requiera (a criterio del médico tratante o el médico que recepciona la llamada) manejo en un centro hospitalario; la compañía realizará los contactos y coordinará el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano, de acuerdo al POS del paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante o el médico que recibe la llamada, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

#### A. Traslado básico:

En vehículo, el cual podrá realizarse en un taxi o una ambulancia básica, cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico.

#### B. Traslado médico en ambulancia:

Cuando la situación clínica presentada por el paciente revista algún tipo de severidad o compromiso del estado vital y requiera acompañamiento médico.

La compañía hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

#### Nota:

El número de eventos por vigencia de la póliza es de ocho (8) eventos.

### 4. Orientación escolar telefónica (nacional ilimitada)

El hijo del asegurado podrá solicitar orientaciones vía telefónica sobre materias escolares básicas como matemáticas, física, química, biología, ciencias sociales y español. Esta asesoría será dada por tutores de cada una de las asignaturas mencionadas anteriormente y tendrá una duración máxima de 30 minutos.

## EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura de asistencia las prestaciones y hechos siguientes:

a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor.

b) Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes o congénitas (conocidas o no por el asegurado). A los efectos del presente anexo, se entiende como enfermedad o afección preexistente, tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia del anexo, como la que se manifieste posteriormente, pero que para su desarrollo haya requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del beneficiario, iniciado antes de la fecha de inicio de vigencia del anexo.

c) La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.

d) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.

e) Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.

f) Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.

g) Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas (amateurs o profesionales) o los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de prácticas de deportes peligrosos o de alto riesgo.

h) No se prestará asistencia médica, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.

i) Los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad, cuando la urgencia sea consecuencia de una patología preexistente, independientemente si este se requiere vía terrestre o aérea.

j) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.

k) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.

l) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.

m) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

n) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.



## OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia a los teléfonos de asistencia, informando el nombre del beneficiario, el destinatario de la prestación, el número del documento de identificación, la dirección del inmueble beneficiario, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

## INCUMPLIMIENTO

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

Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

## LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

ANDIASISTENCIA responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente anexo.

En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación.



Todo lo no previsto en esta póliza  
se regulará por las disposiciones  
del Código de Comercio.

Para mayor información de nuestros productos  
y servicios, puedes comunicarte al **01 8000 934 020**  
a nivel nacional, al **307 8080** en Bogotá, para asistencia  
al **#370** desde un celular, escribirnos al buzón  
**clientes@bbvaseguros.com.co** o ingresar  
a nuestra página web **www.bbvaseguros.com.co**



Bogotá, 08 de Junio de 2022

Señor(a)  
Nathalia Álvarez Prada.  
[nathalia2909.nap@gmail.com](mailto:nathalia2909.nap@gmail.com)

REF:

PÓLIZA  
ASEGURADO  
CÉDULA  
RECLAMO

FAMILIA VITAL  
YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
19489266  
VINB-752

Cordial saludo señor(a):

En atención a su comunicación radicada en días pasados, le informamos que después del análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de vida del asegurado en referencia, hecho ocurrido el 29 de enero de 2022, nos permitimos manifestarle las siguientes precisiones:

1. Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador o asegurado dentro del contrato de seguro, donde el deber principal en la etapa precontractual consiste en declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

La figura jurídica que obró en el presente caso es la reticencia y la inexactitud, que de acuerdo al artículo 1058 del Código de Comercio, el fundamento jurídico que da base a esta exigencia, el cual reza: "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro".

Al ser la institución del seguro un contrato con fundamento en la buena fe, el asegurador dirige una declaración que debe ser diligenciada por el tomador del seguro con el mayor escrúpulo intelectual y moral, y así lo plasma el artículo 1058 del Código de Comercio, norma que tiene el carácter de imperativo que trata el régimen especial de los vicios del consentimiento en el contrato de seguro, adicionales al error, la fuerza y el dolo referidos por los artículos 1502, 1508 y 1604 del Código Civil y el artículo 900 del Código de Comercio. Existiendo este formulario, no puede sustraerse el tomador del seguro o el asegurado de su obligación de suministrar los elementos de juicio necesarios para que el asegurador determine si acepta o no, y en qué condiciones asume el riesgo que se pretende trasladar con el contrato de seguro, que de diligenciarse con presencia de dolo negativo, sería determinante para la integridad del contrato, fuente de derechos y obligaciones.

2. Para el caso que nos ocupa, se procedió con la validación del certificado de asegurabilidad en el cual el Asegurado de la Referencia, omitió declarar e informar debidamente su condición de salud, tal como se evidencia en los documentos adjuntos.

Así entonces, tenemos que el asegurado de la referencia obró contrariamente a los presupuestos del Principio de Buena Fe en el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, pues omitió circunstancias conocidas, que afectaban directamente el contrato, omisión conocida como dolo negativo o reticencia contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio, norma de carácter imperativo que es de obligatorio cumplimiento.

Respecto a la elaboración de exámenes médicos, le manifestamos que no es una obligación imperativa para las Compañías Aseguradoras la práctica de exámenes médicos a sus asegurados, y lo anterior no es excusa para que estos últimos no cumplan con su carga contractual de información y lealtad. En este sentido el Código de Comercio ha dispuesto:

**“ARTÍCULO 1158. <PRESCINDENCIA DE EXAMEN MEDICO Y DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO>.** Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”

3. Es preciso indicar que en definitiva para que operen las sanciones previstas en el Artículo 1058 del Código de Comercio no es exigencia que exista una relación entre las características sobre las cuales obró la reticencia relevante en la declaración de estado del riesgo, y las causas que hayan dado lugar al siniestro.

Al respecto, la Corte Constitucional se ha pronunciado bajo el siguiente tenor:

“...Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. **La relación causal que importa y que, para estos efectos debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.** (...)” (Negrillas y Subrayas fuera de texto).

4. A la petición, le comunicamos que no es procedente su solicitud, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente.
5. Tenga presente que el diligenciamiento de la solicitud y declaración de asegurabilidad es una responsabilidad únicamente del cliente y la misma no debe recaer sobre un funcionario. Por otra parte, no cabe duda, que la firma de la solicitud del seguro avala que el aspirante asegurado haya consentido en su contenido y las manifestaciones en ella incorporada.

Basado en lo anterior y teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud individual para el seguro de Vida, el asegurado de la referencia fue reticente y omitió declarar las patologías arriba mencionadas, estando obligado a hacerlo en virtud de la precitada normatividad, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., se permite ratificar la objeción planteada con anterioridad, por lo cual no es procedente acceder a su solicitud, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Al no existir nuevas pretensiones, nos ratificamos en lo expuesto en las comunicaciones anteriores de acuerdo a lo previsto en el Artículo 19 Ley 1755 de 2015, en lo que a peticiones reiterativas hace referencia. Con lo anterior damos respuesta a su requerimiento.

Cordialmente



**Apoderado General**  
**BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**



**CONSTANCIA DE NO ACUERDO No.75693**

Solicitud Conciliación No. 108882 de 15/09/2022

PARTES: Citante/s: **DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA, GENNY PRADA GIRALDO Y NATHALIA ALVAREZ PRADA**

Citado/s: **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**

Bogotá, D. C. 24/10/2022

El/la suscrito(a) abogado(a), obrando en calidad de conciliador(a) del Centro de Conciliación de la Personería de Bogotá, SEDE CAC de conformidad con el artículo 2 de la Ley 640 de 2001 deja constancia que:

1. **DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA, GENNY PRADA GIRALDO Y NATALIA ALVAREZ PRADA**, solicita/ron audiencia de conciliación al Centro de Conciliación de la Personería de Bogotá, para llegar a un acuerdo conciliatorio o agotar requisito de procedibilidad con **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** dentro de la cual consagró, entre otras, la/s siguiente/s pretensión/es: *"Que se cumpla la relación contractual del contrato de póliza de visa del señor YAMIL ALVAREZ debido a la negación por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA, dando como respuesta la no cancelación de dicha póliza."* Cuantía: \$33.000.000
2. En atención a las diferentes resoluciones expedidas por la Personería de Bogotá que, a su vez da cumplimiento a las medidas establecidas por el gobierno nacional, en el entendido de que los (as) servidores públicos(as) coordinarán el trabajo con los jefes inmediatos a través de las plataformas y líneas implementadas, la entidad generó y avaló los servicios virtuales para la continuación de prestación de servicios a través del aplicativo Microsoft Teams, y siendo suministradas las cuentas de correo electrónico de las partes, a efectos de que por medio de estas fueran citadas, se generaron las correspondientes citaciones para audiencia de conciliación en la modalidad virtual.
3. Se programó para el día **24/10/2022** a las **12:50PM**, y se llevó a cabo a través de la plataforma virtual, (Herramienta: Microsoft Teams) desde la cuenta de correo [dmpardo@personeriabogota.gov.co](mailto:dmpardo@personeriabogota.gov.co).
4. En la fecha y hora asignada en la modalidad virtual, se hacen presentes; en calidad de parte **CITANTE/S:** DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA identificada con CC No 1.136.887.340 con cuenta de correo dannamarcela-22@hotmail.com, GENNY PRADA GIRALDO identificada con CC No21.238.904 con cuenta de correo gennyprada07@hotmail.com, NATHALIA ALVAREZ PRADA identificada con CC No1.136.885.815 con cuenta de correo nathalia2909.nap@gmail.com acompañadas de su apoderado ANDRES FELIPE ARNEDO MORALES identificado con CC No1.069.487.551 y TP No345.407 del C S de la J con cuenta de correo andresfarnedo@gmail.com y **CITADO/S:** MANUEL JOSE CASTRILLON PINZON identificado con CC No1.061.733.649 con cuenta de correo manueljose.castrillon@bbva.com en calidad de representante judicial de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA.
5. Se les pone de presente a las partes el pacto de Transparencia señalando que no tienen vínculo con la entidad (contratistas o funcionarios)
6. Las partes exhibieron sus documentos de identidad y los mostraron a la pantalla por ambos lados. Asimismo se les informó que habrán dos momentos de grabación de la audiencia (1ra sección.- La parte introductoria de la audiencia realizada por el abogado conciliador, la presentación personal e identificación de las partes y el objeto de la audiencia). El desarrollo de la audiencia es decir el dialogo que hacen las partes frente a la pretensión no se graba. (conforme al principio de confidencialidad, art.76, Ley 23 de 1991). -(2da sección. Se graba la lectura del acta de acuerdo, o la constancia de no acuerdo, según el resultado del dialogo en la audiencia).
7. Se les informó a las partes sobre el objeto, alcance, límites y sobre los beneficios de la solución pacífica de conflictos en la conciliación; acto seguido se le concedió el uso de la palabra a la parte convocante quien se ratifica sobre su pretensión a conciliar. Seguidamente se le concede

## CONSTANCIA DE NO ACUERDO No.75693

Solicitud Conciliación No. 108882 de 15/09/2022

PARTES: Citante/s: **DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA, GENNY PRADA GIRALDO Y NATHALIA ALVAREZ PRADA**  
Citado/s: **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**

el uso de la palabra a la parte convocada quien no acepta. En razón a lo anterior la diligencia de audiencia de conciliación se **DECLARA FRACASADA**, quedando las partes en libertad de acudir a la jurisdicción respectiva para dirimir su conflicto, Art. 35 de la Ley 640 de 2001.

La diligencia de audiencia de conciliación se inició a las 12:50PM y se terminó a las 1:25PM se les pone de presente la presente constancia en la diligencia, la cual fue leída a viva voz y revisada por las partes, a lo cual manifestaron que están correctos los datos.

En atención a lo anteriormente expuesto, se entiende agotado el requisito de procedibilidad para iniciar el correspondiente proceso ante la jurisdicción respectiva de corresponder.

Teniendo en cuenta lo enunciado se procede al archivo de las presentes diligencias, dejando las inscripciones en los libros radicales y en la base de datos de la Dirección del Centro de Conciliación de la Personería de Bogotá.

Se les informa a las partes que se le enviará a su correo electrónico copia de la presente constancia en formato pdf, en un término no mayor a dos (2) días hábiles.

**DIVA MARCELA PARDO URIZA**

Abogado(a) Conciliador(a)

Inscrito(a) en el Ministerio Justicia y del Derecho

Código. 3186-1010171610

Correo electrónico: [dmpardo@personeriabogota.gov.co](mailto:dmpardo@personeriabogota.gov.co)



Nº Id Afiliado

21238904

Nº Id Paciente

19489266

Nombre y Apellidos Completos

YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO

Dirección Residencia

C 36 70 50 INT.18 APTO 401

Ocupación

PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS

Responsable

Etnia

Estado Civil

Causa Externa

13 Enfermedad General

Riesgo Paciente

R2 Sano con Factores de Riesgo

Motivo Consulta

. Balanitis

Enfermedad Actual

. Hace un mes balanitis

Evolución y Control

. Revisión por Sistemas

No Refirió Hallazgos Positivos...

Antecedentes Generales

Parámetros Básicos

Examen Físico

. General: BEg Genitourinario: GU: Irritación balanoprepucial leve

Diagnósticos

N482 OTROS TRASTORNOS INFLAMATORIOS DEL PENE

Medicamentos Formulados y/o Administrados

Laboratorio Clínico

Imagenología

Otros Exámenes y/o procedimientos

890394 : CONSULTA CONTROL UROLOGIA Cantidad: 1 Observación: COntrol

Procedimientos Internos

Remisiones

Incapacidades/Licencias

Conducta

. Conducta: Isoconazol, Fluconazol

Domebro

Requiere Atención: NO. Hiperconsultante: NO.

Otros Parámetros y Valores Relacionados

Firma del Profesional



GUSTAVO ADOLFO SALAZAR TRUJILLO

80426537

Especialidad: UROLOGIA

Atendido En

IPS COMPENSAR

Tipo ID

CC

Grupo Sanguíneo

A

RH

?

Fecha Nacimiento

30/08/1962

Edad

55 Año(s) 10 Mes(es)

Teléfonos

4160150

Acompañante

SOLO

Teléfono del Responsable

¿Cuál?

¿Cuál?

Finalidad Consulta

Nº Autorización

181816069649966

Estrato

3

Fecha y Hora Atención

2018-07-03 16:17:44

Programa

CE

Parentesco del Responsable

Aseguradora



# Historia Clinica

<b>Nº Id Afiliado</b> 19489266	<b>Atendido En</b> IPS COMPENSAR	<b>Nº Autorización</b> 182066108575106	<b>Fecha y Hora Atención</b> 2018-07-31 17:12:38
<b>Nº Id Paciente</b> 19489266	<b>Tipo ID</b> CC	<b>Estrato</b> 3	<b>Programa</b> CE
<b>Nombre y Apellidos Completos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Grupo Sanguíneo</b>	<b>Edad</b>
YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO	M	A	55 Año(s) 11 Mes(es)
<b>Dirección Residencia</b> C 36 70 50 INT.18 APTO 401		<b>Teléfonos</b> 4160150	<b>Celular</b> 3167533461
<b>Ocupación</b>  PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS		<b>Acompañante</b> SOLO	<b>Teléfono del Acompañante</b>
<b>Responsable</b>		<b>Teléfono del Responsable</b> ¿Cuál? ¿Cuál?	<b>Parentesco del Responsable</b>
<b>Etnia</b>			<b>Aseguradora</b>
<b>Estado Civil</b>		<b>Finalidad Consulta</b>	
<b>Causa Externa</b> 13 Enfermedad General			

**Riesgo Paciente**  
R2 Sano con Factores de Riesgo

**Motivo Consulta**  
. Cotnrol

**Enfermedad Actual**  
. micicon adecuada

**Evolución y Control**  
.

**Revisión por Sistemas**  
No Refirió Hallazgos Positivos...

**Antecedentes Generales**

**Parámetros Básicos**

**Examen Físico**  
General: BEG

**Diagnósticos**  
Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL

**Medicamentos Formulados y/o Administrados**

**Laboratorio Clínico**

**Imagenología**

**Otros Exámenes y/o procedimientos**

**Procedimientos Internos**

**Remisiones**

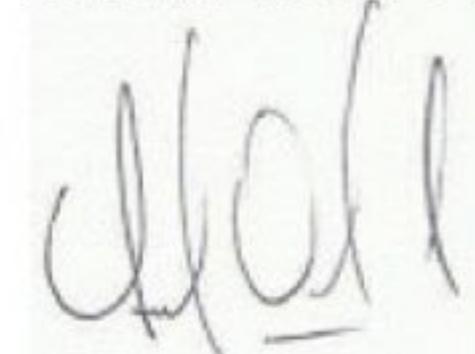
**Incapacidades/Licencias**

**Conducta**  
. Conducta: Doxazsoina

**Requiere Atención:** NO. **Hiperconsultante:** NO.

**Otros Parámetros y Valores Relacionados**

**Firma del Profesional**



GUSTAVO ADOLFO SALAZAR TRUJILLO  
80426537  
Especialidad: UROLOGIA



Nº Id Afiliado

19489266

Nº Id Paciente

19489266

Nombre y Apellidos Completos

YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO

Sexo

M

Dirección Residencia

C 36 70 50 INT.18 APTO 401

Ocupación

PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN Y PENSIONADOS O JUBILADOS

Responsable

Etnia

Estado Civil

Causa Externa

13 Enfermedad General

Riesgo Paciente

R2 Sano con Factores de Riesgo

Motivo Consulta

. cONTROL

Enfermedad Actual

. pop de circuncision

Evolución y Control

Revisión por Sistemas

No Refirió Hallazgos Positivos...

Antecedentes Generales

Parámetros Básicos

Examen Físico

General: BEG

Diagnósticos

Z988 OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS

Medicamentos Formulados y/o Administrados

Laboratorio Clínico

Imagenología

Otros Exámenes y/o procedimientos

890394 : CONSULTA CONTROL UROLOGIA Cantidad: 1 Observación: Control en 15 días

Procedimientos Internos

Remisiones

Incapacidades/Licencias

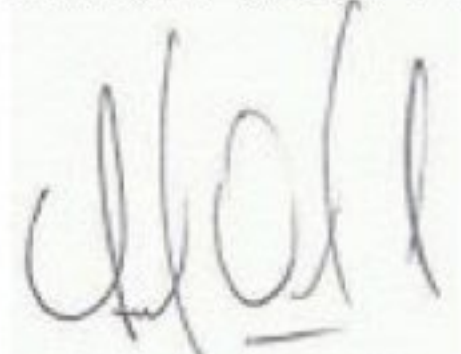
Conducta

. Conducta: Control

Requiere Atención: NO. Hiperconsultante: NO.

Otros Parámetros y Valores Relacionados

Firma del Profesional



GUSTAVO ADOLFO SALAZAR TRUJILLO

80426537

Especialidad: UROLOGIA

Atendido En

IPS COMPENSAR

Tipo ID

CC

Grupo Sanguíneo

A

RH

?

Fecha Nacimiento

30/08/1962

Edad

55 Año(s) 11 Mes(es)

Teléfonos

4160150

Acompañante

SOLO

Teléfono del Responsable

¿Cuál?

¿Cuál?

Finalidad Consulta

Nº Autorización

182366126261504

Estrato

3

Fecha y Hora Atención

2018-08-24 12:02:02

Programa

CE

Parentesco del Responsable

Aseguradora



Episodio : 38506424  
Fecha : 25.04.2018

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 59 Años  
Especialidad : 10BTC ODONTOLOGIA GENERAL  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Antecedentes del Paciente

### Hemoclasificación

Grupo Sanguíneo : A  
RH : + Positivo

### Diagnósticos Previos

- \* Fecha/Hora del Dx : 25.04.2018 08:53  
Código Dx : E660  
Descripción : OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS  
Certeza Dx : Confrimado Nuevo
- \* Fecha/Hora del Dx : 28.08.2019 11:34  
Código Dx : E669  
Descripción : OBESIDAD, NO ESPECIFICADA  
Certeza Dx : Confrimado Repetido
- \* Fecha/Hora del Dx : 09.09.2020 19:21  
Código Dx : E782  
Descripción : HIPERLIPIDEMIA MIXTA  
Certeza Dx : Confrimado Repetido
- \* Fecha/Hora del Dx : 13.08.2021 09:26  
Código Dx : E785  
Descripción : HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA  
Certeza Dx : Confrimado Repetido
- \* Fecha/Hora del Dx : 09.09.2020 19:21  
Código Dx : I10X  
Descripción : HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)  
Certeza Dx : Confrimado Repetido
- \* Fecha/Hora del Dx : 18.05.2018 12:25  
Código Dx : J00X  
Descripción : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)  
Certeza Dx : Confrimado Nuevo
- \* Fecha/Hora del Dx : 25.02.2019 11:41  
Código Dx : K021  
Descripción : CARIES DE LA DENTINA  
Certeza Dx : Confrimado Nuevo
- \* Fecha/Hora del Dx : 25.02.2019 11:41  
Código Dx : K028  
Descripción : OTRAS CARIES DENTALES  
Certeza Dx : Confrimado Nuevo
- \* Fecha/Hora del Dx : 26.02.2019 18:23  
Código Dx : K029  
Descripción : CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA  
Certeza Dx : Confrimado Nuevo
- \* Fecha/Hora del Dx : 25.02.2019 11:27  
Código Dx : K051  
Descripción : GINGIVITIS CRONICA  
Certeza Dx : Confrimado Nuevo
- \* Fecha/Hora del Dx : 14.08.2021 09:52  
Código Dx : K081  
Descripción : PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, E XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL  
Certeza Dx : Confrimado Nuevo
- \* Fecha/Hora del Dx : 28.08.2019 11:32  
Código Dx : M659  
Descripción : SINOVITIS Y TENOSINOVITIS, NO ESPECIFICA DA  
Certeza Dx : Confrimado Repetido
- \* Fecha/Hora del Dx : 18.05.2018 12:27

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Antecedentes del Paciente

Código Dx : M755  
 Descripción : BURSITIS DEL HOMBRO  
 Certeza Dx : Confrimado Nuevo

\* Fecha/Hora del Dx : 18.05.2018 12:25  
 Código Dx : N512  
 Descripción : BALANITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS E N OTRA PARTE  
 Certeza Dx : Confrimado Nuevo

\* Fecha/Hora del Dx : 09.09.2020 19:21  
 Código Dx : R740  
 Descripción : ELEVACION DE LOS NIVELES DE TRANSAMINASA S O DESHIDROGENASA LACTICA [DHL]  
 Certeza Dx : Confirmado Repetido

Antecedentes Patológicos  
 HTA DE NOVO AGT /2020 OBESIDAD

Antecedentes Quirúrgicos  
 ENUCLEACION OI

Antecedentes Traumáticos  
 TRAUMA OCULAR OI A LOS 8 AÑOS

Antecedentes Tóxicos

\* Fecha/Hora Registro : 25.04.2018 08:45  
 Tipo de sustancia : Tabaco  
 Estado : Activo  
 Tipo : CIGARRILLO  
 Cantidad : 2  
 Frecuencia : Diaria  
 Tiempo consumo : 5,00  
 Paq/ Año : 0,50

Responsable : FRANCO ZAMORA PABLO AUGUSTO  
 Registro : 80428953  
 Especialidad : MEDICINA GENERAL

Alergias  
 NO EXISTEN ALERGIAS

Transfusionales  
 NO REFIERE

Psiquiátricos  
 NO REFIERE

Farmacológicos  
 LOSARTAN, ATORVASTATINA, EZOMEPRAZOL

Detalle antecedentes familiares

Cáncer de mama : No	Primera línea de consanguinidad : No
Detalle :	
Cáncer otro sitio : No	Primera línea de consanguinidad : No
Detalle :	
Hipertensión : Sí	Primera línea de consanguinidad : Si
Detalle : MADRE	
Diabetes : No	Primera línea de consanguinidad : No
Detalle :	
Enfermedad renal : No	Primera línea de consanguinidad : No
Detalle :	

Eventos vasculares

Coronarios : Sí	Primera línea de consanguinidad : Si
Detalle : PADRE	
Cerebral : No	Primera línea de consanguinidad : No Evaluado

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



Antecedentes del Paciente

Detalle :

Otros antecedentes vasculares : No

Detalle :

Otros antecedentes familiares : No

Detalle : Años



Episodio : 26336193  
Fecha : 28.08.2019

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 10BTC MEDICINA FAMILIAR  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Interpretación de Exámenes

### Históricos interpretación de exámenes

\* **Fecha del Registro** : 09.09.2020 **Hora** : 19:10  
**Fecha Resultado** : 04.09.2020

**Código de prestación según catálogo de prestaciones** : 0000903866  
**Denominación** : TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA TGP  
**Interpretación** : AST 55 AT 91 SH 4,01 AC URICO 6,5 HEMOGRAMA NORMAL.

**No. Interlocutor** : 0000002848 **Responsable** : RODRIGUEZ ESCOBAR MAURICIO ALBERTO  
**Registro** : 79370084 **Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR  
**Ubicación** : En Consulta Externa

\* **Fecha del Registro** : 09.09.2020 **Hora** : 19:07  
**Fecha Resultado** : 04.09.2020

**Código de prestación según catálogo de prestaciones** : 0000903816  
**Denominación** : COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL  
**Interpretación** : COLESTEROL 280 HDL 34 TRIGLICERIDOS 559 GLUCOA 98

**No. Interlocutor** : 0000002848 **Responsable** : RODRIGUEZ ESCOBAR MAURICIO ALBERTO  
**Registro** : 79370084 **Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR  
**Ubicación** : En Consulta Externa

\* **Fecha del Registro** : 09.09.2020 **Hora** : 19:04  
**Fecha Resultado** : 04.09.2020

**Código de prestación según catálogo de prestaciones** : 0000903895  
**Denominación** : CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS  
**Interpretación** : CREATININA 1,3 MICROALBUMINURIA 168,65

**No. Interlocutor** : 0000002848 **Responsable** : RODRIGUEZ ESCOBAR MAURICIO ALBERTO  
**Registro** : 79370084 **Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR  
**Ubicación** : En Consulta Externa



Episodio : 39083492  
Fecha : 11.01.2022

<b>Paciente</b>	: YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO		
<b>Identificación</b>	: CC 19489266	<b>F. Nacimiento</b>	: 30.08.1962
<b>Sexo</b>	: Masculino	<b>Edad</b>	: 59 Años
<b>Especialidad</b>	: 10BTP TALLERES PYP		
<b>Aseguradora</b>	: COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE		

## Registro de Talleres

\* **Fecha del registro** : 11.01.2022 **Hora Registro** : 14:10  
**Servicio** : FISIOTERAPIA  
**Responsable** :  
**Programa** : HIGIENE POSTURAL  
**Módulo** : 1 **Sesión #** : 1  
**Fecha** : 11.01.2022 **Hora de inicio** : 09:50 **Hora de finalización** : 10:00  
**Tema** : LA COLUMNA COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

**Objetivo de la sesión** : CONOCER LA COLUMNA Y APRENDER CÓMO USARLA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, MEJORAR LOS HÁBITOS

**Objetivo específico** : Crear conciencia de la importancia de la ejecución del plan de ejercicios y el seguimiento de las medidas de higiene postural en las actividades de la vida diaria

**Descripción de la actividad** : Sesión educativa con ayuda de medios audiovisuales explicando la biomecánica de la columna, las medidas de protección y ergonomía en las actividades laborales y de la vida diaria y se dan indicaciones sobre pausas activas y ejercicios para mantener la funcionalidad de la columna.

**Plan** : Se realiza teleorientación para indicaciones de medidas de higiene osteomuscular como parte del adecuado manejo de la columna, estando de acuerdo paciente, se indica aplicar todas las recomendaciones o cuidados aprendidos a través de la información del taller, en forma permanente ajustando su sitio de trabajo o el sitio donde desarrolla sus actividades.

**Responsable** : MORAD HERNANDEZ SHADIA  
**Registro** : 52559163  
**Especialidad** : FISIOTERAPIA  
**Ubicación** : En Consulta Externa



Episodio : 23451774  
Fecha : 17.09.2020

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 11UTC ORTOPEDIA  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Seguimiento de Pacientes

### Tabla registro seguimiento pacientes

\* **Fecha Dato** : 17.09.2020 **Hora** : 17:52 **Gestión Clínica** : No  
**Número de control** : 1 **Sede de seguimiento** : 10BSEDE  
**Efectividad en la comunicación** : No Evaluado  
**Seguimiento a episodio?** : No Evaluado **Episodio** :  
**Servicio** :  
**Tipo de seguimiento** :  
**Programa** :  
  
\* **PAS (mmHg)** : 0 **Tomado** : No **Temperatura (°C)** : 0,0  
**PAD (mmHg)** : 0 **Tomado** : No **Peso (Kg)** : 0,000  
**PAM (mmHg)** : 0 **Talla (cm)** : 0,00  
  
\* **Medicamentos** : **Oxígeno** :  
**Terapias** : **Citas de control e interconsultas** :  
**Cuidados Herida/Drenes/Dispositivos** : **Exámenes** :  
  
\* **Alojamiento conjunto** : **Vacunación** :  
**Valoración TSH** : **Lactancia exclusiva** :  
**Cita control pediatría** : **Registro civil** :  
**Aseguramiento en salud** :  
  
\* **Vómito** : No Evaluado **Fiebre** : No Evaluado  
**Sangrado** : No Evaluado **Disnea** : No Evaluado  
**Mareo** : No Evaluado **Retención urinaria** : No Evaluado  
**Náuseas** : No Evaluado **Actividad física** : No Evaluado  
**Edema** : No Evaluado  
  
\* **Normal** : No **Calor** : No **Edema** : No **Secreción** : No  
  
\* **Urgencias/ Hospitalización** : No Evaluado  
**Cumple plan de alimentación** : No Evaluado  
  
\* **¿Paciente atendido en sala ERA?** : No Evaluado  
  
\* **¿Las indicaciones suministradas fueron claras?:**  
**Tipo de seguimiento** : Otro **Mejoría** : No Evaluado  
**Observaciones** : NUMEROS DESCRITOS EN HISORIA CLINICA FUERA DE SERVICIO,NO SE LOGRA COMUN  
  
**No. Interlocutor** : 2000010377 **Responsable** : GARZON TENJO PABLO ANDRES  
**Registro** : 81720044 **Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR  
**Ubicación** : En Consulta Externa

### Responsable Guardar

**Fecha** : 17.09.2020 **Hora** : 17:53  
**No. Interlocutor** : 2000010377 **Nombre** : GARZON TENJO PABLO ANDRES  
**Registro** : 81720044 **Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR

### Responsable Firmar

**No. Interlocutor** : **Nombre** :  
**Registro** : **Especialidad** :



Episodio : 6208376  
Fecha : 25.04.2018

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 55 Años  
Especialidad : 10ATC MEDICINA GENERAL  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Casado  
Dominancia : Diestro  
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos  
Vive Solo : Cónyuge  
Informante : Paciente

Sistema de Creencias :

### Motivo de Consulta

"ME CAI"

LLEGA TARDE 10 MINUTOS

### Enfermedad Actual

PACIENTE REFIERE QUE HACE 2 DIAS SUFRIÓ CAÍDA DE SU PROPIA ALTURA AL TROPEZAR CON UNA CADENA, PADECIENDO TRAUMA DIRECTO EN CODO DERECHO Y ANTEBRAZO IZQUIERDO. REFIERE DOLOR RESIDUAL.

Consulta Compartida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

#### \* SÍNTOMAS GENERALES

NIEGA

#### \* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NIEGA

#### \* CARDIOVASCULAR

NIEGA DISNEA PRECORDALGIA

#### \* RESPIRATORIO

NIEGA DISNEA

#### \* GASTROINTESTINAL

NIEGA DIARREA ESTREÑIMIENTO

#### \* GENITOURINARIO

NIEGA DISURIA ALGURIA

#### \* LOCOMOTOR

NIEGA

#### \* OSTEOARTICULAR

NIEGA

#### \* SISTEMA NERVIOSO

NIEGA

#### \* PIEL Y ANEXOS

NIEGA

#### \* PSIQUIATRICOS



## Historia Clínica de Ingreso

NIEGA

\* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NIEGA

\* OTROS

NIEGA

### Parametros básicos

#### Condiciones generales

Aspecto General : Bueno  
 Color de la Piel : Normal  
 Estado Hidratación : Hidratado  
 Estado de Conciencia : Alerta  
 Estado del Dolor : 0  
 Orientado en Tiempo : Si  
 Orientado en Persona : Si  
 Orientado en Espacio : Si  
 Posición Corporal : Normal  
 Condición al Llegar : Sobrio

#### Presión Arterial

Toma de Presión : Manual  
 Presión Arterial(mm Hg) : 110 / 70  
 Presión Arterial Media(mm Hg) : 83  
 Lugar de la Toma : Brazo Izquierdo  
 Posición : Sedestación  
 Pulso : 80  
 Pul/min Tomado : Si  
 Presente / ausente : Presente  
 Rítmico/Arritmico : Rítmico  
 Lugar de la Toma : Radial Izquierdo  
 Intensidad del Pulso : Se palpan normales ++

Frec. Respiratoria(x min) : 19  
 Tipo de Respiración : Normal  
 Frec. Cardíaca : 80  
 Temperatura : Normal  
 Temperatura(°C) : 36,0  
 Lugar de la Toma : Axilar  
 Peso(Kg) : 89,000  
 Talla(cm) : 167  
 Superficie Corporal(m2) : 2,03  
 IMC(Kg/m2) : 31,91

### Examen Fisico por Regiones

- \* -CABEZA  
Hallazgos : NORMOCEFALO,CABELLO BIEN IMPLANTADO,NO MASAS
- \* -OJOS  
Hallazgos : CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS,PUPILAS NORMOREACTIVAS A LUZ Y ACOMODACION
- \* -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA  
Hallazgos : OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL,OROFARINGE NORMAL,FOSASNASALES PERMEABLES
- \* -CUELLO  
Hallazgos : PULSOS CAROTIDEOS NORMALES,NO INGURGITACION YUGULAR,TIROIDES NORMAL ALA
- \* -TORAX Y PULMONES  
Hallazgos : NORMOCONFIGURADO,NO HAY SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA RUIDOS RESPIRATO
- \* -MAMA  
Hallazgos : NO SE EXPLORA
- \* -CARDIACO

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Historia Clínica de Ingreso

Hallazgos : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS NI AGREGADOS

\* -ABDOMEN Y PELVIS

Hallazgos : BLANDO DEPRESIBLE NO MASS N VISCEROMEGALIAS,NO DOLOR ALA PALPACION

\* -GENITALES

Hallazgos : NO SE EXPLORA

\* -ANO-RECTAL

Hallazgos : NO SE EXPLORA

\* -EXTREMIDADES SUPERIORES

Hallazgos : BUENA PERFUSION DISTAL,PULSOS SIMETRICOS

\* -EXTREMIDADES INFERIORES

Hallazgos : BUENA PERFUSION DISTAL ,PULSOS SIMETRICOS,HOMASN NEGATIVO

\* -OSTEOMUSCULAR

Hallazgos : TRAQUIDO ARTICULAR HOMBRO DER

\* -NEUROLOGICO

Hallazgos : SENSIBILIDAD MOTILIDAD REFLECTIVIDAD TONO Y TROFISMO NORMALES,PARES CRAN

\* -MENTAL

Hallazgos : SIN ALTERACIONES

\* -PIEL Y FANERAS

Hallazgos : SIN ALTERACIONES

## Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : M255

Descripción : DOLOR EN ARTICULACION

Clasificación : Diag. Principal

Tipo : Impresión Diagnóstica

Finalidad Consulta : No Aplica

Causa Externa : Enfermedad general

## Relación de Diagnósticos

\* Fecha : 25.04.2018 Hora : 08:53  
 Código Diagnóstico : E660  
 Nombre Diagnóstico : OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS  
 Clasificación :  
 Tipo Diagnóstico :

## Analisis y Plan

SS ECO ARTICULAR HOMBRO DERECHO

PLAN NAPROXENO VO

VAL NUTRICION

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

## Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000001916  
 Responsable : FRANCO ZAMORA PABLO AUGUSTO  
 Registro : 80428953  
 Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 25.04.2018 Hora : 08:53



Episodio : 6724227  
Fecha : 18.05.2018

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 55 Años  
Especialidad : 10ATC MEDICINA GENERAL  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Casado  
Dominancia : Diestro  
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos  
Vive Solo : Cónyuge  
Informante : Paciente

Sistema de Creencias :

### Motivo de Consulta

"CONTROL"

### Enfermedad Actual

PACIENTE REFIERE QUE TRAE REPORTE DE ECO HOMBRO DERECHO DE MAYO 11/2018: CAMBIOS ARTROPOCICOS DE LA ART ACROMIOCLAVICULAR , BURSITIS SUBDELTOIDEA LAMINAR,

Consulta Compartida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

#### \* SÍNTOMAS GENERALES

NIEGA

#### \* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NIEGA

#### \* CARDIOVASCULAR

NIEGA DISNEA PRECORDALGIA

#### \* RESPIRATORIO

NIEGA DISNEA

#### \* GASTROINTESTINAL

NIEGA DIARREA ESTREÑIMIENTO

#### \* GENITOURINARIO

NIEGA DISURIA ALGURIA

#### \* LOCOMOTOR

NIEGA

#### \* OSTEOARTICULAR

NIEGA

#### \* SISTEMA NERVIOSO

NIEGA

#### \* PIEL Y ANEXOS

NIEGA

#### \* PSIQUIATRICOS

NIEGA



## Historia Clínica de Ingreso

\* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NIEGA

\* OTROS

NIEGA

### Parametros básicos

#### Condiciones generales

Aspecto General : Bueno  
Color de la Piel : Normal  
Estado Hidratación : Hidratado  
Estado de Conciencia : Alerta  
Estado del Dolor : 0  
Orientado en Tiempo : Si  
Orientado en Persona : Si  
Orientado en Espacio : Si  
Posición Corporal : Normal  
Condición al llegar : Sobrio

#### Presión Arterial

Toma de Presión : Manual  
Presión Arterial(mm Hg) : 110 / 70  
Presión Arterial Media(mm Hg) : 83  
Lugar de la Toma : Brazo Izquierdo  
Posición : Sedestación  
Pulso : 78  
Pul/min Tomado : Si  
Presente / ausente : Presente  
Ritmico/Arritmico : Rítmico  
Lugar de la Toma : Radial Izquierdo  
Intensidad del Pulso : Se palpan normales ++

Frec. Respiratoria(x min) : 19  
Tipo de Respiración : Normal  
Frec. Cardíaca : 78  
Temperatura : Normal  
Temperatura(°C) : 36,0  
Lugar de la Toma : Axilar  
Peso(Kg) : 87,000  
Talla(cm) : 169  
Superficie Corporal(m2) : 2,01  
IMC(Kg/m2) : 30,46

### Examen Fisico por Regiones

\* -CABEZA  
Hallazgos : NORMOCEFALO,CABELLO BIEN IMPLANTADO,NO MASAS

\* -OJOS  
Hallazgos : CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS,PUPILAS NORMOREACTIVAS A LUZ Y ACOMODACION

\* -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA  
Hallazgos : OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL,OROFARINGE NORMAL,FOSASNA SALES RINORRea hialina

\* -CUELLO  
Hallazgos : PULSOS CAROTIDEOS NORMALES,NO INGURGITACION YUGULAR,TIROIDES NORMAL ALA

\* -TORAX Y PULMONES  
Hallazgos : NORMOCONFIGURADO,NO HAY SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIARUIDOSRESPIRATO

\* -MAMA  
Hallazgos : NO SE EXPLORA

\* -CARDIACO  
Hallazgos : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS NI AGREGADOS



## Historia Clínica de Ingreso

- \* -ABDOMEN Y PELVIS  
Hallazgos : BLANDO DEPRESIBLE NO MASS N VISCEROMEGALIAS,NO DOLOR ALA PALPACION
- \* -GENITALES  
Hallazgos : IRRITACION GLANDE
- \* -ANO-RECTAL  
Hallazgos : NO SE EXPLORA
- \* -EXTREMIDADES SUPERIORES  
Hallazgos : BUENA PERFUSION DISTAL,PULSOS SIMETRICOS
- \* -EXTREMIDADES INFERIORES  
Hallazgos : BUENA PERFUSION DISTAL ,PULSOS SIMETRICOS,HOMASN NEGATIVO
- \* -OSTEOMUSCULAR  
Hallazgos : OSTEORTICULAR SIN ALTERACIONES
- \* -NEUROLOGICO  
Hallazgos : SENSIBILIDAD MOTILIDAD REFLECTIVIDAD TONO Y TROFISMO NORMALES,PARES CRAN
- \* -MENTAL  
Hallazgos : SIN ALTS

### Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : M755  
 Descripción : BURSITIS DEL HOMBRO  
 Clasificación : Diag. Principal  
 Tipo : Confirmado Nuevo  
 Finalidad Consulta : No Aplica  
 Causa Externa : Enfermedad general

### Relación de Diagnósticos

- \* Fecha : 18.05.2018 Hora : 12:25  
 Código Diagnóstico : J00X  
 Nombre Diagnóstico : RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)  
 Clasificación :  
 Tipo Diagnóstico :
- \* Fecha : 18.05.2018 Hora : 12:25  
 Código Diagnóstico : N512  
 Nombre Diagnóstico : BALANITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE  
 Clasificación :  
 Tipo Diagnóstico :

### Analisis y Plan

plan naproxeno 500mg tid vo x 4 dias clorfeniramina 4mg tid vo x 4 dias acetato de aluminio baños locales en pene val fisatria y t fisica

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

#### Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000001916  
 Responsable : FRANCO ZAMORA PABLO AUGUSTO  
 Registro : 80428953  
 Especialidad : MEDICINA GENERAL

Fecha : 18.05.2018 Hora : 12:27



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

Diagnós individual

Página 13 de 59

ALVAREZ, YAMIL

nac.: 30.08.1962

Nº paciente: 77856

Nº episodio: 8819659

UO de enfermería: 10ALABORATOR

nac.el: 30.8.1962

Orden: 20180816113625 del: 16.8.2018 11:35	Status:		
desconoc.	Prestación	Resultado	Unidad
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO		82.5	mg/dl
20180816113625			
20180816113633.545			
20180816113625 GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO:			
METODO:GLUCOSA HEXOQUINASA			



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR Diagnós individual

Página 14 de 59

ALVAREZ, YAMIL nac.: 30.08.1962 N° paciente: 77856 N° episodio: 8819659  
UO de enfermería: 10ALABORATOR nac.el: 30.8.1962

Orden: 20180816115813 del: 16.8.2018 11:57 Status:			
CH	Prestación	Resultado	Unidad
	RECuento DE LEUCOCITOS	5.94	x10^3/u
	NEUTROFILOS %	35.6/X	%
	LINFOCITOS %	52.4/X	%
	MONOCITOS %	8.9	%
	EOSINOFILOS %	2.2	%
	BASOFILOS %	0.7	%
	NEUTROFILOS Abs	2.12	x10^3/u
	LINFOCITOS Abs	3.11	x10^3/u
	MONOCITOS Abs	0.53	x10^3/u
	EOSINOFILOS Abs	0.13	x10^3/u
	BASOFILOS Abs	0.04	x10^3/u
	RECuento DE ERITROCITOS	5.63	x10^6/u
	MCV	89.0	fl
	MCH	30.9	pg
	RDW	13.2	%
	MPV	10.0	fl
	MCHC	34.7	g/dl
	RECuento DIFERENCIAL MANUAL	-	
desconoc.	HEMATOCRITO	50.1	%
	HEMOGLOBINA	17.4	g/dl
	RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATI	239.0	x10^3/u
20180816115813 RECuento DIFERENCIAL MANUAL:		*	
20180816115813 MPV:		*	
20180816115813 RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATI:		*	
METODO: LASERSEMICONDUCTOR			
20180816115813 RDW:		*	
20180816115813 MCHC:		*	
20180816115813 MCH:		*	
20180816115813 MCV:		*	
20180816115813 HEMOGLOBINA:		*	
20180816115813 HEMATOCRITO:		*	
20180816115813 RECuento DE ERITROCITOS:		*	
METODO: LASERSEMICONDUCTOR			
20180816115813 BASOFILOS Abs:		*	
20180816115813 EOSINOFILOS Abs:		*	
20180816115813 MONOCITOS Abs:		*	
20180816115813 LINFOCITOS Abs:		*	
20180816115813 NEUTROFILOS Abs:		*	
20180816115813 BASOFILOS %:		*	
20180816115813 EOSINOFILOS %:		*	
20180816115813 MONOCITOS %:		*	
20180816115813 LINFOCITOS %:		*	



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR Diagnós individual

Página 15 de 59

ALVAREZ, YAMIL nac.: 30.08.1962

Nº paciente: 77856 Nº episodio: 8819659

UO de enfermería: 10ALABORATOR

nac.el: 30.8.1962

Orden: 20180816115813 del: 16.8.2018 11:57 Status:		
Prestación	Resultado	Unidad
20180816115813	NEUTROFILOS %:	*
20180816115813	RECuento DE LEUCOCITOS:	*
	METODO: LASERSEMICONDUCTOR	
20180816115813		
	20180816115819.576	



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

Diagnós individual

Página 16 de 59

ALVAREZ, YAMIL

nac.: 30.08.1962

Nº paciente: 77856

Nº episodio: 8819659

UO de enfermería: 10ALABORATOR

nac.el: 30.8.1962

Orden: 20180816121409 del: 16.8.2018 12:13	Status:		
ALUPIC	Prestación	Resultado	Unidad
	INR	0.92	
desconoc.			
TIEMPO DE PROTROMBINA TP	13.2		seg

20180816121409

20180816121422.365

20180816121409 TIEMPO DE PROTROMBINA TP:

Media Poblacional 14.3 seg METODO:NEFELOMETRIA CENTRIFUGA

20180816121409 INR:

\*

\*

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

Diagnós individual

Página 17 de 59

ALVAREZ, YAMIL

nac.: 30.08.1962

Nº paciente: 77856

Nº episodio: 8819659

UO de enfermería: 10ALABORATOR

nac.el: 30.8.1962

Orden: 20180816121409 del: 16.8.2018 12:13	Status:		
desconoc.	Prestación	Resultado	Unidad
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCI	29.5	Normal	seg

20180816121409

20180816121422.412

20180816121409 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCI:

Media Poblacional 29.7 seg METODO:NEFELOMETRIA CENTRIFUGA

\*



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

Diagnós individual

Página 18 de 59

ALVAREZ, YAMIL nac.: 30.08.1962

Nº paciente: 77856 Nº episodio: 8819659

UO de enfermería: 10ALABORATOR

nac.el: 30.8.1962

Orden: 20180816124408 del: 16.8.2018 12:43 Status:			
PO	Prestación	Resultado	Unidad
	COLOR .	AMARILLO	
	ASPECTO	TRANSPARENT	
	pH	5.0	4.8 - 7.4
	LEUCOCITOS/ESTEARASA	NEGATIVO /uL	1
	NITRITOS	NEGATIVO	
	PROTEINAS	75 mg/dl	
	GLUCOSA	NORMAL mg/dl	
	CETONAS	NEGATIVO mg/dl	
	UROBILINOGENO	NORMAL mg/dl	
	BILIRRUBINA	NEGATIVO mg/dl	
	BACTERIAS	+	
	CELULAS EPITELIALES	1.0	0.0 - 5.0 /uL
	LEUCOCITOS	1.0	0.0 - 9.0 /uL
	HEMATIES	1.0	0.0 - 6.0 /uL
	OTROS	-	
desconoc.			
	ERITROCITOS	NEGATIVO /uL	
	DENSIDAD	1025.0	1

20180816124408			
	20180816124417.906		
20180816124408	COLOR . :	*	
20180816124408	ASPECTO:	*	
20180816124408	DENSIDAD:	*	
20180816124408	pH:	*	
20180816124408	LEUCOCITOS/ESTEARASA:	*	
20180816124408	NITRITOS:	*	
20180816124408	PROTEINAS:	*	
20180816124408	GLUCOSA:	*	
20180816124408	CETONAS:	*	
20180816124408	UROBILINOGENO:	*	
20180816124408	BILIRRUBINA:	*	
20180816124408	ERITROCITOS:	*	
20180816124408	BACTERIAS:	*	
20180816124408	CELULAS EPITELIALES:	*	
20180816124408	LEUCOCITOS:	*	
20180816124408	HEMATIES:	*	
20180816124408	OTROS:	*	
	METODO:MICROSCOPÍAAUTOMATIZADA		



Episodio : 12502982  
Fecha : 22.01.2019

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 56 Años  
Especialidad : 10ATC MEDICINA FAMILIAR  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Casado  
Dominancia : Diestro  
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos  
Empleador o Empresa : ABOGADO.  
Vive Solo : Cónyuge  
Informante : Paciente

Sistema de Creencias :

### Motivo de Consulta

AMANECI SIN VOS

### Enfermedad Actual

PACIENTE SIN PAOTLOGIAS CARDIOVASCULARES., ASISTE POR CUADRO DE 2 DIAS CONSISTENTE EN MIALGIAS , ARTRALGIAS, MALESTAR GENERAL. ARDOR OCULAR, DISFONIA, Y SECRECION OCULAR. ESTUVO EN PAIPA EL FIN DE SEMANA.

Consulta Compartida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

#### \* SÍNTOMAS GENERALES

NIEGA

#### \* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NIEGA

#### \* CARDIOVASCULAR

NIEGA

#### \* RESPIRATORIO

NIEGA

#### \* GASTROINTESTINAL

NIEGA

#### \* GENITOURINARIO

NIEGA

#### \* LOCOMOTOR

NIEGA

#### \* OSTEOARTICULAR

NIEGA

#### \* SISTEMA NERVIOSO

NIEGA

#### \* PIEL Y ANEXOS

NIEGA

#### \* PSIQUIATRICOS

NIEGA

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Historia Clínica de Ingreso

\* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NIEGA

\* OTROS

ARDOR OCULAR

### Parametros básicos

#### Condiciones generales

Aspecto General : Bueno  
Color de la Piel : Normal  
Estado Hidratación : Hidratado  
Estado de Conciencia : Alerta  
Estado del Dolor : 0  
Orientado en Tiempo : Si  
Orientado en Persona : Si  
Orientado en Espacio : Si  
Posición Corporal : Normal  
Condición al llegar : Sobrio

#### Presión Arterial

Toma de Presión : Manual  
Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 80  
Presión Arterial Media(mm Hg) : 93  
Lugar de la Toma : Brazo Derecho  
Posición : Sedestación  
Pulso : 70  
Pul/min Tomado : Si  
Presente / ausente : Presente  
Ritmico/Arritmico : Rítmico  
Lugar de la Toma : Radial Derecho  
Intensidad del Pulso : Se palpan normales ++

Frec. Respiratoria(x min) : 20  
Tipo de Respiración : Normal  
Frec. Cardíaca : 70  
Temperatura : Normal  
Temperatura(°C) : 36,0  
Lugar de la Toma : Axilar  
Peso(Kg) : 83,000  
Talla(cm) : 165  
Superficie Corporal(m2) : 1,96  
IMC(Kg/m2) : 30,49  
Perímetro Abdominal(cm) : 78,0

### Examen Fisico por Regiones

\* -CABEZA  
Hallazgos : NORMAL IMPLANTACION PILOSA NORMAL

\* -OJOS  
Hallazgos : PUPILAS REACTIVAS. VISION NORMAL. ENUCLEACION OJO IZQUEIRDO. SECRECION PURULENTA

\* -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA  
Hallazgos : ERITEMA EN LARINGE. PLACA BACTERIANA.

\* -CUELLO  
Hallazgos : NO MASAS. NO MEGALIAS

\* -TORAX Y PULMONES  
Hallazgos : EXPANSION SIMETRICA.NO CREPITO

\* -MAMA  
Hallazgos : NO DOLOR PALPACION. NO MASAS

\* -CARDIACO  
Hallazgos : NO SOPLOS, RITMICOS

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Historia Clínica de Ingreso

- \* -ABDOMEN Y PELVIS  
Hallazgos : BLANDO. NO MASAS. NO DOLOR A PALPACION.
- \* -GENITALES  
Hallazgos : NORMAL
- \* -ANO-RECTAL  
Hallazgos : NORMAL
- \* -EXTREMIDADES SUPERIORES  
Hallazgos : NO EDEMAS. BUENA PERFUSION DISTAL.
- \* -EXTREMIDADES INFERIORES  
Hallazgos : NO EDEMAS. BUENA PERFUSION DISTAL.
- \* -OSTEOMUSCULAR  
Hallazgos : NORMAL
- \* -NEUROLOGICO  
Hallazgos : NO DEFICIT
- \* -MENTAL  
Hallazgos : ORIENTADA EN CUATRO ESFERAS
- \* -PIEL Y FANERAS  
Hallazgos : NORMAL
- \* -OTROS  
Hallazgos : NORMAL

### Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : H100  
 Descripción : CONJUNTIVITIS MUCOPURULENTA  
 Clasificación : Diag. Principal  
 Tipo : Impresión Diagnóstica  
 Finalidad Consulta : No Aplica  
 Causa Externa : Enfermedad general

### Relación de Diagnósticos

Código Diagnóstico : J040  
 Clasificación :  
 Tipo Diagnóstico :

### Analisis y Plan

TA NORMAL. CURSA CON LARINGITIS AGUDA, CONJUNTIVITIS PURULENTA, TOS Y MALESTAR GENERAL.  
 SE INDICA: DEXAMETASONA IM AHORA 8 MG  
 CIPROFLOXACINA 500 MG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS POLIMIXINA/NEOMICINA/CORTICOIDE OFTALMICO.

INCAPACIDAD 4 DIAS.

Clasificac.de la Atención : No Aplica

### Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000002843  
 Responsable : MENDIVELSO CASTRO JUAN CARLOS  
 Registro : 79347182  
 Especialidad : MEDICINA FAMILIAR

Fecha : 22.01.2019 Hora : 19:32



Episodio : 13395932  
Fecha : 25.02.2019

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 56 Años  
**Especialidad** : 10ATC DIAGNÓSTICO OD  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## EVOLUCIÓN

### Registro Evolución

- \* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 12:00  
**Diente / Zona** : 4  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: SE RETIRA CALCULOS SUPRAGINGIVALES SUPERIOR E INFERIOR E INTERDENTAL.  
**Tipo de Evolución** :  
**Realizado** : Sí
- Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Registro** : 79780426 **Especialidad** : ODONTOLOGIA
- \* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 12:00  
**Diente / Zona** : 3  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: SE RETIRA CALCULOS SUPRAGINGIVALES SUPERIOR E INFERIOR E INTERDENTAL.  
**Tipo de Evolución** :  
**Realizado** : Sí
- Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Registro** : 79780426 **Especialidad** : ODONTOLOGIA
- \* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 12:00  
**Diente / Zona** : 2  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: SE RETIRA CALCULOS SUPRAGINGIVALES SUPERIOR E INFERIOR E INTERDENTAL.  
**Tipo de Evolución** :  
**Realizado** : Sí
- Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Registro** : 79780426 **Especialidad** : ODONTOLOGIA
- \* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 12:00  
**Diente / Zona** : 1  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: SE RETIRA CALCULOS SUPRAGINGIVALES SUPERIOR E INFERIOR E INTERDENTAL.  
**Tipo de Evolución** :  
**Realizado** : Sí
- Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Registro** : 79780426 **Especialidad** : ODONTOLOGIA
- \* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 12:00  
**Diente / Zona** :  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : CONTROL DE PLACA DENTAL DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: SE REALIZA CONTROL DE PLACA BACTERIANA CON LIQUIDO REVELADOR, INDICE DE OLEARY SE CUANTIFICAN NUMERO DE DIENTES EN BOCA POR SUPERFICIES PIGMENTADAS.  
**Tipo de Evolución** :  
**Realizado** : Sí
- Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Registro** : 79780426 **Especialidad** : ODONTOLOGIA
- \* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 12:00  
**Diente / Zona** :  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : PROFILAXIS DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: SE REALIZA REMOCIÓN DE PLACA BLANDA CON COPA DE CAUCHO Y PASTA PROFILACTICA (NUPRO).

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Registro de Evolución

Tipo de Evolución :  
Realizado : Sí

Responsable : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
Registro : 79780426 Especialidad : ODONTOLOGIA

\* Fecha del Registro : 25.02.2019 Hora : 11:59  
Diente / Zona :  
Superficie :  
Observación Procedimiento : EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO: SE DAN INDICACIONES DE TECNICA DE CEPILLADO Y USO DE SEDA DENTAL, SE DA INFORMACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y HÁBITOS. RECOMENDACIONES.  
Tipo de Evolución :  
Realizado : Sí

Responsable : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
Registro : 79780426 Especialidad : ODONTOLOGIA

\* Fecha del Registro : 25.02.2019 Hora : 11:59  
Diente / Zona :  
Superficie :  
Observación Procedimiento : DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO PLAN COMPLEMENTARIO: HISTORIA CLÍNICA DIGITADA POR CAROLINA ESCOBAR SE VERIFICA INTEGRIDAD DEL INSTRUMENTAL ESTÉRIL Y LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS SALUD ORAL. SE REALIZA DIAGNOSTICO COMPLETO. PACIENTE CON RIESGO DE CARIES MODERADO, PRESENTA RESTAURACIONES DEFECTUOSAS SE REMITE A ESTETICA DENTAL.

Tipo de Evolución :  
Realizado : Sí

Responsable : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
Registro : 79780426 Especialidad : ODONTOLOGIA

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

Diagnóstico Principal : K051

Descripción : GINGIVITIS CRONICA

Causa Externa : Enfermedad general

Clasificación : H0

Tipo Diagnóstico : 02

### Evolución Diagnóstica

* Fecha : 25.02.2019	Hora : 11:41		
Código : K051			
Descripción : GINGIVITIS CRONICA			
Clasificación : Diag. Principal		Tipo	: Confirmado Nuevo
Responsable : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO			
* Fecha : 25.02.2019	Hora : 11:41		
Código : K028			
Descripción : OTRAS CARIES DENTALES			
Clasificación : Diag. Relacionado N°1		Tipo	: Confirmado Nuevo
Responsable : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO			
* Fecha : 25.02.2019	Hora : 11:41		
Código : K021			
Descripción : CARIES DE LA DENTINA			
Clasificación : Diag. Relacionado N°2		Tipo	: Confirmado Nuevo
Responsable : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO			



Episodio : 13395932  
Fecha : 25.02.2019

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 56 Años  
**Especialidad** : 10ATC DIAGNÓSTICO OD  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## HISTORIA CLINICA

### Examen Estomatológico

**Tipo de Consulta** : Diagnóstico Completo  
**Motivo de consulta** : "REVISIÓN"  
**Historia afección presente** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA

### Signos

**Articulación Tempo Mandibular (ATM)** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Labios** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Lengua** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Paladar** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Tejidos Blandos** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Mucosas** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Glándulas Salivales** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Piso Boca** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Senos Maxilares** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Músculos Masticatorios** : SIN ALTERACIONES CLÍNICAS  
**Maxilares y Oclusión** : RELACIÓN MOLAR: NO DETERMINABLE RELACIÓN CANINA: DERECHA CLASE I IZQUIERDA CLASE II, LINEA MEDIA: NO COINCIDE.

### Síntomas

**Articulación Tempo Mandibular (ATM)** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Labios** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Lengua** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Paladar** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Tejidos Blandos** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Mucosas** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Glándulas Salivales** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Piso Boca** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Senos Maxilares** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Músculos Masticatorios** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Maxilares y Oclusión** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA

### Exámenes

\* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 11:32

**Tipo de Examen** : Examen Periodontal  
**Zona** : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR  
**Signos** : PLACA BACTERIANA Y CÁLCULOS SUPRAGINGIVAL, GINGIVITIS MARGINAL Y PAPILAR CONSISTENCIA FIRME PUNTEADO GINGIVAL.  
**Síntomas** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Riesgo Periodontal** : 1  
**Prestación** : 0099731029 CONTROL DE PLACA DENTAL DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO  
**Anexo al procedimiento** :

**No. Interlocutor** : 0000005150 **Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Registro** : 79780426 **Especialidad** : ODONTOLOGIA  
**Ubicación** : En Consulta Externa

\* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 11:32

**Tipo de Examen** : Examen Periodontal  
**Zona** : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR  
**Signos** : PLACA BACTERIANA Y CÁLCULOS SUPRAGINGIVAL, GINGIVITIS MARGINAL Y PAPILAR CONSISTENCIA FIRME PUNTEADO GINGIVAL.  
**Síntomas** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Riesgo Periodontal** : 1  
**Prestación** : 0099730101 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO  
**Anexo al procedimiento** : 1,2,3,4

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Examen Estomatológico

**No. Interlocutor** : 0000005150  
**Registro** : 79780426  
**Ubicación** : En Consulta Externa

**Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Especialidad** : ODONTOLOGIA

\* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 11:32

**Tipo de Examen** : Examen Periodontal  
**Zona** : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR  
**Signos** : PLACA BACTERIANA Y CÁLCULOS SUPRAGINGIVAL, GINGIVITIS MARGINAL Y PAPILAR CONSISTENCIA FIRME PUNTEADO GINGIVAL.  
**Síntomas** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Riesgo Periodontal** : 1  
**Prestación** : 0099020301 EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO  
**Anexo al procedimiento** :

**No. Interlocutor** : 0000005150  
**Registro** : 79780426  
**Ubicación** : En Consulta Externa

**Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Especialidad** : ODONTOLOGIA

\* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 11:32

**Tipo de Examen** : Examen Periodontal  
**Zona** : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR  
**Signos** : PLACA BACTERIANA Y CÁLCULOS SUPRAGINGIVAL, GINGIVITIS MARGINAL Y PAPILAR CONSISTENCIA FIRME PUNTEADO GINGIVAL.  
**Síntomas** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA  
**Riesgo Periodontal** : 1  
**Prestación** : 0099731008 PROFILAXIS DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO  
**Anexo al procedimiento** :

**No. Interlocutor** : 0000005150  
**Registro** : 79780426  
**Ubicación** : En Consulta Externa

**Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Especialidad** : ODONTOLOGIA

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

**Diagnóstico Principal** : K051

**Descripción** : GINGIVITIS CRONICA

**Clasificación** : H0

**Causa Externa** : 13

**Tipo Diagnóstico** : 02

### Evolución Diagnóstica

\* **Fecha** : 25.02.2019 **Hora** : 11:27

**Código** : K051  
**Descripción** : GINGIVITIS CRONICA  
**Clasificación** : Diag. Principal  
**Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO

**Tipo** : Confirmado Nuevo

\* **Fecha** : 25.02.2019 **Hora** : 11:41

**Código** : K021  
**Descripción** : CARIES DE LA DENTINA  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°2  
**Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO

**Tipo** : Confirmado Nuevo

\* **Fecha** : 25.02.2019 **Hora** : 11:41

**Código** : K028  
**Descripción** : OTRAS CARIES DENTALES  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°1  
**Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO

**Tipo** : Confirmado Nuevo



Episodio : 13395932  
Fecha : 25.02.2019

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 56 Años  
**Especialidad** : 10ATC DIAGNÓSTICO OD  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## ODONTOGRAMA

### Detalle Odontograma

* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 47	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: ODV
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 46	Procedimiento	: 25
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 45	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: OD
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 44	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: OD
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 43	Procedimiento	: 30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 42	Procedimiento	: 30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 41	Procedimiento	: 30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 31	Procedimiento	: 30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 32	Procedimiento	: 30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Registro Odontograma

* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 33	Procedimiento:	30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 34	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: V
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 35	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: V
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 36	Procedimiento:	25
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 37	Procedimiento:	27
Prestación	:	Superficie	: OD
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:31
Diente	: 37	Procedimiento:	41
Prestación	: 0023210267	Superficie	: OD
			OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO NO POS
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:30
Diente	: 27	Procedimiento:	27
Prestación	:	Superficie	: OMV
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:30
Diente	: 27	Procedimiento:	41
Prestación	: 0023210267	Superficie	: OMV
			OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO NO POS
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:30
Diente	: 26	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: OMDP
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:30
Diente	: 25	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: OMDP
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA



## Registro Odontograma

* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:30
Diente	: 24	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: OMD
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:29
Diente	: 23	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: DPV
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:29
Diente	: 22	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: MDPV
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:29
Diente	: 21	Procedimiento:	27
Prestación	:	Superficie	: IPDV
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:29
Diente	: 11	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: IPDV
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:29
Diente	: 12	Procedimiento:	30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:29
Diente	: 13	Procedimiento:	30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:29
Diente	: 14	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: ODV
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:28
Diente	: 15	Procedimiento:	12
Prestación	:	Superficie	: OMDV
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 25.02.2019	Hora	: 11:28
Diente	: 16	Procedimiento:	27
Prestación	:	Superficie	: OMP
No. Interlocutor	: 0000005150	Responsable	: CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO
Registro	: 79780426	Especialidad	: ODONTOLOGIA



## Registro Odontograma

\* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 11:28  
**Diente** : 16 **Procedimiento**: 41 **Superficie** : OMP  
**Prestación** : 0023210267 OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO NO POS

**No. Interlocutor** : 0000005150 **Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Registro** : 79780426 **Especialidad** : ODONTOLOGIA

\* **Fecha del Registro** : 25.02.2019 **Hora** : 11:28  
**Diente** : 17 **Procedimiento**: 12 **Superficie** : OMDP  
**Prestación** :

**No. Interlocutor** : 0000005150 **Responsable** : CIFUENTES CHAVES HECTOR MAURICIO  
**Registro** : 79780426 **Especialidad** : ODONTOLOGIA



Episodio : 13395932  
Fecha : 25.02.2019

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 56 Años  
Especialidad : 10ATC DIAGNÓSTICO OD  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Salud Oral Promoción y Prevención

### Promoción y Prevención

#### Hábitos Orales

Cepillo Dental	: Si	2	# veces día
Seda Dental	: Si	1	# veces día
Enjuague	: No	0	# veces día

#### Control de placa bacteriana

Número de dientes : 25  
Número de superficies : 80  
Porcentaje de Placa : 80 %  
Placa :  
Observaciones :  
Tipo de cita : Educación y Prevención

#### Responsable Firmar

Fecha firma	:	Hora firma	: 00:00
No. Interlocutor Firma	:	Tipo Usuario Firma	:
Registro responsable firma	:	Nombre responsable firma:	
Especialidad responsable firma:			



Episodio : 13443881  
Fecha : 26.02.2019

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 56 Años  
**Especialidad** : 10ATC ESTÉTICA DENTAL  
**Aseguradora** : Paciente particular



## EVOLUCIÓN

### Registro Evolución

\* **Fecha del Registro** : 26.02.2019 **Hora** : 18:23  
**Diente / Zona** : 21  
**Superficie** : MDVPI

**Observación Procedimiento** : RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO.

VERIFICACIÓN DE INTEGRIDAD DEL INSTRUMENTAL Y LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO EN SALUD ORAL. RESINA DESALOJADA, LIMPIEZA DE CAVIDAD, DESMINERALIZANTE, ADHESIVO, RESINA A3.5 Z250, CONTROL DE OCLUSIÓN Y PULIDO DE RESINA, ASINTOMÁTICO, PRONÓSTICO RESERVADO POR POSIBLE FRACTURA, SE LE EXPLICA AL PACIENTE EN EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA EL DIENTE Y CUIDADOS QUE DEBE TENER ENTIENDE Y ACEPTA, SE RECOMIENDA NO INCIDIR ALIMENTOS DIRECTAMENTE CON EL DIENTE, SE CONFIRMAN ANTECEDENTES SIN NOVEDAD.

DIGITO VANESSA MORA.

**Tipo de Evolución** :  
**Realizado** : Sí

**Responsable** : ANICHIARICO PETRO JAIME VIRGILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE

\* **Fecha del Registro** : 26.02.2019 **Hora** : 18:09  
**Diente / Zona** : 27  
**Superficie** : OMV  
**Observación Procedimiento** : OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO NO POS  
**Tipo de Evolución** : Cancelado  
**Realizado** : No

**Responsable** : ANICHIARICO PETRO JAIME VIRGILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE

\* **Fecha del Registro** : 26.02.2019 **Hora** : 18:09  
**Diente / Zona** : 37  
**Superficie** : OD  
**Observación Procedimiento** : OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO NO POS  
**Tipo de Evolución** : Cancelado  
**Realizado** : No

**Responsable** : ANICHIARICO PETRO JAIME VIRGILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE

\* **Fecha del Registro** : 26.02.2019 **Hora** : 18:09  
**Diente / Zona** :  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTETICA DENTAL  
**Tipo de Evolución** : Cancelado  
**Realizado** : No

**Responsable** : ANICHIARICO PETRO JAIME VIRGILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

**Causa Externa** : Enfermedad general

### Evolución Diagnóstica

\* **Fecha** : 26.02.2019 **Hora** : 18:23  
**Código** : K029  
**Descripción** : CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA  
**Clasificación** : Diag. Principal **Tipo** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : ANICHIARICO PETRO JAIME VIRGILIO



Episodio : 13443881  
Fecha : 26.02.2019

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 56 Años  
**Especialidad** : 10ATC ESTÉTICA DENTAL  
**Aseguradora** : Paciente particular



## ODONTOGRAMA

### Detalle Odontograma

\* **Fecha del Registro** : 26.02.2019 **Hora** : 18:11  
**Diente** : 37 **Procedimiento** : 41 **Superficie** : ODVL  
**Prestación** : 0023210267 OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO NO POS  
  
**No. Interlocutor** : 0000002716 **Responsable** : ANICHARICO PETRO JAIME VIRILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE

\* **Fecha del Registro** : 26.02.2019 **Hora** : 18:11  
**Diente** : 27 **Procedimiento** : 41 **Superficie** : OMVP  
**Prestación** : 0023210267 OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO NO POS  
  
**No. Interlocutor** : 0000002716 **Responsable** : ANICHARICO PETRO JAIME VIRILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE



Episodio : 13445714  
Fecha : 26.02.2019

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 56 Años  
**Especialidad** : 10ATC ESTÉTICA DENTAL  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## ODONTOGRAMA

### Detalle Odontograma

\* **Fecha del Registro** : 26.02.2019 **Hora** : 18:10  
**Diente** : 21 **Procedimiento** : 39 **Superficie** : MDVPI  
**Prestación** : 0000232402 RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO  
  
**No. Interlocutor** : 0000002716 **Responsable** : ANICHARICO PETRO JAIME VIRILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE



Episodio : 13509707  
Fecha : 28.02.2019

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 56 Años  
**Especialidad** : 10ATC ESTÉTICA DENTAL  
**Aseguradora** : Paciente particular



## EVOLUCIÓN

### Registro Evolución

\* **Fecha del Registro** : 28.02.2019 **Hora** : 17:28  
**Diente / Zona** : 27  
**Superficie** : OMVP

**Observación Procedimiento** : OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO NO POS.

VERIFICACIÓN DE INTEGRIDAD DEL INSTRUMENTAL Y LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO EN SALUD ORAL. PREVIA REVISIÓN DE LISTA DE CHEQUEO, APLICO ANESTESIA INFILTRATIVA CON LIDOCAINA AL 2%, EPINEFRINA, AGUJA CORTA, ASPIRADO DA NEGATIVO, APLICO UNA CARPULA. RESINA FRACTURADA, REMOCIÓN DE RESINA, CAVIDAD EXTENSA, DESMINERALIZANTE, ADHESIVO, RESINA A2 LLIS. PULIDO Y CONTROL DE OCLUSIÓN. PRONÓSTICO RESERVADO POR EXTENSION. SE LE EXPLICA AL PACIENTE EN EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTRA EL MOLAR Y CUIDADOS QUE DEBE TENER ENTIENDE Y ACEPTA. SE RECOMIENDA QUE EN CASO DE DOLOR SOLICITAR CITA POR URGENCIAS. SE CONFIRMAN ANTECEDENTES SIN NOVEDAD.

DIGITO VANESSA MORA.

**Tipo de Evolución** :  
**Realizado** : Sí  
**Aplicaciones Anestésicas** : 1

**Responsable** : ANICHARICO PETRO JAIME VIRGILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE

\* **Fecha del Registro** : 28.02.2019 **Hora** : 17:16  
**Diente / Zona** :  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO PORESPECIALISTA EN ESTETICA DENTAL  
**Tipo de Evolución** : Cancelado  
**Realizado** : No

**Responsable** : ANICHARICO PETRO JAIME VIRGILIO  
**Registro** : 19275293 **Especialidad** : BIOMATERIAL OPERAT DENTAL ESTE

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

**Causa Externa** : Enfermedad general

### Evolución Diagnóstica

\* **Fecha** : 28.02.2019 **Hora** : 17:28  
**Código** : K029  
**Descripción** : CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA  
**Clasificación** : Diag. Principal **Tipo** : Confirmado Repetido  
**Responsable** : ANICHARICO PETRO JAIME VIRGILIO



Episodio : 18141188  
Fecha : 28.08.2019

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 56 Años  
Especialidad : 10ATC MEDICINA FAMILIAR  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Casado  
Dominancia : Diestro  
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos  
Empleador o Empresa : ABOGADO.  
Vive Solo : Cónyuge

Sistema de Creencias :

### Motivo de Consulta

EDAD 57 AÑOS PROCURADOR ABOGADO VIVE EN BUCARAMANGA

### Enfermedad Actual

EA PACIENTE CON DOLOR EN EDEMA EN REGION TENAR MANO IZQUIERDA HACE 1 MES ANATECDNETE FAMILIARA DE ARTRITIS REUMATODEA EN HERMANAS REFIERE ANTECEDENTE SINDROME TUNEL CARPIANO EN MANSJO CON TERAPIA FISICA PACAINETE CON OBSEISDDA DISTESNION ABDOMINAL ERUCTPR FRECUENTES METEORISMO REFIERE EPIGATSRALGIA PIROSIS Y DISFAGIA HABITO INTETSIANL 1 VEZ AL DIA HA PRESNETADAO DEPOSICION BLANDA NIEGA DOLOR ABDOMINAL ULTIMA DESPARASITACION HACE 1 AÑO REFIERE ESTRES LABORAL POR SU CARGO

Consulta Compartida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

#### \* SÍNTOMAS GENERALES

NIEGA

#### \* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

NIEGA

#### \* CARDIOVASCULAR

NIEGA

#### \* RESPIRATORIO

NIEGA

#### \* GASTROINTESTINAL

HI1VEZ AL DIA

#### \* GENITOURINARIO

HU5XO

#### \* LOCOMOTOR

NIEGA

#### \* OSTEOARTICULAR

NIEGA

#### \* SISTEMA NERVIOSO

NIEGA

#### \* PIEL Y ANEXOS

NIEGA

#### \* PSIQUIATRICOS

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Historia Clínica de Ingreso

NIEGA

\* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NIEGA

\* OTROS

NIEGA

### Parametros básicos

#### Condiciones generales

Aspecto General : Bueno  
Color de la Piel : Normal

#### Presión Arterial

Toma de Presión : Automática  
Presión Arterial(mm Hg) : 140 / 80  
Presión Arterial Media(mm Hg) : 100  
Lugar de la Toma : Brazo Derecho  
Posición : Sedestación  
Presente / ausente : Presente  
Rítmico/Arritmico : Rítmico  
Lugar de la Toma : Radial Derecho  
Intensidad del Pulso : Se palpan normales ++

Frec. Respiratoria(x min) : 18  
Ventilación Asistida : No  
Tipo de Respiración : Normal  
Sat. Oxígeno(%) : 98  
FIO2(%) : 21  
Frec. Cardíaca : 80  
Temperatura : Normal  
Temperatura(°C) : 36,0  
Lugar de la Toma : Axilar  
Peso(Kg) : 85,000  
Talla(cm) : 167  
Superficie Corporal(m2) : 1,98  
IMC(Kg/m2) : 30,48

### Examen Fisico por Regiones

\* -CABEZA  
Hallazgos : SIN ALTERACIONES

\* -OJOS  
Hallazgos : PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACION ESCLERAS ANICTERICAS

\* -OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA  
Hallazgos : OTOSCOPIA BILATERAL SIN ALETRACIONES

\* -CUELLO  
Hallazgos : NO MASAS NO ADENOPATIAS

\* -TORAX Y PULMONES  
Hallazgos : RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS.

\* -MAMA  
Hallazgos : MAMAS O TETILLAS NO MASAS SIMETRICAS

\* -CARDIACO  
Hallazgos : CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS.

\* -ABDOMEN Y PELVIS  
Hallazgos : ABDOMEN: RUIDOS (+), BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, NO PERITONISMO,

\* -GENITALES  
Hallazgos : NO SE EXPLORA



## Historia Clínica de Ingreso

- \* -ANO-RECTAL  
Hallazgos : NOSE EXPLORA
- \* -EXTREMIDADES SUPERIORES  
Hallazgos : EXTREMIDADES: PULSOS (+), SIN EDEMAS.
- \* -EXTREMIDADES INFERIORES  
Hallazgos : EXTREMIDADES: PULSOS (+), SIN EDEMAS.
- \* -OSTEOMUSCULAR  
Hallazgos : NO DEFORMIADAD NO MASAS
- \* -NEUROLOGICO  
Hallazgos : ALERTA, CONCIENTE, ORIENTA, FUERZA 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA,
- \* -MENTAL  
Hallazgos : EUTIMICO EUPROXESICO
- \* -PIEL Y FANERAS  
Hallazgos : SIN ALTERACIÓN

### Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : E669  
 Descripción : OBESIDAD, NO ESPECIFICADA  
 Clasificación : Diag. Principal  
 Tipo : Confirmado Repetido  
 Finalidad Consulta : No Aplica  
 Causa Externa : Enfermedad general

### Relación de Diagnósticos

\* Fecha : 28.08.2019 Hora : 11:32  
 Código Diagnóstico : M659  
 Nombre Diagnóstico : SINOVITIS Y TENOSINOVITIS, NO ESPECIFICADA  
 Clasificación :  
 Tipo Diagnóstico :

### Analisis y Plan

SE DA ORDEN TERAPIA FISICA SOLICITA FR ACIDO URICO PERFIL LIPIDICO SE DA MANSJO ANTIPARASITARIOS SI PRESENTA DOLOR TORACICO OPRESIVO SUDORACION CON EL DOLOR FATIGA CON LA MARCHA CEFALEA DE GRAN INTENSIDAD VISION DOBLE VISION BORROSA PERDIDA DE LA VISION CONSULTAR POR URGENCIAS RECOMENDACIONES DIETARIAS PARA PACIENTE CON DISLIPIDEMIA MIXTA

EVITAR COMUSO DE GRASAS FRITOS HARINAS YO PRODUCTOS DE PASTELERIA CONSUMIR HUEVO SOLO 2 VECES LA SEMANA REALIZARA ACTIVIDAD FISICA 3 VECES A LA SEMANA

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 0000002841  
 Responsable : JUNCO RIOS INGRY ALEXANDRA  
 Registro : 52858522  
 Especialidad : MEDICINA FAMILIAR

Fecha : 28.08.2019 Hora : 11:34



Episodio : 23451774  
Fecha : 18.03.2020

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 57 Años  
Especialidad : 11UTC ORTOPEDIA  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Casado  
Dominancia : Diestro  
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos  
Empleador o Empresa : ABOGADO.  
Vive Solo : Cónyuge  
Informante : Paciente

Sistema de Creencias :

### Motivo de Consulta

2 COSAS

### Enfermedad Actual

PACIENTE QUIEN REFIRE CUADRO DE DOLOR EN HOMBRO DERECHO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION HABIAN INDICADO TERAPIA FISICA PERO NO LAS REALIZO. TIENE DOLOR OCACIONAL Y TRAQUIDO, REFIRE QUE EL DOLOR ES MENOR EN TIERRA CALIENTE.

POR OTRO LADO PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA DOLOR EN TALON DERECHO DE 4 DIAS DE EVOLUCION POSTESTATIVCO.

Consulta Compartida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

#### \* SÍNTOMAS GENERALES

##### DOLOR

#### \* ORGANOS DE LOS SENTIDOS

##### NIEGA SINTOMAS

#### \* CARDIOVASCULAR

##### NIEGA SINTOMAS

#### \* RESPIRATORIO

##### NIEGA SINTOMAS

#### \* GASTROINTESTINAL

##### NIEGA SINTOMAS

#### \* GENITOURINARIO

##### NIEGA SINTOMAS

#### \* LOCOMOTOR

##### NIEGA SINTOMAS

#### \* OSTEOARTICULAR

NIEGA OTROS SINTOMAS OSTEOARTICULARES A LOS REFERIDOS EN ENFERMEDAD ACTUAL.

#### \* SISTEMA NERVIOSO

##### NIEGA SINTOMAS

#### \* PIEL Y ANEXOS

##### NIEGA SINTOMAS

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"

Página 38 de 59



## Historia Clínica de Ingreso

\* PSIQUIATRICOS

NIEGA SINTOMAS

\* SISTEMA ENDOCRINO Y METABOLICO

NIEGA SINTOMAS

\* OTROS

NIEGA SINTOMAS

### Parametros básicos

#### Condiciones generales

Aspecto General : Bueno  
 Color de la Piel : Normal  
 Estado Hidratación : Hidratado  
 Estado de Conciencia : Alerta  
 Estado del Dolor : 5  
 Orientado en Tiempo : Si  
 Orientado en Persona : Si  
 Orientado en Espacio : Si  
 Posición Corporal : Normal  
 Condición al llegar : Sobrio  
 Presión Arterial(mm Hg) : 120 / 60  
 Presión Arterial Media(mm Hg) : 80

Frec. Respiratoria(x min) : 18  
 Frec. Cardíaca : 72  
 Peso(Kg) : 90,000  
 Talla(cm) : 167  
 Superficie Corporal(m2) : 2,04  
 IMC(Kg/m2) : 32,27

### Examen Fisico por Regiones

\* -OSTEOMUSCULAR

Hallazgos : PIE DERECHO CON ENGROSAMIENTO DE LA FASCIA PLANTAR CON IRREGULARIDADES A LA PALPACION, DOLOR A LA PALPACION DE REGION POSTERIOR DE TALON Y SOBRE TENDON DE AQUILES. HOMBRO CON RASCADO DE APLEY SIN LIMITACION SUPERIOR NI INFERIOR, ELEVACION DE 160° ABDUCCION 180°, ADDUCCION 45°, EXTENSION 60°, ROTACION EXTERNA 50°, ROTACION INTERNA T6. TEST DE PATTE (INFRAESPINO) +, TEST DE GERBER (SUBESCAPULAR) -, TEST DE JOBE (SUPRAESPINO) +, PALM UP TEST (BICEPS) -, TEST DE EXTENSION (REDONDO MAYOR Y BICEPS) -, TEST BEAR HUG (PINZAMIENTO) -, TEST DE NEER (ROCE SUBACROMIAL) -, TEST DE HAWKINS (PINZAMIENTO) -, NO DOLOR A LA PALPACION DE ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR, DOLOR A LA PALPACION DE CORREDERA BICIPITAL, HOMBRO CONTRALATERAL CON EXAMEN FISICO NORMAL

### Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : M722  
 Descripción : FIBROMATOSIS DE LA APONEUROSIS PLANTAR  
 Clasificación : Diag. Principal  
 Tipo : Impresión Diagnóstica  
 Finalidad Consulta : No Aplica  
 Causa Externa : Enfermedad general

### Relación de Diagnósticos

\* Fecha : 18.03.2020 Hora : 09:55  
 Código Diagnóstico : E669  
 Nombre Diagnóstico : OBESIDAD, NO ESPECIFICADA  
 Clasificación :  
 Tipo Diagnóstico :  
 \* Fecha : 18.03.2020 Hora : 09:55  
 Código Diagnóstico : M751



## Historia Clínica de Ingreso

Nombre Diagnóstico : SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO  
Clasificación :  
Tipo Diagnóstico :

### Analisis y Plan

PACIENTE CON FASCITIS PLANTAR, SE CONSIDERA MANEJO CON EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO, SE DA CARTILLA DE EJERCICIOS EN CASA, SE DAN RECOMENDACIONES DE CALZADO Y PLANTILLAS DE ALTO IMPACTO, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA OBESIDAD QUE PUEDE CAUSAR Y EMPEORAR LA PATOLOGIA CONSIDERO VALORACION POR NUTRICION POR OTRO LADO SINTOMAS DE TENDINITIS DE MANGUITO ROTADOR Y DEL BICEPS SIN DESCARTAR BURSITIS POR AHORA SE INICIA MANEJO CON TERAPIA FISICA , SE DA CARTILLA DE EJERCICIOS Y SOLICITO ECOGRAFIA DE HOMBRO. Y ANALGESIA

SE EXPLICA CLARAMENTE PATOLOGIA, CURSO Y EVOLUCION NORMAL, MANEJO Y COMPLICACIONES, SE EXPLICAN FACTORES QUE PUEDEN MEJORAR O EMPEORAR LOS SINTOMAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR O PARA CONSULTAR POR URGENCIAS, SE ENSEÑAN ACTIVIDADES DE PREVENCION DE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR, Y SE ENSEÑAN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HIGIENE POSTURAL, BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR.# CONTROL DE PESO.

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000008026  
Responsable : TORRES RESTREPO MARIA CAROLINA  
Registro : 20456377  
Especialidad : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha : 18.03.2020 Hora : 09:55







Episodio : 26336193  
Fecha : 09.09.2020

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 10BTC MEDICINA FAMILIAR  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Evoluciones Generales

### Evoluciones Generales

**Servicio** : 0000890263  
CONSULTA 1 VEZ MEDICINA FAMILIAR  
**Tele seguimiento** : Sí

**Subjetivo** : Se realiza comunicación telefónica cita de programada para hoy dada la emergencia sanitaria que se presenta por pandemia COVI-19, especialmente con el propósito de disminuir el contagio de esta patología, se realiza seguimiento telefónico y gestión clínica del paciente. El paciente conoce y acepta la cita por teleorientación. El paciente refiere haber solicitado su cita por: paciente que refiere que requiere que se le revisen los paraclínicos. Le realizaron Dx de hipertensión recientemente. NIEGA DOLOR TORAXICO, NIEGA DISNEA. REFIERE BUENA ADHERENCIA TOMA DE MEDICACION, SE CUIDA CON LA DIETA Y HACE EJERCICIO

**Objetivo** : paraclínicos dislipidemia mixta transaminasas elevadas alt 91

**Análisis** : paciente con hipertensión no controlada vive en Biucaramenga

**Plan** : se inicia losartan 50 mg día, Atorvastatina 40 mg día. Se le indica suspender gaseosa. hacer algo de actividad física, control en dos control en tres meses con resultados. Hacerse automonitoreo e tensión yamileduardo13@hotmail.com recomendaciones para evitar contagio por COVID 19: 1. Lavado de manos frecuente. 2. Autoaislamiento. 3. Uso de tapabocas en caso de síntomas respiratorios 4. Evitar el transporte masivo. 5. Disminuir al máximo el contacto social Recuerde como síntomas de alerta de tener infección por el Covid 19 tos, dolor de garganta, fatiga, pérdida del olfato. Si los presenta proteja a sus cercanos aislamiento (en zonas de alimentación, en uso del baño, de elementos de la alimentación, uso de tapabocas constante (cambio o desinfección de este diario) Síntomas de alarma Fiebre mayor de 38 grados, dificultad para respirar. Dudas de atención en covid, certificado de aislamiento Si presentas algún síntoma o tienes sospecha por COVID-19 Inquietudes en la toma de muestra <https://corporativo.compensar.com/salud/transacciones/atencion-covid>

### Diagnósticos

#### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

**Diagnóstico Principal** : I10X  
**Descripción** : HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)  
**Tipo** : Confirmado Repetido  
**Causa Externa** : Enfermedad general  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica  
**Clasificación Diagnóstico** : Diag. Principal

#### Evolución Diagnóstica

\* **Fecha del Registro** : 09.09.2020  
**Hora** : 19:17  
**Diagnóstico** : R740  
**Descripción** : ELEVACION DE LOS NIVELES DE TRANSAMINASAS O DESHIDROGENASA LACTICA [DHL]  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°3  
**Tipo** : Confirmado Repetido  
**Responsable** : RODRIGUEZ ESCOBAR MAURICIO ALBERTO

\* **Fecha del Registro** : 09.09.2020  
**Hora** : 19:16  
**Diagnóstico** : E669  
**Descripción** : OBESIDAD, NO ESPECIFICADA  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°2  
**Tipo** : Confirmado Repetido  
**Responsable** : RODRIGUEZ ESCOBAR MAURICIO ALBERTO

\* **Fecha del Registro** : 09.09.2020  
**Hora** : 19:16  
**Diagnóstico** : E782  
**Descripción** : HIPERLIPIDEMIA MIXTA  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°1  
**Tipo** : Confirmado Repetido

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"





## Evoluciones Generales

**Responsable** : RODRIGUEZ ESCOBAR MAURICIO ALBERTO

**Responsable Guardar**

**Fecha** : 09.09.2020

**Hora** : 19:01

**Registro** : 79370084

**Responsable** : RODRIGUEZ ESCOBAR MAURICIO ALBERTO

**Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR

**Responsable Firmar**

**Fecha** : 09.09.2020

**Hora** : 19:21

**Registro** : 79370084

**Responsable** : RODRIGUEZ ESCOBAR MAURICIO ALBERTO

**Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR



Episodio : 27361086  
Fecha : 24.10.2020

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 11UTC ORTOPEDIA  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Evoluciones Generales

### Evoluciones Generales

**Servicio** : 0000890280  
CONSULTA 1 VEZ ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
**Tele seguimiento** : Sí

**Subjetivo** : PACIENTE EN SEGUIMIENTO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, DADA LA EMERGENCIA SANITARIA QUE SE PRESENTA POR PANDEMIA COVID-19, ESPECIALMENTE CON EL PROPÓSITO DE DISMINUIR EL CONTAGIO DE ESTA PATOLOGÍA, SE REALIZA CONSULTA DE TELEMEDICINA Y GESTIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE, PREVIA APROBACION, EL PACIENTE DA SU CONSENTIMIENTO INFORMADO. EN CASO DE REQUERIR AYUDAS DIAGNOSTICAS Y/O TRATAMIENTO SE ENVIARA LA SOLICITUD EN FORMATO PDF AL CORREO ELECTRONICO: PACIENTE EN SEGUIMIENTO DE POR OMALGIA DERECHA REALIZO TERAPIA FISICA Y EJERCICIOS EN CASA CON MEJORIA CLINICA IMPORTANTE, REFIERE QUE AUN PERSITE EL DOLOR AL RELIZAR ACTIVIDADES CON PESO. POR OTRO LADO FASCITIS PLANTAR, SE HABIA INDICADO CON PLANTILLAS DE ALTO IMPACTO, PERO NO LAS CONSIGUI, TIENE AUN DOLOR POSTESATICO Y CUANDO REALIZA MARCHA PROLONGADA.

**Objetivo** : DOLOR PLANTAR INTERMITETE, DOLOR EN HOMBRO DERECHO AL LEVANTAR CARGA

**Análisis** : PACIENTE CON CLINICA SUGESTIVA DE SD DE MANGUITO ROTATADOR Y FASCITIS PLANTAR CON BUENA SATISFACTORIA CON INDICACIONES DADAS, POR AHORA CONTINUAMOS CON EJERCICIOS EN CASA, INSISTO EN USO DE TALONERA Y RECOMENDACIONES ERGONÓMICAS. CONTROL EN 3 MESES

**Plan** : CONTROL EN 3 MESES DURANTE LA REALIZACION DE LA CONSULTA, SE ENCUENTRA PACIENTE ESTABLE, Y CONTROLADO, NO SE CONSIDERA QUE EL PACIENTE REQUIERA ATENCIÓN PRESENCIAL POR EL MOMENTO. SE EXPLICA CLARAMENTE PATOLOGIA, CURSO Y EVOLUCION NORMAL, MANEJO Y COMPLICACIONES, SE EXPLICAN FACTORES QUE PUEDEN MEJORAR O EMPEORAR LOS SINTOMAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR O PARA CONSULTAR POR URGENCIAS, SE ENSEÑAN ACTIVIDADES DE PREVENCION DE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR, Y SE ENSEÑAN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HIGIENE POSTURAL, BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION Y ACTIVIDAD FISICA REGULAR. SE DAN RECOMENDACIONES PARA EVITAR CONTAGIO POR COVID 19: 1. LAVADO DE MANOS FRECUENTE. 2. AUTOAISLAMIENTO. 3. 3. USO DE TAPABOCAS EN CASO DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y COMUNICARSE A LAS LINEAS 123 O 192, 4. EVITAR EL TRANSPORTE MASIVO. 5. DISMINUIR AL MÁXIMO EL CONTACTO SOCIAL. 6. LIMPAR LAS PATAS DE LAS MASCOTAS CON UN PAÑO CON ALCOHOL. 7. NO USAR GUANTES (GENERAN FALSA SEGURIDAD Y AUMENTAN EL CONTAGIO) 8. SI NECESARIAMENTE TUVO QUE SALIR, USAR TAPABOCAS, AL REGRESAR DEJAR CALZADO FUERA DE LA CASA O EN LA PUERTA, Y QUITARSE LA ROPA INMEDIATAMENTE Y PONERLA A LAVAR. 9. LIMPIAR LAS COMPRAS CON UNA SOLUCION DE ALCOHOL O HIPOCLORITO.

### Diagnósticos

#### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

**Diagnóstico Principal** : M751  
**Descripción** : SINDROME DE MANGUITO ROTATORIO  
**Tipo** : Impresión Diagnóstica  
**Causa Externa** : Enfermedad general  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica  
**Clasificación Diagnóstico** : Diag. Principal

#### Evolución Diagnóstica

\* **Fecha del Registro** : 24.10.2020  
**Hora** : 14:07  
**Diagnóstico** : M722  
**Descripción** : FIBROMATOSIS DE LA APONEUROSIS PLANTAR  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°1  
**Tipo** : Impresión Diagnóstica  
**Responsable** : TORRES RESTREPO MARIA CAROLINA

#### Responsable Guardar

**Fecha** : 24.10.2020 **Hora** : 14:07



## Evoluciones Generales

**Registro** : 20456377

**Responsable** : TORRES RESTREPO MARIA CAROLINA  
**Especialidad** : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**Responsable Firmar**

**Fecha** : 24.10.2020 **Hora** : 14:07

**Registro** : 20456377

**Responsable** : TORRES RESTREPO MARIA CAROLINA  
**Especialidad** : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA



Episodio : 34757708  
Fecha : 14.08.2021

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 10BTC ODONTOLOGIA GENERAL  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## EVOLUCIÓN

### Registro Evolución

\* **Fecha del Registro** : 14.08.2021 **Hora** : 10:09  
**Diente / Zona** : 47  
**Superficie** : ODV  
**Observación Procedimiento** : OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO

SE CONFIRMAN ANTECEDENTES MÉDICOS. PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO EXPLICADO Y DILIGENCIADO. DIENTE 47: PRESENTA DESALOJO DE OBTURACIÓN ESTÉTICA EN SUPERFICIES OCLUSAL MESIAL VESTIBULAR CON CARIES SECUNDARIA, ASINTOMÁTICO, NO REQUIERE ANESTESIA, REMOCIÓN DE OBTURACIÓN DEFECTUOSA, DESFOCALIZACIÓN, PREPARACIÓN CAVIDAD, DESMINERALIZACIÓN, LAVADO, SECADO, AGENTE DE UNIÓN, FOTOCURO, COLOCACIÓN DE RESINA FLUIDA COMO BASE INTERMEDIA, FOTOCURO, SE OBTURA CON RESINA DE FOTOCURADO A3 EN CAPAS INCREMENTADAS, SE DA MORFOLOGÍA, FOTOCURO, CONTROL DE OCLUSIÓN, PULIDO, PRONÓSTICO RESERVADO POR EXTENSION Y OCLUSION TRAUMATICA , PUEDE PRESENTAR SENSIBILIDAD, SE RECOMIENDA A PACIENTE NO COMER EN 1 HORA, EVITAR BEBIDAS PIGMENTANTES Y ALIMENTOS DUROS Y/O PEGAJOSOS. PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA. SE VERIFICA LISTA DE CHEQUEO EN PROCEDIMIENTO DE SALUD ORAL. HISTORIA CLÍNICA DÍGITADA POR SAMANTHA MARTINEZ.

PACIENTE SALE DE LA CONSULTA EN PERFECTAS CONDICIONES POR SUS PROPIOS MEDIOS, ORIENTADO Y SIN LACERACIONES FACIALES NI BUCALES.

**Realizado** : Sí

**Responsable** : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA  
**Registro** : 52996487 **Especialidad** : ODONTOLOGIA

\* **Fecha del Registro** : 14.08.2021 **Hora** : 09:55  
**Diente / Zona** :  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : CONTROL DE PLACA DENTAL DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO SE REALIZA CONTROL DE PLACA CON METODO DE OBSERVACIÓN Y EXPLORADOR SIN LIQUIDO REVELADOR. SE VERIFICA LISTA DE CHEQUEO EN PROCEDIMIENTO DE SALUD ORAL.  
**Realizado** : Sí

**Responsable** : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA  
**Registro** : 52996487 **Especialidad** : ODONTOLOGIA

\* **Fecha del Registro** : 14.08.2021 **Hora** : 10:08  
**Diente / Zona** :  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO  
SE DAN INDICACIONES AL PACIENTE DE TÉCNICAS DE CEPILLADO, USO DE SEDA DENTAL Y DEMÁS ADITAMENTOS PARA LA HIGIENE ORAL, CREMA DENTAL, SE LE ENSEÑA LA PRÁCTICA. PACIENTE REFIERE HIPERTENSIÓN CONTROLADO CON DIETA Y SEGUIMIENTO MEDICO ACATANDO INDICACIONES DEL PROFESIONAL TRATANTE, SE RECUERDA AL PACIENTE LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL SUGERIDO Y ADHERENCIA A INDICACIONES Y TALLERES SUGERIDOS POR PROFESIONAL TRATANTE. SE VERIFICA LISTA DE CHEQUEO EN PROCEDIMIENTO DE SALUD ORAL.

**Realizado** : Sí

**Responsable** : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA  
**Registro** : 52996487 **Especialidad** : ODONTOLOGIA

\* **Fecha del Registro** : 14.08.2021 **Hora** : 10:08  
**Diente / Zona** :  
**Superficie** :  
**Observación Procedimiento** : CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL

PACIENTE QUE INGRESA CONSCIENTE Y POR SUS PROPIOS MEDIOS A LA CONSULTA. SE SOLICITA AL PACIENTE REALIZAR LAVADO DE MANOS, SE EXPLICA AL PACIENTE FIRMA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE ODONTOLÓGIA EN EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19, SE REALIZA INTERROGATORIO DE COVID, PACIENTE RESPONDE NEGATIVO A LAS PREGUNTAS. SE REALIZA TOMA DE TEMPERATURA 36, 7C°. SE INDAGA AL PACIENTE SI PRESENTA ALERGIA AL YODO Y DA RESPUESTA NEGATIVA.





## Registro de Evolución

SE INDICA A PACIENTE REALIZAR ENJUAGUE BUCAL DE ISODINE SOLUCIÓN AL 10% 2.4CC DE ISODINE DILUIDOS EN 7.6 CC DE AGUA. SE ENTREGAN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AL PACIENTE (GORRO, BABERO, GAFAS DE PROTECCIÓN), PARA SU COLOCACIÓN.

SE SOCIALIZA EDUCACION USO ADECUADO DEL TAPABOCAS, LAVADO E HIGIENE DE MANOS Y DISTANCIAMIENTO SOCIAL.

SE CONFIRMAN ANTECEDENTES MÉDICOS, SE REALIZA DIAGNÓSTICO COMPLETO, SE REALIZA RIESGO I, SE REMITE CON ESPECIALISTA , SE ENTREGA SECUENCIA DE TRATAMIENTO, SE DA CITA EN CONSULTORIO, CLÍNICAMENTE NO SE EVIDENCIAN MAS CARIES NI DESADAPTACIONES, RADIOGRÁFICAMENTE PUEDEN EXISTIR CAMBIOS AL IGUAL QUE DESPUÉS DE FASE HIGIÉNICA. SE VERIFICA LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS EN SALUD ORAL E INTEGRIDAD DEL INSTRUMENTAL ANTES Y DESPUÉS DE LA CONSULTA EN BUEN ESTADO. HISTORIA CLÍNICA DIGITADA POR SAMANTHA MARTINEZ.

RIESGO MODERADO DE CARIES: PACIENTE TIENE RESTAURACIONES DEFECTUOSAS.

PACIENTE SALE DE LA CONSULTA EN PERFECTAS CONDICIONES POR SUS PROPIOS MEDIOS, ORIENTADO Y SIN LACERACIONES FACIALES NI BUCALES.

**Realizado** : Sí

**Responsable** : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA

**Registro** : 52996487

**Especialidad** : ODONTOLOGIA

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

**Diagnóstico Principal** : K028

**Descripción** : OTRAS CARIES DENTALES

**Tipo Diagnóstico** : 02

**Causa Externa** : Enfermedad general

**Clasificación** : H0

### Evolución Diagnóstica

- \* **Fecha** : 14.08.2021 **Hora** : 09:52  
**Código** : K081  
**Descripción** : PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°2 **Tipo** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
- \* **Fecha** : 14.08.2021 **Hora** : 09:52  
**Código** : K051  
**Descripción** : GINGIVITIS CRONICA  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°1 **Tipo** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
- \* **Fecha** : 14.08.2021 **Hora** : 09:52  
**Código** : K028  
**Descripción** : OTRAS CARIES DENTALES  
**Clasificación** : Diag. Principal **Tipo** : Confirmado Nuevo  
**Responsable** : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA



Episodio : 34757708  
Fecha : 14.08.2021

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 10BTC DIAGNÓSTICO OD  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## HISTORIA CLINICA

### Examen Estomatológico

**Tipo de Consulta** : Diagnóstico Completo  
**Motivo de consulta** : "PARA REVISION"  
**Historia afección presente** : ASINTOMATICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA

### Signos

**Articulación Tempo Mandibular (ATM)** : SIN ALTERACIONES  
**Labios** : SIN ALTERACIONES  
**Lengua** : SIN ALTERACIONES  
**Paladar** : SIN ALTERACIONES  
**Tejidos Blandos** : SIN ALTERACIONES  
**Mucosas** : SIN ALTERACIONES  
**Glándulas Salivales** : SIN ALTERACIONES  
**Piso Boca** : SIN ALTERACIONES  
**Senos Maxilares** : SIN ALTERACIONES  
**Músculos Masticatorios** : SIN ALTERACIONES  
**Maxilares y Oclusión** : RELACIÓN MOLAR NO APLICA BILATERAL, RELACIÓN CANINA DERECHA CLASE I IZQUIERDA CLASE II, LÍNEA MEDIA NO COINCIDE.

### Síntomas

**Articulación Tempo Mandibular (ATM)** : ASINTOMÁTICO.  
**Labios** : ASINTOMÁTICO.  
**Lengua** : ASINTOMÁTICO.  
**Paladar** : ASINTOMÁTICO.  
**Tejidos Blandos** : ASINTOMÁTICO.  
**Mucosas** : ASINTOMÁTICO.  
**Glándulas Salivales** : ASINTOMÁTICO.  
**Piso Boca** : ASINTOMÁTICO.  
**Senos Maxilares** : ASINTOMÁTICO.  
**Músculos Masticatorios** : ASINTOMÁTICO.  
**Maxilares y Oclusión** : ASINTOMÁTICO.

### Exámenes

\* **Fecha del Registro** : 14.08.2021 **Hora** : 09:51

**Tipo de Examen** : Examen Periodontal  
**Zona** : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.  
**Signos** : PRESENTA: ENCÍA MARGINAL Y PAPILAR, LEVEMENTE INFLAMADA, LEVE SANGRADO AL SONDAJE, PRESENCIA DE CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y PLACA BACTERIANA BLANDA.  
**Síntomas** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA.  
**Riesgo Periodontal** : 1  
**Prestación** : 0099731029 CONTROL DE PLACA DENTAL DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO  
**Anexo al procedimiento** :

**No. Interlocutor** : 2000012101 **Responsable** : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA  
**Registro** : 52996487 **Especialidad** : ODONTOLOGIA  
**Ubicación** : En Consulta Externa

\* **Fecha del Registro** : 14.08.2021 **Hora** : 09:51

**Tipo de Examen** : Examen Periodontal  
**Zona** : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.  
**Signos** : PRESENTA: ENCÍA MARGINAL Y PAPILAR, LEVEMENTE INFLAMADA, LEVE SANGRADO AL SONDAJE, PRESENCIA DE CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y PLACA BACTERIANA BLANDA.  
**Síntomas** : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA.  
**Riesgo Periodontal** : 1  
**Prestación** : 0099730102 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE ODONTOLOGIA GENERAL  
**Anexo al procedimiento** : 1,2,3,4

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Examen Estomatológico

No. Interlocutor : 2000012101 Responsable : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA  
 Registro : 52996487 Especialidad : ODONTOLOGIA  
 Ubicación : En Consulta Externa

\* Fecha del Registro : 14.08.2021 Hora : 09:51

Tipo de Examen : Examen Periodontal  
 Zona : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.  
 Signos : PRESENTA: ENCÍA MARGINAL Y PAPILAR, LEVEMENTE INFLAMADA, LEVE SANGRADO AL SONDAJE, PRESENCIA DE CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y PLACA BACTERIANA BLANDA.  
 Síntomas : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA.  
 Riesgo Periodontal : 1  
 Prestación : 0099020301 EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO  
 Anexo al procedimiento :

No. Interlocutor : 2000012101 Responsable : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA  
 Registro : 52996487 Especialidad : ODONTOLOGIA  
 Ubicación : En Consulta Externa

\* Fecha del Registro : 14.08.2021 Hora : 09:51

Tipo de Examen : Examen Periodontal  
 Zona : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.  
 Signos : PRESENTA: ENCÍA MARGINAL Y PAPILAR, LEVEMENTE INFLAMADA, LEVE SANGRADO AL SONDAJE, PRESENCIA DE CÁLCULOS SUPRAGINGIVALES Y PLACA BACTERIANA BLANDA.  
 Síntomas : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA.  
 Riesgo Periodontal : 1  
 Prestación : 0099731012 PROFILAXIS ODONTOLOGIA GENERAL  
 Anexo al procedimiento :

No. Interlocutor : 2000012101 Responsable : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA  
 Registro : 52996487 Especialidad : ODONTOLOGIA  
 Ubicación : En Consulta Externa

\* Fecha del Registro : 14.08.2021 Hora : 09:51

Tipo de Examen : Examen Dental  
 Zona : MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR.  
 Signos : PRESENTA: CARILLAS ESTETICAS EN SECTOR ANTERIOR, AUSENCIA DE DIENTES 36,46.  
 Síntomas : ASINTOMÁTICO AL MOMENTO DE LA CONSULTA.  
 Riesgo Periodontal :  
 Prestación :  
 Anexo al procedimiento :

No. Interlocutor : 2000012101 Responsable : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA  
 Registro : 52996487 Especialidad : ODONTOLOGIA  
 Ubicación : En Consulta Externa

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

Diagnóstico Principal : K028

Descripción : OTRAS CARIES DENTALES

Clasificación : H0

Causa Externa : 13

Tipo Diagnóstico : 02

### Evolución Diagnóstica

\* Fecha : 14.08.2021 Hora : 09:52

Código : K028

Descripción : OTRAS CARIES DENTALES

Clasificación : Diag. Principal

Responsable : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA

Tipo : Confirmado Nuevo

\* Fecha : 14.08.2021 Hora : 09:52

Código : K081

Descripción : PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL

Clasificación : Diag. Relacionado N°2

Responsable : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA

Tipo : Confirmado Nuevo



# Examen Estomatológico

\*

Fecha

Código

Descripción

Clasificación

Responsable

: 14.08.2021

: K051

: GINGIVITIS CRONICA

: Diag. Relacionado N°1

: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA

Hora

: 09:52

Tipo

: Confirmado Nuevo





Episodio : 34757708  
Fecha : 14.08.2021

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 10BTC DIAGNÓSTICO OD  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Salud Oral Promoción y Prevención

### Promoción y Prevención

#### Hábitos Orales

Cepillo Dental	: Si	3	# veces día
Seda Dental	: No	0	# veces día
Enjuague	: No	0	# veces día

#### Control de placa bacteriana

Número de dientes : 26  
Número de superficies : 30  
Porcentaje de Placa : 29 %  
Placa : 1 SI PRIMERA VEZ EN EL AÑO  
Observaciones :  
Tipo de cita : Educación y Prevención

#### Responsable Firmar

Fecha firma	:	Hora firma	: 00:00
No. Interlocutor Firma	:	Tipo Usuario Firma	:
Registro responsable firma	:	Nombre responsable firma:	
Especialidad responsable firma:			



Episodio : 34757708  
Fecha : 14.08.2021

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 10BTC ODONTOLOGIA GENERAL  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## ODONTOGRAMA

### Detalle Odontograma

* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 10:01		
Diente	: 47	Procedimiento	: 2	Superficie	: ODV
Prestación	: 0000232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO			
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 10:01		
Diente	: 47	Procedimiento	: 6	Superficie	: ODV
Prestación	:	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO			
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:48		
Diente	: 46	Procedimiento	: 25	Superficie	:
Prestación	:				
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:48		
Diente	: 45	Procedimiento	: 12	Superficie	: GVD
Prestación	:				
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:48		
Diente	: 44	Procedimiento	: 2	Superficie	: GV
Prestación	: 0000232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO			
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:48		
Diente	: 44	Procedimiento	: 6	Superficie	: GV
Prestación	:				
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47		
Diente	: 43	Procedimiento	: 12	Superficie	: MDV
Prestación	:				
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47		
Diente	: 42	Procedimiento	: 12	Superficie	: MDV
Prestación	:				
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47		
Diente	: 41	Procedimiento	: 12	Superficie	: MV
Prestación	:				
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA		
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA		

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Registro Odontograma

* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 31	Procedimiento	: 30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 32	Procedimiento	: 30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 33	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: MDV
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 34	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: GV
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 35	Procedimiento	: 30
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 36	Procedimiento	: 25
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 37	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: ODVL
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 27	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: OMV
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:47
Diente	: 26	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: OMDP
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 25	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: OMP
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA

Art. 18. "Firma del médico sustituida por el nombre e identificación respectiva, de acuerdo a la Resolución 1995 de 1999 (Art. 18)"



## Registro Odontograma

* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 24	Procedimiento	: 2
Prestación	: 0000232102	Superficie	: OMD
OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO			
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 24	Procedimiento	: 6
Prestación	:	Superficie	: OMD
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 23	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: IMDVP
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 22	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: IMDVP
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 21	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: IMDVP
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 11	Procedimiento	: 15
Prestación	:	Superficie	:
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 12	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: IMDVP
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:46
Diente	: 13	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: IMDVP
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:45
Diente	: 14	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: ODV
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA
* Fecha del Registro	: 14.08.2021	Hora	: 09:45
Diente	: 15	Procedimiento	: 12
Prestación	:	Superficie	: OMD
No. Interlocutor	: 2000012101	Responsable	: LEAL OSPINA DIANA CAROLINA
Registro	: 52996487	Especialidad	: ODONTOLOGIA



## Registro Odontograma

\* Fecha del Registro : 14.08.2021

Hora : 09:45

Diente : 16

Procedimiento: 12

Superficie : OMP

Prestación :

No. Interlocutor : 2000012101

Responsable : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA

Registro : 52996487

Especialidad : ODONTOLOGIA

\* Fecha del Registro : 14.08.2021

Hora : 09:45

Diente : 17

Procedimiento: 12

Superficie : OP

Prestación :

No. Interlocutor : 2000012101

Responsable : LEAL OSPINA DIANA CAROLINA

Registro : 52996487

Especialidad : ODONTOLOGIA



Episodio : 38506424  
Fecha : 16.12.2021

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 59 Años  
**Especialidad** : 10BTC ODONTOLOGIA GENERAL  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## EVOLUCIÓN

### Registro Evolución

\* **Fecha del Registro** : 16.12.2021 **Hora** : 14:10  
**Diente / Zona** : 45  
**Superficie** : OD  
**Observación Procedimiento** : OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO

PACIENTE ASISTE A CONSULTA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD Y POR SUS PROPIOS MEDIOS, SE REALIZA HIGIENIZACIÓN DE MANOS PREVIO A LA ATENCIÓN, SE INDAGA AL PACIENTE SI PRESENTA ALERGIA AL YODO Y DA RESPUESTA NEGATIVA. Y SE FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, SE ENTREGAN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AL PACIENTE (BABERO, GAFAS DE PROTECCIÓN), PARA SU COLOCACIÓN.

SE VERIFICAN ANTECEDENTES MÉDICOS, SE VERIFICA LISTA DE CHEQUEO PROCEDIMIENTOS SALUD ORAL, CONSENTIMIENTO EXPLICADO Y DILIGENCIADO SE FIRMA PARA LA ATENCIÓN, ASINTOMÁTICA, DIENTE 45 PRESENTA DESALOJO DE OBTURACIÓN OCLUSAL DISTAL, PREPARACIÓN CAVITARIA, DESMINERALIZACIÓN CON ÁCIDO FOSFÓRICO AL 37%, SE LAVA, SE SECA, SE COLOCA ADHESIVO, SE AIREA, SE FOTOPOLIMERIZA, SE COLOCA RESINA A3, POR CAPAS INCREMENTALES, FOTOCURADO, CONTROL DE OCLUSIÓN, PULIMENTO DEL MATERIAL, RECOMENDACIONES: NO CONSUMIR ALIMENTOS QUE CONTENGAN PIGMENTOS, PRONÓSTICO FAVORABLE. EL PACIENTE SE RETIRA DEL CONSULTORIO POR SUS PROPIOS MEDIOS, EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD Y EN PLENO USO DE SUS FACULTADES.

HISTORIA CLÍNICA EN SALUD ORAL DIGITADA POR: KATERINNE HERRERA.

**Realizado** : Sí

**Responsable** : ALVAREZ CORTES CAMILA  
**Registro** : 1026277003 **Especialidad** : ODONTOLOGIA

### Dianóstico de Ingreso / C.Externa

**Diagnóstico Principal** : K028

**Descripción** : OTRAS CARIES DENTALES

**Tipo Diagnóstico** : 03

**Causa Externa** : Enfermedad general

**Clasificación** : H0

### Evolución Diagnóstica

\* **Fecha** : 16.12.2021 **Hora** : 14:10  
**Código** : K028  
**Descripción** : OTRAS CARIES DENTALES  
**Clasificación** : Diag. Principal **Tipo** : Confirmado Repetido  
**Responsable** : ALVAREZ CORTES CAMILA



Episodio : 38506424  
Fecha : 16.12.2021

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 59 Años  
**Especialidad** : 10BTC ODONTOLOGIA GENERAL  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## ODONTOGRAMA

### Detalle Odontograma

\* **Fecha del Registro** : 16.12.2021 **Hora** : 14:05  
**Diente** : 45 **Procedimiento** : 2 **Superficie** : OD  
**Prestación** : 0000232102 OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO  
  
**No. Interlocutor** : 0000007699 **Responsable** : ALVAREZ CORTES CAMILA  
**Registro** : 1026277003 **Especialidad** : ODONTOLOGIA  
  
\* **Fecha del Registro** : 16.12.2021 **Hora** : 14:05  
**Diente** : 17 **Procedimiento** : 2 **Superficie** : O  
**Prestación** : 0000232102 OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO  
  
**No. Interlocutor** : 0000007699 **Responsable** : ALVAREZ CORTES CAMILA  
**Registro** : 1026277003 **Especialidad** : ODONTOLOGIA



Episodio : 38603720  
Fecha : 20.12.2021

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 59 Años  
Especialidad : 10BTC TERAPIA FISICA  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Evoluciones Generales

### Evoluciones Generales

Servicio : 0000890211  
CONSULTA 1 VEZ FISIOTERAPIA

**Subjetivo** : PACIENTE QUE ASISTE EN BUEN ESTADO GENERAL, SE REALIZA EDUCACIÓN AL USUARIO SOBRE MANEJO E IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE COVID 19, SE ENFATIZA EN LA IMPORTANCIA DE LAVADO DE MANOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN. EL USUARIO ACEPTA LAS RECOMENDACIONES Y REFIERE ENTENDR. ADICIONALMENTE SE INFORMA SOBRE MANEJO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y LOS CRITERIOS PARA ASISTIR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, ASÍ COMO LAS RUTAS DEFINIDAS POR COMPENSAR PARA SU ATENCIÓN EN CASO DE REQUERIRSE. PACIENTE QUE CONSULTA POR DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR EN REGIÓN LATERAL DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE SE PRESENTÓ POSTERIOR A QUE LE DIÓ COVID A FINALES DE MAYO Y A LOS 10 DÍAS MEJORÓ PERO HACE 1 MES EN BOGOTÁ SE LE PRESENTÓ NUEVAMENTE LO ASOCIA CON EL FRÍO, AUNQUE REFIERE MOVILIZÓ MUCHAS COSAS. ACTUALMENTE NINGÚN OTRO TRATAMIENTO. ABOGADO PAUSAS ACTIVAS POCO FRECUENTES DEPORTE NO REFIERE PERO CAMINA 15 MINUTOS DIARIOS SE REALIZA EXPLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EL CUAL REFIERE ES ENTENDIDO, ACEPTADO Y SE FIRMA, SE REALIZA VALORACIÓN RESPECTIVA Y SE EXPLICAN LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO, SE INFORMA BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DE MEDIOS FÍSICOS Y DE LAS ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS Y SE INDICA MANEJO CON MEDIOS FÍSICOS Y SE LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL PLAN CASERO EXPLICADO EN LA SESIÓN. SE REALIZA MANEJO SIN COMPLICACIONES Y SE DAN MEDIDAS DE HIGIENE OSTEOMUSCULAR Y CORRECCIÓN POSTURAL. SE PREOGRAMA NUEVA CITA PRESENCIAL.

**Objetivo** : DOLOR: 2- 8/10 ESCALA ANÁLOGA VERBAL EN REGIÓN PARAVERTEBRAL TIPO CONSTANTE HASTA REGIÓN LATERAL DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO QUE SE AUMENTA AL CAMINAR O EN POSICIONES MANTENIDAS ESPECIALMENTE BÍPEDO CAMBIAR DE POSICIÓN Y AL REALIZAR FUERZA Y DISMINUYE CON MEDICAMENTO POSTURA: AUMENTO DE CIFOSIS DORSAL, PROTRUSIÓN DE HOMBROS, AUMENTO DE LORDOSIS LUMBAR, INCLINACIÓN POSTERIOR DEL TRONCO ESPASMOS: LEVES MUSCULATURA PARAVERTEBRAL LUMBAR PUNTOS GATILLO: LEVES MUSCULATURA PARAVERTEBRAL LUMBAR FUERZA: 2/5 MUSCULATURA GLOBAL ABDOMINAL Y 2+/5 MUSCULATURA EXTENSORA DE COLUMNA RETRACCIONES LEVES A MODERADAS CADENA POSTERIOR DE COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES TONO Y REFLEJOS NORMALES SENSIBILIDAD REFIERE PARESTESIAS EN DEDOS DE LOS PIES ANTE DOLOR IMPORTANTE NO TRAE AYUDAS DIAGNÓSTICAS, PEDIENTE RX.

**Análisis** : PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE CIÁTICA, QUE NO LE GENERA UNA DEFICIENCIA A NIVEL DE LA ESTRUCTURA QUE LIMITA LEVEMENTE SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA QUE NO LE GENERA RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN Y EJECUCIÓN DE TAREAS PROPIA DE SU ROL Y EDAD. SE BUSCARÁ DISMINUIR DOLOR CON MEDIOS FÍSICOS Y ELECTROTERAPIA DE ACUERDO CON EL MOMENTO Y LAS CONDICIONES DE PACIENTE. FAVORECER EL MANTENIMIENTO DE LA MOVILIDAD ARTICULAR A TRAVÉS DE EJERCICIOS ACTIVOS. FAVORECER INCREMENTO DE FLEXIBILIDAD Y FUERZA A TRAVÉS DE EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO. FAVORECER LA BUENA POSTURA ESTÁTICA Y DINÁMICA PROPIA DE SUS ACTIVIDADES A TRAVÉS DE RETROALIMENTACIÓN VISUAL Y AUDITIVA Y EJERCICIOS PROPIOCEPTIVOS FAVORECER LA ADQUISICIÓN DEL HÁBITO Y HERRAMIENTAS PARA LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS A TRAVÉS DE EJERCICIOS FRECUENTES Y CAMBIOS Y CORRECCIÓN DE LA POSTURA. MEJORAR PROPIOCEPCIÓN INCLUYENDO EJERCICIOS PROGRESIVOS Y DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DEL PACIENTE. OFRECER LAS MEDIDAS DE HIGIENE OSTEOMUSCULAR QUE REQUIERE. GENERAR ADECUADO PLAN CASERO Y ADHERENCIA AL MISMO A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE EJERCICIOS Y CONSCIENTIZACIÓN DE LA IMPORTANCIA DEL MISMO.

**Plan** : PACIENTE EN SU 1/5 SESIONES AUTORIZADAS. NO SE REALIZA APLICACIÓN DE MODALIDADES FÍSICAS YA QUE PACIENTE TIENE OTRA CITA PENDIENTE. SE REALIZAN EJERCICIOS APLICACIÓN DE MEDIDAS DE HIGIENE OSTEOMUSCULAR Y DE CORRECCIÓN POSTURAL EN SEDENTE Y BÍPEDO POR 10 SEGUNDOS DE 3-10 REPETICIONES EN FORMA PROGRESIVA A TOLERANCIA. SE RECOMIENDA REPETIR EJERCICIOS DADOS EN CASA PREVIA CORRECCIÓN POSTURAL Y COLOCACIÓN DEL MEDIO FÍSICO COMO SE INDICÓ EN LA SESIÓN SIN CAMBIOS DE COLORACIÓN DE LA PIEL Y SIN DOLOR O MOLESTIA EN CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES PROCEDIMIENTOS PARA EVITAR EVENTOS ADVERSOS Y COMO PAUSAS ACTIVAS UNA SOLA REPETICIÓN DE CADA EJERCICIO DE LOS ACTIVOS SE VERIFICA QUE PACIENTE ENTIENDE LOS EJERCICIOS POSTERIORMENTE A QUE LOS EJECUTA Y EXPLICA EL TIEMPO Y NÚMERO DE VECES CON QUE LOS REALIZARÁ EN CASA. FINALIZA SESIÓN SIN COMPLICACIONES Y SIN EFECTOS ADVERSOS CON EL MANEJO REALIZADO UTILIZÁNDOSE EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ADECUADA HIGIENE DE MANOS Y SIGUIENDO PROTOCOLO DE CONTINGENCIA COVID. QUEDA PENDIENTE DE PROGRAMA NUEVA CITA PRESENCIAL DE COMÚN ACUERDO YA QUE EL PACIENTE VA A VIAJAR. SE RECOMIENDA REALIZAR PLAN CASERO DIARIAMENTE, TAMBIÉN SE INDICA BAJAR CARGA FÍSICA Y EVITAR EJERCICIOS DE IMPACTO, TALLER DE HIGIENE DE COLUMNA// SI SE AUMENTAN EN FORMA IMPORTANTE LOS SÍNTOMAS O SE DETERIORA EL CUADRO CLÍNICO.



## Evoluciones Generales

### Diagnósticos

#### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

**Diagnóstico Principal** : M544  
**Descripción** : LUMBAGO CON CIATICA  
**Tipo** : Confirmado Nuevo  
**Causa Externa** : Enfermedad general  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica  
**Clasificación Diagnóstico** : Diag. Principal

#### Responsable Guardar

**Fecha** : 20.12.2021 **Hora** : 15:07  
**Registro** : 52559163

**Responsable** : MORAD HERNANDEZ SHADIA  
**Especialidad** : FISIOTERAPIA

#### Responsable Firmar

**Fecha** : 20.12.2021 **Hora** : 15:07  
**Registro** : 52559163  
**Responsable** : MORAD HERNANDEZ SHADIA  
**Especialidad** : FISIOTERAPIA



Episodio : 34722215  
Fecha : 13.08.2021

**Paciente** : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
**Identificación** : CC 19489266 **F. Nacimiento** : 30.08.1962  
**Sexo** : Masculino **Edad** : 58 Años  
**Especialidad** : 30A TC MEDICINA FAMILIAR  
**Aseguradora** : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Evoluciones Generales

### Evoluciones Generales

**Servicio** : 0000890263  
CONSULTA 1 VEZ MEDICINA FAMILIAR  
**Tele seguimiento** : Sí

**Subjetivo** : se atiende con epp dado por umsf a consulta externa refiere que viene a control por comorbilidades y seguimiento cardiometabolicos control RXS POSCOVID19 CASO RECUPERADO DE 90 DIAS RXS PERSISTENCIA DE EPISODIO DE FATIGA RXS REFIERE CALAMBRES DE MMII, RXS REFIERE PERDIDA DE PESO EN 5 KG INDUCIDO / COVID19

**Objetivo** : EF TA 120/80, PESO 85 KG TALLA 167 CUELLO NO ADENITIS TORAX C/P NORMAL ABDOMEN BLANDO DEPRESIBEL NO DOLOROS EXTREMIDADES NO EDEMAS , DILTACIN VENOSA SUPERFICIAL

**Análisis** : AP1. HTA DE NOVO AGT /2020 2.OBESIDAD, 3.ELEVACION DE LOS NIVELES DE TRANSAMINASA, S O DESHIDROGENASA LACTICA [DHL], 4.BALANITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS 5. REFLUJO Y GASTRITIS CRONICA RECIBE TTOS CON LOSARTAN X50X2 +ATORVASTATINA X20X1

**Plan** : SE EXPLICA CONTIGENCIA A COVID19 Y BUEN ESTADO GENERAL SE SOLICITA PARACLINICOS CARDIOMETABOLICOS/ECO HEPATICOS SE REFORMULA LOSARTAN X50X2 +ATORVASTATINA X20X1+ ESOMEPRAZOL X20X1 RECOMENDACIONES GENERALES AUTOEXAMEN DE SENO ANTE CUAQUIER CAMBIO CONSULTAR EN FORMA OPORTUNA SE DAN INDICACIONES DE CUANDO CONSULTAR A URGENCIAS , DOLOR EN EL PECHO , DIFICULTAD PARA RESPIRAR , DOLOR DE CABEZA QUE NO MEJORA , ALTERACION DE LA VISION , PARALISIS, DEBILIDAD O ENTUMECIMIENTO DE UN LADO DEL CUERPO . PERDIDA DE LA CONCIENCIA, VOMITO PERISTENTE Y DOLOR ABDOMINAL QUE NO MEJORA. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. EJERCICIO 3 VECES POR SEMANA, 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS , CONSUMIR UN LITRO DE AGUA DIARIO.

### Diagnósticos

#### Diagnóstico de Ingreso / C. Externa

**Diagnóstico Principal** : I10X  
**Descripción** : HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)  
**Tipo** : Confirmado Repetido  
**Causa Externa** : Enfermedad general  
**Finalidad de la Consulta** : No Aplica  
**Clasificación Diagnóstico** : Diag. Principal

#### Evolución Diagnóstica

\* **Fecha del Registro** : 13.08.2021  
**Hora** : 09:25  
**Diagnóstico** : E785  
**Descripción** : HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA  
**Clasificación** : Diag. Relacionado N°1  
**Tipo** : Confirmado Repetido  
**Responsable** : CANTILLO MELENDEZ AMARILIS MARIA

#### Responsable Guardar

**Fecha** : 13.08.2021 **Hora** : 09:26  
**Registro** : 45450629

**Responsable** : CANTILLO MELENDEZ AMARILIS MARIA  
**Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR

#### Responsable Firmar

**Fecha** : 13.08.2021 **Hora** : 09:26  
**Registro** : 45450629  
**Responsable** : CANTILLO MELENDEZ AMARILIS MARIA  
**Especialidad** : MEDICINA FAMILIAR



Episodio : 38150724  
Fecha : 03.12.2021

Paciente : YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO  
Identificación : CC 19489266 F. Nacimiento : 30.08.1962  
Sexo : Masculino Edad : 59 Años  
Especialidad : 30A TC ORTOPEDIA  
Aseguradora : COMPENSAR COMPLEMENTARIO-CE



## Historia Clínica de Ingreso

### Anamnesis

Estado Civil : Casado  
Dominancia : Diestro Sistema de Creencias :  
Nivel de Escolaridad : Universitarios Completos  
Empleador o Empresa : ABOGADO.  
Vive Solo : Cónyuge

### Motivo de Consulta

dolor en miembro inferior derecho dolor lumbar se irrdi ha miembro inferior derecho por dermatoma del 5 derecho

### Enfermedad Actual

dolor constante se presenta al caminar, dolor  
dolor en ocasiones severo

Consulta Compartida : No

### Revisión por Sistemas

#### Sintomático respiratorio

¿Presenta tos con expectoración por más de 15 días? : No

#### Condiciones generales

Aspecto General : Bueno  
Color de la Piel : Normal  
Estado Hidratación : Hidratado  
Pulso : 70  
Pul/min Tomado : Sí

### Examen Físico por Regiones

#### \* -EXTREMIDADES INFERIORES

Hallazgos : dolor lumbar bajo, laxo derecho positivo, retracción de izquitría

### Diagnóstico de Ingreso/C.Externa/Finalidad Consulta

Diagnóstico Principal : M544  
Descripción : LUMBAGO CON CIÁTICA  
Clasificación : Diag. Principal  
Tipo : Impresión Diagnóstica  
Finalidad Consulta : No Aplica  
Causa Externa : Enfermedad general

### Análisis y Plan

dolor radicular 5 derecho manejo dexametasona  
fisioterapia rx de columna lumbar.

Clasificación de la Atención : Consulta Externa

#### Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000010894  
Responsable : SANDOVAL MOJICA JUAN CARLOS  
Registro : 7169007  
Especialidad : ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Fecha : 03.12.2021 Hora : 16:56



Señor  
JUEZ DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MULTIPLE DE BOGOTA D.C.  
(REPARTO).  
E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
CONTRACTUAL

De: DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA, GENNY PRADA GIRALDO,  
NATHALIA ALVAREZ PRADA contra BBVA SEGUROS DE VIDA  
COLOMBIA S.A.

**ANDRES FELIPE ARNEDO MORALES**, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía número 1.069.487.551 expedida en Sahagún y Tarjeta Profesional número 345.407 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de la parte actora, comparezco ante Su Despacho con el presente escrito por medio del cual instauo demanda **VERBAL DE MINIMA CUANTÍA** en contra de la pasiva relacionada más adelante, con el fin que en Sentencia que haga tránsito a **COSA JUZGADA** se hagan las declaraciones y condenas contentivas de los hechos y pretensiones de la presente acción declarativa de responsabilidad civil contractual.

## I. PARTES

### Demandante.

**DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.136.887.340, vecina y domiciliada en esta ciudad, actuó en calidad de beneficiaria.

**GENNY PRADA GIRALDO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 21.238.904, vecina y domiciliada en esta ciudad, actuó en calidad de beneficiaria.

**NATHALIA ALVAREZ PRADA**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.136.885.815, vecina y domiciliada en esta ciudad, actuó en calidad de beneficiaria.

### Demandado

- **BBVA SEGUROS DE VIDA**, con NIT 800.240.882-0, sociedad legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá, representada legalmente por la señora **SANDRA PATRICIA SOLORIZANO DAZA**, persona mayor de edad, identificada con la cédula, No. 52.360.979 de Bogotá D.C.

## II. HECHOS

1. El señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), tomo una póliza de seguro de vida en el año 2018, con la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA, FAMILIA VITAL RED No. 00130958052532100884.
2. El señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO, falleció el día 22 de enero de 2022.
3. Las demandantes presentaron reclamación para el pago del seguro de vida de su señor padre.



4. BBVA SEGUROS DE VIDA, mediante comunicado del día 8 de junio de 2022, les responde a las demandantes que no será posible el pago del seguro de vida del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO, por los motivos que se estipulan en dicho escrito el cual se anexa en el escrito demandatorio como medio de prueba.
5. El día 24 de octubre de 2022, se lleva a cabo audiencia de conciliación en la personería de Bogotá, donde se levanta acta de no acuerdo.

III. PRETENSIONES

Mediante la presente demanda, solicito que a través de fallo judicial se disponga:

1. Se declare que entre el señor **YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO** y la entidad **BBVA SEGUROS DE VIDA**, se celebró un contrato de póliza de seguro de vida.
2. Se declare que entre el señor **YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO** y la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA, empresa cuya actividad comercial es la de seguros de vida, aquí demandada, es civil, y contractualmente responsable de los amparos descritos en la póliza de seguro cuyo cubrimiento tenía derecho el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO, tanto como sus beneficiarios.
3. Declarar que la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA., en su calidad de aseguradora del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO, en el amparo de Responsabilidad Civil Contractual, es responsable de la indemnización hasta la concurrencia de la suma asegurada, a favor de las señoras demandantes con ocasión del fallecimiento del asegurado.
4. Declarar que la parte demandada está obligada al pago de los perjuicios materiales e inmateriales causados al señor ORLANDO QUINTERO CEPEDA con ocasión del accidente de tránsito ocurrido el día 07 de septiembre de 2021 en esta ciudad de Bogotá.
5. Como consecuencia de las anteriores declaraciones se condene a la parte demandada a cancelar a favor de **DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA, NATHALIA ALVAREZ PRADA Y GENNY PRADA GIRALDO** la suma de **TREINTA Y DOS MILLONES SEICIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS (\$32.647.549)**, por el fallecimiento del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) como asegurado.
6. Condenar a la parte demandada para que pague las condenas indexadas, desde la fecha de causación de los perjuicios hasta el momento en que se pague la sentencia.
7. Condenar a la parte demandada a pagar las costas procesales y agencias en derecho.

IV. JURAMENTO ESTIMATORIO

Para dar cumplimiento a lo ordenado en el artículo 206 del C. G. del P., bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma y presentación del escrito demandatorio, estimo los perjuicios, así:

Ítem	Concepto	Subtotal	Valor
INDEMNIZACION			32.647.549
•			
•			
Total			32.647.549



En razón a que la norma en cita, en el sexto inciso, claramente establece que el juramento estimatorio no debe comprender los daños extrapatrimoniales, razón por la cual el juramento estimatorio en el presente caso comprende las pretensiones por la indemnización cuyo monto asciende a **TREINTA Y DOS MILLONES SEICIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS (\$32.647.549).**

## **V. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA**

### **POR ACTIVA.**

La señora DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA como hija y beneficiaria del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) en el contrato de seguro.

La señora NATHALIA ALVAREZ PRADA, como hija y beneficiaria del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) en el contrato de seguro.

L señora GENNY PRADA GIRALDO, como esposa y beneficiaria del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) en el contrato de seguro.

### **POR PASIVA.**

- Por los radicados a **BBVA SEGUROS DE VIDA.**, es la compañía de seguros con la cual la titular del contrato que tenía contratada el seguro de vida, el que se encontraba vigente para el 22 de enero de 2022.

## **VI. TRAMITE - CUANTIA Y COMPETENCIA**

Es usted competente, señor Juez, para conocer del presente asunto, por las siguientes razones:

1. Por la naturaleza de la presente demanda da origen a un proceso Declarativo de Responsabilidad Civil Contractual.
2. Dado que la cuantía de las pretensiones es inferior a los 40 salarios mínimos mensuales legales vigentes a la fecha de iniciar la acción, por lo que se debe tramitar por el PROCEDIMIENTO DEL PROCESO VERBAL DE MINIMA CUANTÍA, según lo dispuesto en los artículos 25 del Código General del Proceso.
3. Por ser el Juez correspondiente al lugar de ocurrencia del hecho dañoso generador de la responsabilidad contractual, conforme a lo establecido en el numeral 6º del Art. 28 del C. G. del P., y ser el domicilio de los demandados.

## **VII. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Son fundamento de esta demanda:

1. El artículo 1568 del Código Civil que trata de la solidaridad en la responsabilidad.
2. El artículo 1602 del Código Civil, según el cual los contratos son ley para las partes.
3. Los artículos 1613, 1614 y 1615 del Código Civil en lo referente al daño en general y al daño emergente o material
4. Los artículos 2341 y siguientes, cuyo título trata de la responsabilidad común por los delitos y las culpas, es decir, la obligación que le asiste al que ha causado un daño a otro, a resarcirlo.
5. El artículo 2347 del Código Civil que regula la responsabilidad por el hecho ajeno.



6. El Art. 2356 del Código Civil que regula la responsabilidad por actividades peligrosas, como es considerada la conducción de vehículos automotores.
7. Los artículos 981 y siguientes del Código de Comercio, que regula el contrato de transporte.
8. El artículo 991 del Código de Comercio que regula la solidaridad en la responsabilidad.
9. Los artículos 1000 y siguientes del Código de Comercio, que regula el contrato de transporte de personas.
10. El artículo 25 del C. G. del P., en lo referente a la cuantía de la presente acción.
11. El artículo 28 del C. G. del P., en lo referente a la competencia de la presente acción.
12. El artículo 368 del C. G. del P., en lo referente al trámite procesal que se le debe dar a la presente demanda.
13. Los artículos 55, 60, 61, 73, 109, 110 y Art 111 del Código Nacional de Tránsito.
14. La Resolución 11268 del 6 de diciembre de 2012, proferida por el Ministerio del Transporte.

## **VIII. PRUEBAS**

### **1. DOCUMENTALES.**

Muy comedidamente solicito al Despacho tenga como pruebas la siguiente relación de documentos, a saber:

- 1.1. Copia de la póliza de seguro FAMILIA VITAL RED No. 0013095805232100884.
- 1.2. Fotocopia de las cédulas de las demandantes, señoras DANNA MARCLA ALVAREZ PRADA, NATHALIA ALVAREZ PRADA, GENNY PRADA GIRALDO, en tres (3) folio.
- 1.3. Copia simple de la historia clínica de la atención médica del señor Yamil Eduardo Álvarez de compensar EPS, en sesenta y cuatro (64) folios.
- 1.4. Copia de los registros de nacimiento y matrimonio de las demandantes hijas y esposa respectivamente en tres (3) folios.
- 1.5. Registro de defunción del señor **YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO**. un (1) folio.
- 1.6. Respuesta de BBVA seguros de vida a las demandantes. En tres (3) folios.
- 1.7. Clausulado de plan familia vital de BBVA SEGUROS DE VIDA en catorce (14) folios.
- 1.8. Acta de Constancia de no acuerdo de la audiencia de conciliación surtida el 24 octubre de 2022, en el Centro de Conciliación de la Personería de Bogotá D.C. delegada para asuntos civiles.
- 1.9. Certificado de existencia y representación legal de la empresa **BBVA SEGUROS DE VIDA**. Expedido por la cámara de comercio de Bogotá, en ocho (8) folios.

### **2. INTERROGATORIO DE PARTE.**

Muy comedidamente Solicito al Despacho se sirva citar a las siguientes personas que a continuación relaciono, para que en audiencia pública que tendrá lugar en la fecha y hora que el señor Juez señale, absuelvan el interrogatorio de parte que les formularé personalmente o en sobre cerrado sobre los hechos de esta demanda, a saber:

- 2.1 Señora **SANDRA PATRICIA SOLORZANO DAZA**, identificado con la cedula de ciudadanía número 52.360.979 en su calidad de representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA**., y/o quien haga sus veces.



#### 4. OFICIOS.

Solicito comedidamente al Despacho que Conforme el artículo 283 y 284 del C.G.P., se oficie a las siguientes entidades:

4.1 A **BBVA SEGUROS DE VIDA**., para que exhiba el original del contrato de seguros con las condiciones generales y particulares que amparaban el seguro de vida del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASATRO (Q.E.P.D).

El oficio puede ser enviado a la carrera 9 # 72 – 21 piso 8, Bogotá, D.C. Email: [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com) en la ciudad de Bogotá D. C.

#### IX. ANEXOS

Son anexos de la presente demanda, los siguientes documentos.

1. Poder que me otorga las señoras DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA, NATHALIA ALVAREZ PRADA, GENNY PRADA GIRALDO para representarlas en la presente acción.
2. Todos los documentos relacionados en el acápite de Pruebas del presente libelo.
3. Copia de la demanda con todos sus anexos para los traslados.
4. Copia de la demanda para el archivo del juzgado.

#### X. NOTIFICACIONES

##### A la demandante.

- ℙ Señora DANNA MARCELA ALVAREZ, podrá ser notificada al correo electrónico [dannamarcela-22@hotmail.com](mailto:dannamarcela-22@hotmail.com)
- ℙ Señora NATHALIA ALVAREZ PRADA, podrá ser notificada al correo electrónico [nathalia2909.nap@gmail.com](mailto:nathalia2909.nap@gmail.com)
- ℙ Señora GENNY PRADA GIRALDO, podrá ser notificada al correo electrónico [dannamarcela-22@hotmail.com](mailto:dannamarcela-22@hotmail.com)
- ℙ El suscrito apoderado recibe notificaciones en la calle 12 B No. 9 - 20 Of. 320 de Bogotá D. C., teléfono 3340288, móvil 3008921380, y/o en la secretaria de su Despacho. Email: [andresfarnedo@gmail.com](mailto:andresfarnedo@gmail.com)

##### Demandado

- ℙ La compañía BBVA SEGUROS DE VIDA, podra ser notificada a la direccion cra 9 # 72 – 21 piso 8 en Bogotá y al correo electronico [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)
- Del señor Juez



**ANDRES FELIPE ARNEO MORALES**  
C. C. 1.069.487.551 de Sahagún  
T. P. 345.407 del C.S de la Judicatura  
[andresfarnedo@gmail.com](mailto:andresfarnedo@gmail.com)



