

Elige una impresora ▼

Copias: 1 Tamaño del papel: Carta

[Ir a Destacados](#)[Ir a Menú](#)[Ir a Noticias](#)[Ir a Galeria Fotográfica](#)**CREMIL**
Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

(https://www.cremil.gov.co/)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 07-07-2022 03:58 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	30112021
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro. Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263			Nro. Cedula	16786770
Unidad	61013	Grado	SP		

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.886.391
	*Partidas Computables			2.506.153
	**Base Liquidacion			4.392.543
	***% de Liquidacion			78
001	001	01112021	30112021	3.426.183
090	MESADA			3.426.183
TOTAL DEVENGADO				6.852.366

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	202111	202111	34.262
110	DTOSERMEDIC4%	202111	202111	137.047
209	FINANDINA	201804	202701	1.255.993
378	CAPILLA LA FE	201907	202906	31.945
TOTAL DEDUCCION				1.459.247
NETO				5.393.119

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubicado en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=58001407&cedula=16786770&print>

[Ir a Destacados](#)[Ir a Menú](#)[Ir a Noticias](#)[Ir a Galería Fotográfica](#)**CREMIL**

Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

[\(https://www.cremil.gov.co/\)](https://www.cremil.gov.co/)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 07-07-2022 03:55 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	31102021
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro.Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	61013	Grado	SP	Nro.Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.886.391
	*Partidas Computables			2.506.152
	**Base Liquidacion			4.392.543
	***% de Liquidacion			78
001	001	01102021	31102021	3.426.183
TOTAL DEVENGADO				3.426.183

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	202110	202110	34.262
110	DTOSERMEDIC4%	202110	202110	137.047
209	FINANDINA	201804	202701	1.255.993
378	CAPILLA LA FE	201907	202906	31.945
TOTAL DEDUCCION				1.459.247
NETO				1.966.936

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubicado en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=54003907&cedula=16786770&print>

[Ir a Destacados](#)[Ir a Menú](#)[Ir a Noticias](#)[Ir a Galería Fotográfica](#)**CREMIL**

Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

[\(https://www.cremil.gov.co/\)](https://www.cremil.gov.co/)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 07-07-2022 03:52 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	30092021
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro. Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	200	Grado	SP	Nro. Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.886.391
	*Partidas Computables			2.506.153
	**Base Liquidacion			4.392.543
	***% de Liquidacion			78
001	001	01092021	30092021	3.426.183
TOTAL DEVENGADO				3.426.183

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	202109	202109	34.262
110	DTOSERMEDIC4%	202109	202109	137.047
209	FINANDINA	201804	202701	1.255.993
378	CAPILLA LA FE	201907	202906	31.945
TOTAL DEDUCCION				1.459.247
NETO				1.966.936

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubicado en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=52003107&cedula=16786770&print>

[Ir a Destacados](#)[Ir a Menú](#)[Ir a Noticias](#)[Ir a Galería Fotográfica](#)

CREMIL

Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

(<https://www.cremil.gov.co/>)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 07-07-2022 03:49 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	31082021
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro.Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	61013	Grado	SP	Nro.Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.838.408
	*Partidas Computables			2.442.404
	**Base Liquidacion			4.280.812
	***% de Liquidacion			78
001	001	01082021	31082021	3.339.034
TOTAL DEVENGADO				3.339.034

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	202108	202108	33.390
110	DTOSERMEDIC4%	202108	202108	133.561
209	FINANDINA	201804	202701	1.255.993
378	CAPILLA LA FE	201907	202906	31.945
TOTAL DEDUCCION				1.454.889
NETO				1.884.145

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubicado en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=48005807&cedula=16786770&print>

[Ir a Destacados](#)[Ir a Menú](#)[Ir a Noticias](#)[Ir a Galería Fotográfica](#)**CREMIL**

Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

[\(https://www.cremil.gov.co/\)](https://www.cremil.gov.co/)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 07-07-2022 03:45 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	31072021
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro.Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	61013	Grado	SP	Nro.Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.838.408
	*Partidas Computables			2.442.404
	**Base Liquidacion			4.280.812
	***% de Liquidacion			78
001	001	01072021	31072021	3.339.034
TOTAL DEVENGADO				3.339.034

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	202107	202107	33.390
110	DTOSERMEDIC4%	202107	202107	133.561
209	FINANDINA	201804	202701	1.255.993
378	CAPILLA LA FE	201907	202906	31.945
TOTAL DEDUCCION				1.454.889
NETO				1.884.145

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubicado en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=45002907&cedula=16786770&print>

[Ir a Destacados](#)[Ir a Menú](#)[Ir a Noticias](#)[Ir a Galería Fotográfica](#)**CREMIL**

Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

[\(https://www.cremil.gov.co/\)](https://www.cremil.gov.co/)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 07-07-2022 04:03 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	31012022
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro.Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	61013	Grado	SP	Nro.Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.886.391
	*Partidas Computables			2.506.153
	**Base Liquidacion			4.392.543
	***% de Liquidacion			78
001	001	01012022	31012022	3.426.183
TOTAL DEVENGADO				3.426.183

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	202201	202201	34.262
110	DTOSERMEDIC4%	202201	202201	137.047
209	FINANDINA	201804	202701	1.255.993
378	CAPILLA LA FE	201907	202906	31.945
TOTAL DEDUCCION				1.459.247
NETO				1.966.936

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo

CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubicado en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=03001707&cedula=16786770&print>

[Ir a Destacados](#)[Ir a Menú](#)[Ir a Noticias](#)[Ir a Galería Fotográfica](#)

CREMIL
Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

(<https://www.cremil.gov.co/>)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 07-07-2022 04:00 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	31122021
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro.Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	61013	Grado	SP	Nro.Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.886.391
	*Partidas Computables			2.506.153
	**Base Liquidacion			4.392.543
	***% de Liquidacion			78
001	001	01122021	31122021	3.426.183
TOTAL DEVENGADO				3.426.183

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	202112	202112	34.262
110	DTOSERMEDIC4%	202112	202112	137.047
209	FINANDINA	201804	202701	1.255.993
378	CAPILLA LA FE	201907	202906	31.945
TOTAL DEDUCCION				1.459.247
NETO				1.966.936

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubicado en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=00001607&cedula=16786770&print>



Bogotá D.C, 17 de septiembre de 2019
OBSP-19 - 5.005-RUI - 27262

Señores

BANCO FINANDINA S.A. O FINANDINA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Kilómetro 17 Carretera Central Del Norte

Chía, Cundinamarca

POLIZA:	994.000.000.006
TOMADOR:	BANCO FINANDINA S A
ASEGURADO:	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
RECLAMACION:	No. 665 - 16 - 2019 - 30570

Respetados Señores:

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000006, con ocasión de la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por la Junta Médico Laboral del Ejército de Colombia, en la que determina incapacidad permanente para el señor Luis Hernando Millán Varela y califica su disminución de capacidad laboral total con un 71.06%.

Sobre el particular nos referimos en los siguientes términos:

La póliza de seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000006 tiene como objeto proteger los deudores del Banco Finandina, contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente y cuya realización pueda aparejarle a la entidad bancaria un perjuicio económico.

En este caso, es preciso señalar que el señor Luis Hernando Millán Varela, firmó la declaración de asegurabilidad contenida en el formulario de la solicitud individual de seguro, requerida por el Banco Finandina, para el trámite del crédito solicitado, el 02 de abril de 2018 manifestando no padecer antecedentes médicos.

Una vez revisada la documentación aportada, entre otros, el Dictamen, se estableció que el asegurado, es calificado por trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos, las cuales esta diagnosticadas antes del año 2017.

Conforme a lo anterior, es claro que, para la fecha de otorgamiento del crédito No. 1150326214, existían las mencionadas patologías sin ser declaradas, aun teniendo pleno conocimiento de las mismas; esta omisión de información vulnera el principio de ubérrima buena fe, al no declarar sinceramente su estado de salud y la consecuente información exacta y precisa del estado del riesgo, que reclama el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)”

OBSP-19 - 5.005-RUI - 27262

Ahora bien, el artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

“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.”

Así fue considerado por la corte suprema de justicia en la sentencia SC2803 de 2016 en la plantea entre otros aspectos el siguiente:

“El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual [e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.”

OBSP-19 - 5.005-RUI - 27262

En concordancia con lo enunciado, lamentamos informar que, no es posible atender de manera favorable la solicitud de reconocimiento indemnizatorio, ya que para el caso en concreto no se declaró el estado del riesgo, sustento de la base del contrato de seguro, por lo que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, objeta formalmente a reclamación y declina el pago pretendido.

Con toda atención,



**GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

*Copia NEGOCIOS CORPORATIVOS FINANADINA
Intermediario: PROMOTEC S.A.*

*Revisó: GADIAZ
Elaboró: JSANCHEZ*

BANCO FINANDINA

Reporte Historial de Pagos

Cliente: MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

Fecha: 2022-07-07

Número de crédito: 1150326214

Hora: 3:40 PM

Valor desembolso: \$ 67,000,000.00

Núm Cta	Fecha Vencto	Fecha Pago	Vlr. Abono Cuota	Vlr. Abono Capital	Intereses Corrientes	Vlr Seguros	Intereses Mora	Otros	Total Pago Efectuado	Nuevo Saldo Capital
1150326214	2018-06-11	2018-04-03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	98,445.00	98,445.00	67,000,000.00
1150326214	2018-06-11	2018-04-30	1,178,273.00	0.00	1,178,273.00	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	67,000,000.00
1150326214	2018-07-11	2018-05-30	1,178,273.00	0.00	1,178,273.00	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	67,000,000.00
1150326214	2018-08-11	2018-06-29	1,178,273.00	0.00	1,178,273.00	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	67,000,000.00
1150326214	2018-09-11	2018-07-30	1,178,273.00	161,141.41	1,017,131.59	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	66,838,858.59
1150326214	2018-10-11	2018-08-30	1,178,273.00	316,057.29	862,215.71	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	66,522,801.30
1150326214	2018-11-11	2018-09-27	1,178,273.00	320,134.41	858,138.59	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	66,202,666.89
1150326214	2018-12-11	2018-10-30	1,178,273.00	324,264.11	854,008.89	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	65,878,402.78
1150326214	2019-01-11	2018-11-29	1,178,273.00	328,447.10	849,825.90	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	65,549,955.68
1150326214	2019-02-11	2018-12-26	1,178,273.00	332,684.03	845,588.97	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	65,217,271.65
1150326214	2019-03-11	2019-01-30	1,178,273.00	336,975.63	841,297.37	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	64,880,296.02
1150326214	2019-04-11	2019-02-27	1,178,273.00	341,322.59	836,950.41	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	64,538,973.43
1150326214	2019-05-11	2019-03-28	1,178,273.00	345,725.62	832,547.38	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	64,193,247.81
1150326214	2019-06-11	2019-04-26	1,178,273.00	350,185.45	828,087.55	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	63,843,062.36
1150326214	2019-07-11	2019-05-29	1,178,273.00	354,702.82	823,570.18	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	63,488,359.54
1150326214	2019-08-11	2019-06-27	1,178,273.00	359,278.45	818,994.55	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	63,129,081.09
1150326214	2019-09-11	2019-07-30	1,178,273.00	363,913.12	814,359.88	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	62,765,167.97
1150326214	2019-10-11	2019-08-29	1,178,273.00	368,607.56	809,665.44	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	62,396,560.41
1150326214	2019-11-11	2019-09-27	1,178,273.00	373,362.57	804,910.43	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	62,023,197.84
1150326214	2019-12-11	2019-10-30	1,178,273.00	378,178.92	800,094.08	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	61,645,018.92
1150326214	2020-01-11	2019-11-28	1,178,273.00	383,057.39	795,215.61	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	61,261,961.53
1150326214	2020-02-11	2019-12-26	1,178,273.00	387,998.80	790,274.20	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	60,873,962.73
1150326214	2020-03-11	2020-01-30	1,178,273.00	393,003.96	785,269.04	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	60,480,958.77
1150326214	2020-04-11	2020-02-27	1,178,273.00	398,073.67	780,199.33	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	60,082,885.10
1150326214	2020-05-11	2020-03-27	1,178,273.00	403,208.79	775,064.21	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	59,679,676.31
1150326214	2020-06-11	2020-04-29	1,178,273.00	408,410.15	769,862.85	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	59,271,266.16
1150326214	2020-07-11	2020-05-28	1,178,273.00	413,678.60	764,594.40	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	58,857,587.56
1150326214	2020-08-11	2020-06-26	1,178,273.00	419,015.03	759,257.97	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	58,438,572.53
1150326214	2020-09-11	2020-07-29	1,178,273.00	424,420.28	753,852.72	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	58,014,152.25

1150326214	2020-10-11	2020-08-28	1,178,273.00	429,895.27	748,377.73	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	57,584,256.98
1150326214	2020-11-11	2020-09-29	1,178,273.00	435,440.89	742,832.11	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	57,148,816.09
1150326214	2020-12-11	2020-10-29	1,178,273.00	441,058.03	737,214.97	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	56,707,758.06
1150326214	2021-01-11	2020-11-27	1,178,273.00	446,747.65	731,525.35	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	56,261,010.41
1150326214	2021-02-11	2020-12-18	1,178,273.00	452,510.65	725,762.35	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	55,808,499.76
1150326214	2021-03-11	2021-01-27	1,178,273.00	458,348.01	719,924.99	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	55,350,151.75
1150326214	2021-04-11	2021-02-25	1,178,273.00	464,260.65	714,012.35	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	54,885,891.10
1150326214	2021-05-11	2021-03-30	1,178,273.00	470,249.58	708,023.42	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	54,415,641.52
1150326214	2021-06-11	2021-04-29	1,178,273.00	476,315.76	701,957.24	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	53,939,325.76
1150326214	2021-07-11	2021-05-28	1,178,273.00	482,460.19	695,812.81	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	53,456,865.57
1150326214	2021-08-11	2021-06-29	1,178,273.00	488,683.89	689,589.11	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	52,968,181.68
1150326214	2021-09-11	2021-07-29	1,178,273.00	494,987.87	683,285.13	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	52,473,193.81
1150326214	2021-10-11	2021-08-26	1,178,273.00	501,373.18	676,899.82	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	51,971,820.63
1150326214	2021-11-11	2021-10-01	1,178,273.00	507,840.84	670,432.16	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	51,463,979.79
1150326214	2021-12-11	2021-10-25	1,178,273.00	514,391.95	663,881.05	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	50,949,587.84
1150326214	2022-01-11	2021-11-24	1,178,273.00	521,027.56	657,245.44	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	50,428,560.28
1150326214	2022-02-11	2021-12-22	1,178,273.00	527,748.78	650,524.22	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	49,900,811.50
1150326214	2022-03-11	2022-01-27	1,178,273.00	534,556.69	643,716.31	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	49,366,254.81
1150326214	2022-04-11	2022-02-23	1,178,273.00	541,452.43	636,820.57	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	48,824,802.38
1150326214	2022-05-11	2022-03-29	1,178,273.00	548,437.11	629,835.89	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	48,276,365.27
1150326214	2022-06-11	2022-04-26	1,178,273.00	555,511.92	622,761.08	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	47,720,853.35
1150326214	2022-07-11	2022-05-23	1,178,273.00	562,677.96	615,595.04	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	47,158,175.39
1150326214	2022-08-11	2022-06-23	1,178,273.00	569,936.47	608,336.53	77,720.00	0.00	0.00	1,255,993.00	46,588,238.92

1150326214

MILLAN VARELA LUIS HERNANDO



PLAN DE AMORTIZACION

SEGURO VIDA

\$ 77.720

VALOR PRESTAMO	67.000.000,00
TASA DE INTERES	1,29%
PLAZO EN CUOTAS	106
TIPO DE PLAN	MENSUAL
FECHA DE DESEMBOLSO	3/04/2018

Periodo	Saldo	Abono a Capital	Interes	Seg. De Vida	Cuota Total
0	\$ 67.000.000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
1	\$ 67.864.300	\$ -	\$ 864.300	\$ -	\$ -
2	\$ 67.561.477	\$ 302.823	\$ 875.449	\$ 77.720	\$ 1.178.273
3	\$ 67.254.747	\$ 306.730	\$ 871.543	\$ 77.720	\$ 1.178.273
4	\$ 66.944.060	\$ 310.687	\$ 867.586	\$ 77.720	\$ 1.178.273
5	\$ 66.629.366	\$ 314.694	\$ 863.578	\$ 77.720	\$ 1.178.273
6	\$ 66.310.612	\$ 318.754	\$ 859.519	\$ 77.720	\$ 1.178.273
7	\$ 65.987.746	\$ 322.866	\$ 855.407	\$ 77.720	\$ 1.178.273
8	\$ 65.660.715	\$ 327.031	\$ 851.242	\$ 77.720	\$ 1.178.273
9	\$ 65.329.466	\$ 331.250	\$ 847.023	\$ 77.720	\$ 1.178.273
10	\$ 64.993.943	\$ 335.523	\$ 842.750	\$ 77.720	\$ 1.178.273
11	\$ 64.654.092	\$ 339.851	\$ 838.422	\$ 77.720	\$ 1.178.273
12	\$ 64.309.857	\$ 344.235	\$ 834.038	\$ 77.720	\$ 1.178.273
13	\$ 63.961.181	\$ 348.676	\$ 829.597	\$ 77.720	\$ 1.178.273
14	\$ 63.608.008	\$ 353.174	\$ 825.099	\$ 77.720	\$ 1.178.273
15	\$ 63.250.278	\$ 357.729	\$ 820.543	\$ 77.720	\$ 1.178.273
16	\$ 62.887.934	\$ 362.344	\$ 815.929	\$ 77.720	\$ 1.178.273
17	\$ 62.520.916	\$ 367.018	\$ 811.254	\$ 77.720	\$ 1.178.273
18	\$ 62.149.163	\$ 371.753	\$ 806.520	\$ 77.720	\$ 1.178.273
19	\$ 61.772.614	\$ 376.549	\$ 801.724	\$ 77.720	\$ 1.178.273
20	\$ 61.391.208	\$ 381.406	\$ 796.867	\$ 77.720	\$ 1.178.273
21	\$ 61.004.882	\$ 386.326	\$ 791.947	\$ 77.720	\$ 1.178.273
22	\$ 60.613.572	\$ 391.310	\$ 786.963	\$ 77.720	\$ 1.178.273
23	\$ 60.217.214	\$ 396.358	\$ 781.915	\$ 77.720	\$ 1.178.273
24	\$ 59.815.743	\$ 401.471	\$ 776.802	\$ 77.720	\$ 1.178.273
25	\$ 59.409.094	\$ 406.650	\$ 771.623	\$ 77.720	\$ 1.178.273
26	\$ 58.997.198	\$ 411.895	\$ 766.377	\$ 77.720	\$ 1.178.273
27	\$ 58.579.989	\$ 417.209	\$ 761.064	\$ 77.720	\$ 1.178.273
28	\$ 58.157.398	\$ 422.591	\$ 755.682	\$ 77.720	\$ 1.178.273
29	\$ 57.729.356	\$ 428.042	\$ 750.230	\$ 77.720	\$ 1.178.273
30	\$ 57.295.792	\$ 433.564	\$ 744.709	\$ 77.720	\$ 1.178.273
31	\$ 56.856.635	\$ 439.157	\$ 739.116	\$ 77.720	\$ 1.178.273
32	\$ 56.411.813	\$ 444.822	\$ 733.451	\$ 77.720	\$ 1.178.273
33	\$ 55.961.252	\$ 450.560	\$ 727.712	\$ 77.720	\$ 1.178.273
34	\$ 55.504.880	\$ 456.373	\$ 721.900	\$ 77.720	\$ 1.178.273
35	\$ 55.042.620	\$ 462.260	\$ 716.013	\$ 77.720	\$ 1.178.273
36	\$ 54.574.397	\$ 468.223	\$ 710.050	\$ 77.720	\$ 1.178.273
37	\$ 54.100.134	\$ 474.263	\$ 704.010	\$ 77.720	\$ 1.178.273
38	\$ 53.619.753	\$ 480.381	\$ 697.892	\$ 77.720	\$ 1.178.273
39	\$ 53.133.175	\$ 486.578	\$ 691.695	\$ 77.720	\$ 1.178.273
40	\$ 52.640.320	\$ 492.855	\$ 685.418	\$ 77.720	\$ 1.178.273
41	\$ 52.141.107	\$ 499.213	\$ 679.060	\$ 77.720	\$ 1.178.273
42	\$ 51.635.455	\$ 505.653	\$ 672.620	\$ 77.720	\$ 1.178.273
43	\$ 51.123.279	\$ 512.175	\$ 666.097	\$ 77.720	\$ 1.178.273
44	\$ 50.604.497	\$ 518.782	\$ 659.490	\$ 77.720	\$ 1.178.273
45	\$ 50.079.022	\$ 525.475	\$ 652.798	\$ 77.720	\$ 1.178.273
46	\$ 49.546.769	\$ 532.253	\$ 646.019	\$ 77.720	\$ 1.178.273
47	\$ 49.007.649	\$ 539.119	\$ 639.153	\$ 77.720	\$ 1.178.273
48	\$ 48.461.575	\$ 546.074	\$ 632.199	\$ 77.720	\$ 1.178.273
49	\$ 47.908.457	\$ 553.118	\$ 625.154	\$ 77.720	\$ 1.178.273
50	\$ 47.348.203	\$ 560.254	\$ 618.019	\$ 77.720	\$ 1.178.273
51	\$ 46.780.722	\$ 567.481	\$ 610.792	\$ 77.720	\$ 1.178.273
52	\$ 46.205.920	\$ 574.801	\$ 603.471	\$ 77.720	\$ 1.178.273
53	\$ 45.623.704	\$ 582.216	\$ 596.056	\$ 77.720	\$ 1.178.273

54	\$	45.033.977	\$	589.727	\$	588.546	\$	77.720	\$	1.178.273
55	\$	44.436.643	\$	597.334	\$	580.938	\$	77.720	\$	1.178.273
56	\$	43.831.602	\$	605.040	\$	573.233	\$	77.720	\$	1.178.273
57	\$	43.218.757	\$	612.845	\$	565.428	\$	77.720	\$	1.178.273
58	\$	42.598.007	\$	620.751	\$	557.522	\$	77.720	\$	1.178.273
59	\$	41.969.248	\$	628.758	\$	549.514	\$	77.720	\$	1.178.273
60	\$	41.332.379	\$	636.869	\$	541.403	\$	77.720	\$	1.178.273
61	\$	40.687.293	\$	645.085	\$	533.188	\$	77.720	\$	1.178.273
62	\$	40.033.887	\$	653.407	\$	524.866	\$	77.720	\$	1.178.273
63	\$	39.372.051	\$	661.836	\$	516.437	\$	77.720	\$	1.178.273
64	\$	38.701.678	\$	670.373	\$	507.899	\$	77.720	\$	1.178.273
65	\$	38.022.657	\$	679.021	\$	499.252	\$	77.720	\$	1.178.273
66	\$	37.334.876	\$	687.780	\$	490.492	\$	77.720	\$	1.178.273
67	\$	36.638.223	\$	696.653	\$	481.620	\$	77.720	\$	1.178.273
68	\$	35.932.584	\$	705.640	\$	472.633	\$	77.720	\$	1.178.273
69	\$	35.217.841	\$	714.742	\$	463.530	\$	77.720	\$	1.178.273
70	\$	34.493.879	\$	723.963	\$	454.310	\$	77.720	\$	1.178.273
71	\$	33.760.577	\$	733.302	\$	444.971	\$	77.720	\$	1.178.273
72	\$	33.017.816	\$	742.761	\$	435.511	\$	77.720	\$	1.178.273
73	\$	32.265.473	\$	752.343	\$	425.930	\$	77.720	\$	1.178.273
74	\$	31.503.424	\$	762.048	\$	416.225	\$	77.720	\$	1.178.273
75	\$	30.731.546	\$	771.879	\$	406.394	\$	77.720	\$	1.178.273
76	\$	29.949.710	\$	781.836	\$	396.437	\$	77.720	\$	1.178.273
77	\$	29.157.789	\$	791.922	\$	386.351	\$	77.720	\$	1.178.273
78	\$	28.355.651	\$	802.137	\$	376.135	\$	77.720	\$	1.178.273
79	\$	27.543.166	\$	812.485	\$	365.788	\$	77.720	\$	1.178.273
80	\$	26.720.200	\$	822.966	\$	355.307	\$	77.720	\$	1.178.273
81	\$	25.886.618	\$	833.582	\$	344.691	\$	77.720	\$	1.178.273
82	\$	25.042.283	\$	844.335	\$	333.937	\$	77.720	\$	1.178.273
83	\$	24.187.056	\$	855.227	\$	323.045	\$	77.720	\$	1.178.273
84	\$	23.320.796	\$	866.260	\$	312.013	\$	77.720	\$	1.178.273
85	\$	22.443.361	\$	877.434	\$	300.838	\$	77.720	\$	1.178.273
86	\$	21.554.608	\$	888.753	\$	289.519	\$	77.720	\$	1.178.273
87	\$	20.654.390	\$	900.218	\$	278.054	\$	77.720	\$	1.178.273
88	\$	19.742.559	\$	911.831	\$	266.442	\$	77.720	\$	1.178.273
89	\$	18.818.965	\$	923.594	\$	254.679	\$	77.720	\$	1.178.273
90	\$	17.883.457	\$	935.508	\$	242.765	\$	77.720	\$	1.178.273
91	\$	16.935.881	\$	947.576	\$	230.697	\$	77.720	\$	1.178.273
92	\$	15.976.081	\$	959.800	\$	218.473	\$	77.720	\$	1.178.273
93	\$	15.003.899	\$	972.181	\$	206.091	\$	77.720	\$	1.178.273
94	\$	14.019.177	\$	984.722	\$	193.550	\$	77.720	\$	1.178.273
95	\$	13.021.752	\$	997.425	\$	180.847	\$	77.720	\$	1.178.273
96	\$	12.011.459	\$	1.010.292	\$	167.981	\$	77.720	\$	1.178.273
97	\$	10.988.134	\$	1.023.325	\$	154.948	\$	77.720	\$	1.178.273
98	\$	9.951.609	\$	1.036.526	\$	141.747	\$	77.720	\$	1.178.273
99	\$	8.901.712	\$	1.049.897	\$	128.376	\$	77.720	\$	1.178.273
100	\$	7.838.271	\$	1.063.441	\$	114.832	\$	77.720	\$	1.178.273
101	\$	6.761.112	\$	1.077.159	\$	101.114	\$	77.720	\$	1.178.273
102	\$	5.670.058	\$	1.091.054	\$	87.218	\$	77.720	\$	1.178.273
103	\$	4.564.929	\$	1.105.129	\$	73.144	\$	77.720	\$	1.178.273
104	\$	3.445.543	\$	1.119.385	\$	58.888	\$	77.720	\$	1.178.273
105	\$	2.311.718	\$	1.133.825	\$	44.448	\$	77.720	\$	1.178.273
106	\$	1.163.267	\$	1.148.452	\$	29.821	\$	77.720	\$	1.178.273

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD



166977

ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL No. 108251
REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

LUGAR Y FECHA: MEDELLIN, 25 DE JULIO DE 2019

INTERVIENEN: Doctor DR. CABRERA PAZ OMAR ARTURO
Oficial de Sanidad

Doctor DR. GONZALEZ CASSAB HAVID DE JESÚS.
Oficial de Sanidad

Doctor DR. MIGUEL ANGEL MAHECHA GUTIERREZ
Oficial de Sanidad

ASUNTO: Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar. Que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e Imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo. 15 del Decreto 1796 de 14-SEPTIEMBRE DEL 2000, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes AUDIOMETRIA TONAL SERIADA - MEDICINA FAMILIAR - ORTOPEdia - PSQUIATRIA - UROLOGIA - MEDICINA INTERNA.

I. IDENTIFICACIÓN: Grado SP. @ Código 16786770 Apellidos y Nombres Completos MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC No. 16.786.770 DE CALI ARMA: INF - FECHA DE NACIMIENTO 26/01/1971 Edad 48 años. Ciudad y Residencia Actual: CALLE 42ª No. 29-08 BARRIO POBLADO I CALI TEL: 3014861778 CUENTA DE AHORROS No. 396400090710 BANCO DAVIVIENDA CORREO ELECTRONICO lhm2601@hotmail.com

II. CAUSAL DE CONVOCATORIA

De acuerdo al artículo 19 del Decreto 1796 de 2000 esta Junta Médica se convoca por: **POR LA PRÁCTICA DE UN EXAMEN DE CAPACIDAD SICOFÍSICA EN EL QUE SE ENCUENTRAN LESIONES O AFECCIONES QUE DISMINUYEN LA CAPACIDAD LABORAL. (RETIRO).**

III. ANTECEDENTES

A. Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

- Se le practicó Junta Médica Laboral SI _____ NO X _____.

- Consejo Técnico SI _____ NO X _____.

- Tribunal Médico SI _____ NO X _____.

B. ANTECEDENTES DEL INFORMATIVO

SIN INFORMATIVO ADMINISTRATIVO POR LESION.

IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS

(AFECCIÓN POR EVALUAR- DIAGNÓSTICO- ETIOLOGÍA- TRATAMIENTOS VERIFICADOS- ESTADO ACTUAL- PRONÓSTICO- FIRMA MÉDICO)

FECHA 16-23-24/08/2018 SERVICIO: AUDIOMETRIA TONAL SERIADA DRA. MARTHA M. PEREZ S.

FECHA DE INICIO: 16/08/2018 OD : 10/250- 10/500- 20/1000- 20/2000- 10/3000- 10/4000- 10/8000
OI : 25/250- 25/500- 20/1000- 25/2000- 35/3000- 30/4000- 35/6000- 35/8000.

FECHA DE INICIO: 23/08/2018 OD : 25/250- 25/500- 20/1000- 25/2000- 35/3000- 35/4000- 50/8000
OI : 25/250- 25/500- 20/1000- 20/2000- 35/3000- 35/4000- 35/6000- 35/8000.

FECHA DE INICIO: 24/08/2018 OD : 30/250- 30/500- 25/1000- 30/2000- 35/3000- 35/4000- 35/8000
OI : 30/250- 30/500- 30/1000- 25/2000- 35/3000- 35/4000- 35/8000.

FECHA 04/07/2019 SERVICIO: MEDICINA FAMILIAR NUMERO 161555 DRA. ISABEL R. RODRIGUEZ.

FECHA DE INICIO: PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD. REMITIDO PARA CONCEPTO POR LEUCOPESIA CRÓNICA. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LEUCOPESIA DESDE EL 2014 EN SEGUIMIENTO POR HEMATOLOGIA POR NEUROPESIA AISLADO SE DESCARTA ETIOLOGIA INFECCIOSA, ORGONOMEALIA, CONSERVADA INMUNOLOGICA DE BASE ETIOLOGÍA : ENFERMEDAD GENERAL TRATAMIENTO VERIFICADO : METFORMINA 850 X 1 LEVOPROMAX – ACIDO FOLICO TRAMAL ESTADO ACTUAL: PACIENTE EN ADECUADO ESTADO GENERAL PESO : 85 TALLA : 1.68 SV: FC : 16 FR: 72 TA: 110/70 CC. MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVA ROSADA, C/P R, C, R, R, R NO AGREGADOS ABD. BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR EXT. NO EDEMA PULSOS POSITIVO A. DIAGNOSTICO : 1) LEUCOPESIA CRONICA BENIGNA SIN IMPACTO CLINICO 2) GASTRITIS CRONICA ANTRAL ACTIVA MODERADA CON METAPLASIA INTESTINAL COMPLETA SIN DISPLASIA Y MELIGNIDAD SECUELAS DE LAS LESIONES O AFECCIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE : NINGUNA PRONÓSTICO: BUEN PRONOSTICO.

FECHA 30/XI/2018 SERVICIO: ORTOPEDIA NUMERO 145464

FECHA DE INICIO: DX MAS O MENOS 3 AÑOS LUMBALGIA INICIO SUBITO- DX. MAS O MENOS 4 AÑOS GONALGIA BILATERAL ETIOLOGÍA : SOBREUSO TRATAMIENTO VERIFICADO: REGIÓN CAMBIOS DE POSICIÓN. ESTADO ACTUAL: BUENO FLEXIÓN TENSION IV/IV LASAGUE (-)MOLESTIA LUMBAR BAJO CON LA MOVILIDAD DE RODILLA COMPLETO DIAGNOSTICO : LUMBALGIA MECANICA – DISCOPATIA L5-S1 – GONALGIA BILATERAL POR SOBREUSO SECUELAS DE LAS LESIONES O AFECCIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE : NEGATIVO PRONÓSTICO: BUENO.

FECHA 31/10/2018 SERVICIO: PSIQUIATRIA NUMERO 134732 DRA. EDNA M. SANTAMARIA.

FECHA DE INICIO: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE ALCOHOL DESDE HACE MAS O MENOS 35 AÑOS, QUE LE HA GENERADO DIFICULTADES FAMILIARES Y LABORALES, QUE INCLUSO EN EL 2009 BAJO DEL EFECTO DEL ALCOHOL Y DESTRUCCIÓN DE PAREJA HACE INTENTO DE SUICIDIO CON ARMA DE FUEGO. PERO NO CONSULTO A PSIQUIATRIA, NI FUE HOSPITALIZADO POR PSIQUIATRIA, CON EL RETIRO HA AUMENTADO EL CONSUMO, AHORA A DIARIO, ACOMPAÑADO DE ANSIEDAD, ANIMO TRISTE, IRRITABILIDAD Y POBRE CONTROL DE IMPULSOS ETIOLOGÍA : MULTIFACTORIAL TRATAMIENTO VERIFICADO: NINGUNO VENTIADO POR PSIQUIATRIA. ESTADO ACTUAL : PACIENTE COLABORADOR, PSICOMOTOR SIN ALTERACIÓN, AFECTO ANSIOSO, PENSAMIENTO LÓGICO COHERENTE, SIN IDEAS DELIRANTES, LOGICO, NI OBSERVA, NO IDEAS DE AUTO Y HETEROAGRSION LUCIDO Y RAZON CONSERVADO MAREO CONFUNDIDO POBRE INCIERTO DIAGNOSTICO : -T. MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A XXX DE ESTADO EN DEPENDENCIAS – T. DE ANSIEDAD INESPECIFICA SECUELAS DE LAS LESIONES O AFECCIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE : NO APLICA PRONÓSTICO: PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICO

FECHA 17/08/2018 SERVICIO: UROLOGIA NUMERO 143017 DR. RAUL DUARTE P.

FECHA DE INICIO: REFIERE ATROFIA TESTICULO IZQUIERDO POSTERIOR A PAROTIDITIS MAS O MENOS A LOS 26 AÑOS DE EDAD – TIENE 2 HIJOS EL MENOR ES DE 2 AÑOS DE EDAD ETIOLOGÍA : POSIBLE COMPLICACIÓN DE PAROTIDITIS – NO TRAE HISTORIA CLÍNICA TRATAMIENTO VERIFICADO : NINGUNO ESTADO ACTUAL: ASINTOMATICO. DIAGNOSTICO : 1) ATROFIA TESTICULO IZQUIERDO SECUELAS DE LAS LESIONES O AFECCIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE : ATROFIA TESTICULO IZQUIERDO SIN DAÑO DE FUNCIÓN REPRODUCTIVA PRONÓSTICO: BUENO.

FECHA 31/07/2018 SERVICIO: MEDICINA INTERNA NUMERO 139681

FECHA DE INICIO: DIAGNOSTICADO CON PRUEBAS DE TAMIZAJE, CON DIABETES MELLITIS TIPO 2 OBESIDAD Y DISLIPIDEMIA DOCUMENTANDOSE POSTERIORMENTE HALLAZGO RECURRENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS CONTROLES, HALLAZGO INCIDENTAL LEUCOPESIA OCURRENTE VALORADA EN HOSPITAL MILIT ~~156928~~ **BELLIN** POR HEMATOLOGIA ESTUDIADA CON DIAGNOSTICO LEUCOPESIA CRÓNICA BENIGNO, DISPEPSIA DE LARGA DATA SIN MANEJO ETIOLOGÍA : IDIOPATICA/PRIMARIA TRATAMIENTO VERIFICADO : -MODIFICACIÓN HABITOS DE VIDA - METFORMINA-SUCRALFATE- OMEPRAZOL ESTADO ACTUAL: EN METAS DE CONTROL METABÓLICO, CON CIFRAS DE TA. ESTABLES, SEGUIMIENTO LEUCOPESIA SIN CAMBIOS DIAGNOSTICO : 1) DIABETES MELLITIS TIPO2 NO INSULNOREGUNENTE E119 2) HIPERTENSIÓN ESENCIAL I10X 3) DISLIPIDEMIA MIXTA E784 4) GASTRITIS CRÓNICA + METOPLASIA INTESTINAL K295 5) LEUCOPESIA CRÓNICA BENIGNA R72X SECUELAS DE LAS LESIONES O AFECCIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE : SIN COMPROMISO DE ORGANO BLANCO ACTUALMENTE PRESENTA LIMITACIONES EN REGIMEN ALIMENTARIO POR POBRE TOLERANCIA SECUNDARIA DISPEPSIA PRONÓSTICO: DEPENDIENTE DE ADHERENCIA MANEJOS Y SEGUIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE BUENOS HÁBITOS DE VIDA.

NOTA: EL PACIENTE TIENE PLENO CONOCIMIENTO DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS.

V. SITUACIÓN ACTUAL

A. ANAMNESIS

SP. RETIRADO 23 AÑOS DE SERVICIO QUIÉN INGRESA EN EL DIA DE HOY PARA REALIZAR JUNTA MEDICA LABORAL DE RETIRO POR PRESENTAR, DIABETES MELLITUS DESDE HACE DOS AÑOS, TRATAMIENTO CON METFORMINA, HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN DESDE HACE DOS AÑOS, DISLIPIDEMIA MIXTA, GASTRITIS CRÓNICA MÁS METAPLASMA INTESTINAL, LEUCOPENIA CRÓNICA BENIGNA, LUMBALGIA MECÁNICA ASOCIADA A DISCOPATIA L5 Y S1, GONALGIA POSTURAL BILATERAL, VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA DESDE HACE TRES AÑOS POR TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO, ATROFIA TESTICULAR IZQUIERDA, MANIFIESTA LEVE DOLOR DE LA MISMA DESDE HACE 6 AÑOS, CON DOS HIJAS, MANIFIESTA ADEMÁS HIPOACUSIA, POR LO QUE SE LE ORDENA ATS, TRAE ESTUDIO DE POLISOMNOGRAMA QUE REPORTA SAHOS, DIAGNOSTICADO HACE DOS AÑOS EN CUAL NO SE TIENE EN CUENTA A LA HORA DE LA CALIFICACIÓN, POR NO MOSTRAR ESTOS ESTUDIOS A TIEMPO DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO PARA LA RECEPCIÓN DE ESTUDIOS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, NO APORTA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.

B. EXAMEN FÍSICO

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, CONSCIENTE, ORIENTADO, SIN IDEAS DELIRANTES, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, TA 110/70MMHG FC 89X FR16 X T36o. COC NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HÚMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMÉTRICO, PULMONES CLAROS VENTILADOS, NO AGREGADOS RSCRS SIN SOPLO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASA NO MEGALIA NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTRÓFICAS SIN EDEMA, DOLOR A LA MOVILIZACIÓN DE RODILLAS, SIGNOS DE CAJÓN NEGATIVO, REFLEJOS PATELARES PRESENTES, MARCHA EN PUNTA DE FORMA ANTALGICA, RESTO EXAMEN FÍSICO NORMAL.

VI. CONCLUSIONES

A. DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

1. DISLIPIDEMIA MIXTA VALORADA Y TRATADA POR MEDICINA INTERNA, SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO Y DIETAS, POR LO ANTERIOR ESTA SALA NO ASIGNA CALIFICACIÓN NI INDICES, PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).
2. DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO INSULINA REQUERENTE ASOCIADO A HIPERTENSIÓN ARTERIAL VALORADO Y TRATADO POR MEDICINA INTERNA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA INDICES CORRESPONDIENTES DE ACUERDO AL ESTADO ACTUAL Y SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).

3. GASTRITIS CRÓNICA MÁS METAPLASIA INTESTINAL VALORADO Y TRATADO POR MEDICINA INTERNA Y MEDICINA FAMILIAR, SUSCEPTIBLE DE MANEJO MÉDICO Y CONTROLES, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA NO ASIGNA CALIFICACIÓN E INDICES POR LOS MOTIVOS EXPUESTOS, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).

4. LEUCOPENIA CRÓNICA BENIGNA, VALORADO Y TRATADO POR MEDICINA INTERNA Y MEDICINA FAMILIAR SUSCEPTIBLE DE MANEJO MÉDICO Y CONTROLES, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA INDICES CORRESPONDIENTES DE ACUERDO AL ESTADO ACTUAL Y SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).

5. DOLOR POSTURAL BILATERAL EN RODILLAS, VALORADO Y TRATADO POR ORTOPEDIA, QUE DEJA COMO SECUELA A) GONALGIA BILATERAL, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA LOS INDICES CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO A EL ESTADO ACTUAL Y LA SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).

6. DOLOR LUMBAR CON RADICULOPATIA TIPO MECÁNICA, VALORADA Y TRATADO POR ORTOPEDIA, QUE DEJA COMO SECUELA, A) LUMBALGIA MECANICA CON DISCOPATIA L5-S1, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA LOS INDICES CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO A EL ESTADO ACTUAL Y LA SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN PROFESIONAL LIETRAL (B) (EP)

7. ATROFIA TESTICULAR IZQUIERDA SIN DAÑO DE FUNCIÓN REPRODUCTIVA, VALORADO Y TRATADO POR UROLOGIA, CON BUEN PRONOSTICO SEGÚN CONCEPTO, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA NO ASIGNA CALIFICACIÓN E INDICES POR LOS MOTIVOS EXPUESTOS, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).

8. EXPOSICIÓN CRÓNICA A RUIDO VALORADA Y TRATADA POR MEDIO DE ATS QUE DEJA COMO SECUELA A) HIPOACUSIA BILATERAL 32.4, DESIBELES POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A EL ESTADO ACTUAL Y LA SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN PROFESIONAL LIETRAL (B) (EP)

9. PAROTIDITIS VALORADO Y TRATADO POR OTORRINO, ACTUALMENTE RESUELTO, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA NO ASIGNA CALIFICACIÓN E INDICES POR LOS MOTIVOS EXPUESTOS, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).

10. TRASTORNO MENTAL DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A TRASTORNO DE ANSIEDAD INESPECIFICA VALORADO Y TRATADO POR PSIQUIATRIA COMITÉ BASAN, ACTUALMENTE EN MANEJO Y SEGUIMIENTO SEGÚN HISTORIA CLINICA ESTA SALA ASIGNA INDICES DE ACUERDO A EL ESTADO ACTUAL Y LA SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).

11. EL CALIFICADO ES NO APTO PARA ACTIVIDAD MILITAR DE ACUERDO AL DECRETO 094/89 ARTICULO 59 C

12. EN RELACION A LA RECOMENDACIÓN DE REUBICACION LABORAL NO PROCEDE POR TRATARSE DE UN RETIRO DE LA INSTITUCION.

B. Clasificación De Las Lesiones o afecciones Y calificación de capacidad psicofísica para el servicio.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

NO APTO PARA ACTIVIDAD MILITAR

EN CUANTO A REUBICACIÓN LABORAL, ESTA JUNTA NO SE PRONUNCIA POR TRATARSE DE UN RETIRO DE LA INSTITUCIÓN.

166979

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

DCL ACTUAL: SETENTA Y UNO PUNTO CERO SEIS POR CIENTO (71.06%)

DCL TOTAL: SETENTA Y UNO PUNTO CERO SEIS POR CIENTO (71.06%)

D. Imputabilidad del Servicio

1. AFECCIÓN - 1 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
2. AFECCIÓN - 2 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
3. AFECCIÓN - 3 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
4. AFECCIÓN - 4 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
5. AFECCIÓN - 5 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
6. AFECCIÓN - 6 ENFERMEDAD PROFESIONAL LITERAL (B) (EP)
7. AFECCIÓN - 7 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
8. AFECCIÓN - 8 ENFERMEDAD PROFESIONAL LITERAL (B) (EP)
9. AFECCIÓN - 9 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
10. AFECCIÓN - 10 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)

E. Fijación de los correspondientes índices.

DE ACUERDO AL ARTÍCULO 47, DECRETO 0094 DEL 11 DE ENERO DE 1989, LE CORRESPONDE POR:

Nº	NUMERAL	LITERAL	INDICES	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES
1	N/A	N/A	N/A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES
2	2-057	B	15	
3	N/A	N/A	N/A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES
4	N/A	N/A	N/A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES
5	1-190	A	7	
6	1-061	B	5	
7	N/A	N/A	N/A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES
8	6-034	B	6	
9	N/A	N/A	N/A	NO HAY LUGAR A FIJAR INDICES
10	3-028		2	

VII. DECISIONES:

En presencia de los participantes se establece que la decisión ha sido tomada por unanimidad y corresponde a la veracidad de los hechos.

DR. MIGUEL ANGEL MAHECHA GUTIERREZ

Oficial de Sanidad

DR. GONZALEZ CASSAB HAVID DE JESUS

Oficial de Sanidad

DR. CABRERA PAZ OMAR ARTURO

Oficial de Sanidad

VIII. RECURSOS:

Contra la presente Acta de Junta Médica Laboral procede el recurso de solicitar convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar del cual podrá hacerse uso dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la notificación según lo establecido en el Decreto 1796 de septiembre 14-2000. Ante la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional.

NOTA: ES DECIR, USTED TIENE DERECHO A SOLICITAR TRIBUNAL MÉDICO DURANTE LOS 4 MESES SIGUIENTES CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN, SI NO SE ENCUENTRA DE ACUERDO CON LOS RESULTADOS EMITIDOS DE ESTA JUNTA MÉDICA. CUMPLIDO ESTE TIEMPO SE DARÁ TRÁMITE A LA DIRECCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES DEL EJÉRCITO.

IX. NOTIFICACIÓN:

El acta de Junta Médica No. 108251 de fecha 25 de Julio de 2019 se notifica electrónicamente previa autorización por escrito del señor SP. @ MILLAN VARELA LUIS HERNANDO En Medellín el día de

12.1 AGO 2019

se imprime en hojas de seguridad DISAN 166974-166975-166976-166977-166978-166979 hojas de seguridad DIPSO 97108-97109-97110

Notificador: SP ALEXANDER FERRAZ TORRES CC 10.188.456 DE LA DORADA CALDAS

DR. OMAR ARTURO CABRERA PAZ

Revisor Juntas Médica



ADVERTENCIA

LA DIRECCIÓN DE SANIDAD CON EL FIN DE DEFENDER LOS INTERESES DEL PERSONAL DE LA FUERZA PONE EN SU CONOCIMIENTO:

1. Hay personas que quieren apoderarse de su dinero.
2. Le van a ofrecer préstamos con altos intereses que serán pagados cuando reciba el pago de su indemnización.
3. Por los préstamos que le ofrecen le van a tomar gran parte de su indemnización.
4. Le van a ofrecer dinero a cambio de su indemnización mientras esta se la cancelan.
5. Si ud le firma un poder a un abogado después no tiene forma de reclamar, puesto que le otorgó los derechos a otra persona.
6. **NINGÚN INTERMEDIARIO**, puede lograr que su proceso se adelante en un solo día.
7. Cuando le ofrezcan adelantar su proceso o lograr mayores valores en su indemnización. **LE ESTÁN MINTIENDO.**
8. Evite trámites por terceras personas, usted personalmente puede tramitar su Junta Médica, solicitar Tribunal Médico si no esta de acuerdo con los resultados, este es el ejemplo del formato que debe diligenciar y enviar a la oficina de la Secretaría General del Ministerio de Defensa (Segundo Piso):

ASUNTO : Solicitud revisión Tribunal Médico
AL : SECRETARIO(A) DEL MINISTERIO DE DEFENSA

Con toda atención me permito solicitar al señor Doctor Secretario del Ministerio de Defensa Autorice a quien corresponda me sea revisada la junta médica No ____ de fecha ____ ya que no me Encuentro de acuerdo con sus resultados, por los motivos que relaciono a continuación:

- 1.
- 2.
- 3.

Atentamente, Grado _____
Dirección: _____ TEL: _____

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.786.770

MILLAN VALELA

APELLIDOS

LUIS HERNANDO

NOTAS

Firma



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1971

CANDELARIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

B+

G.S. RH

M

SEXO

31-MAY-1989 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00162811-M-0016786770-20090714

0013453486A 1

1190103501



No. ACTA JML: _____

FECHA 25/07/2019

I. IDENTIFICACIÓN

Gr: SP @ Apellidos y Nombre: Millán Varela Luis cc 16786770 Expedida en: Cali (Valle)

Fecha y lugar de nacimiento: 26/01/1971 candelaria (Valle)

Fuerza: EJC: X Estado: Activo Retirado x Pensionado: Licenciado:

Correo: Lhm2601@hotmail.com

TELÉFONO: 3014861778

CONCEPTO DE LOS ESPECIALISTAS: Audiometría tonal seriada (hipoacusia), medicina familiar (Leucopenia crónica, Gastritis Crónica) Ortopedia (Lumbalgia mecánica, Gonalgia bilateral), Psiquiatría (Trastorno mental), Urología (atrofia testicular Izquierda) Medicina Interna (DM, HTA, Gastritis crónica, Leucopenia crónica)

II. SITUACIÓN ACTUAL:

Anamnesis:

SP, retirado 23 Años de servicio, quien ingresa en el día de hoy para realizar JML de retiro por presentar, Diabetes mellitus desde hace dos años, tratamiento con Metformina, HTA en tratamiento con losartan desde hace dos años, Dislipidemia mixta, gastritis crónica más metaplasma intestinal, leucopenia crónica benigna, lumbalgia mecánica asociada a Discopatía L5 y S1, Gonalgia Postural bilateral, valoración por psiquiatría desde hace tres años por trastornos del comportamiento, atrofia testicular izquierda, manifiesta leve dolor de la misma, desde hace 6 años, con dos hijas, manifiesta además hipoacusia, por lo que se le ordena ATS, traer estudio de polisomnograma que reporta SAHOS diagnosticado hace dos años en cual no se tiene en cuenta a la hora de la calificación, por no mostrar estos estudios a tiempo dentro del tiempo estipulado para la recepción de estudios, Niega otra sintomatología; no aporta documentación adicional.

III. EXAMEN FÍSICO:

Paciente en buen estado general, consciente, orientado, sin ideas delirante,

Con signos vitales dentro de parámetros normales TA 110/70mmhg Fc 89 X Fr 16 X T 36°

Ccc normocefalo, mucosa oral húmeda cuello móvil sin adenopatías

Tórax simétrico, pulmones claros ventilados no agregados, RSCSRs sin soplo

Abdomen blando depresible no masa no megalia no signos de irritación peritoneal,

Extremidades eutróficas sin edema, dolor a la movilización de rodillas, signos de cajón negativo, reflejos patelares presentes, marcha en punta de forma antalgica, resto de examen físico normal.

Glavid


IV. CONCLUSIONES:

1. Dislipidemia mixta valorada y tratada por medicina interna susceptible de manejo médico y dietas, susceptible de manejo médico, por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala no asigna índices a la calificación correspondiente, de acuerdo al estado actual y la severidad de la secuela valorada

2. Diabetes mellitus Tipo 2 no insulina requirente asociado a hipertensión arterial valorado y tratado por medicina interna susceptible de manejo medico por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala asigna índices a la calificación correspondiente, de acuerdo a el estado actual y la severidad de la secuela valorada

3. Gastritis crónica más metaplasia intestinal valorado y tratado por Medicina interna, y medicina familiar, susceptible de manejo médicos y controles, por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala no asigna calificación e índices correspondiente, de acuerdo a el estado actual y la severidad de la secuela valorada.

4. Leucopenia crónica benigna valorado y tratado por Medicina interna y medicina familiar, susceptible de manejo médico y controles, por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala no asigna índice a la calificación en índices correspondiente, de acuerdo al estado actual y la severidad de la secuela valorada.

5. Dolor postural bilateral en rodillas, valorado y tratado por ortopedia que deja como secuela

a) Gonalgia Bilateral

Por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala asigna los índices correspondiente a la calificación correspondiente, de acuerdo a el estado actual y la severidad de la secuela valorada

6. Dolor lumbar con radiculopatias tipo mecánica valorada y tratado por ortopedia que deja como secuela

a) Lumbalgia mecánica con Discopatía L5 S1

Por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala asigna los índices correspondiente a la calificación correspondiente, de acuerdo a el estado actual y la severidad de la secuela valorada

7. Atrofia testicular izquierdo, sin daño de función reproductiva, valorado y tratado por urología, con buen pronóstico según concepto por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala asigna índices correspondientes a la calificación correspondiente, de acuerdo al estado actual y la severidad de la secuela valorada

8. Exposición crónica a ruido valorada y tratada por medio de ATS que deja como secuela

a) Hipoacusia Bilateral 32.4

Por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala asigna los índices correspondiente a la calificación correspondiente, de acuerdo a el estado actual y la severidad de la secuela valorada

9. Parotiditis valorado y tratado por otorrino, actualmente resuelto, por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala no asigna índice a la calificación en índices correspondiente, de acuerdo al estado actual y la severidad de la secuela valorada.

10. Trastorno mental del comportamiento secundario a trastorno de ansiedad inespecífica valorado y tratado por Psiquiatría comita BASAN, actualmente en manejo y seguimiento según historia clínica esta sala asigna índices a la calificación correspondiente, de acuerdo a el estado actual y la severidad de la secuela valorada.

1) INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL-

No apto, en cuanto a su reubicación laboral esta junta no se pronuncia por tratarse de un retiro

Evaluación de la disminución de la capacidad laboral

LE PRODUCE UNA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL 71,06 del 100%

A. Imputabilidad al servicio.

Afección 1, 2, 3, 4,7, 9, 10 enfermedad común (EC) literal A

Afección 5,6, 8 enfermedad profesional (EP) literal B

A. Fijación de los índices correspondientes.

DE ACUERDO AL ARTÍCULO 47, DEL DECRETO 094 DE 1989, LE CORRESPONDE POR:

- 1N No da lugar a fijar índice
- 2N 2-057 literal B índice 15
- 3N No da lugar a fijar índice
- 4N No da lugar a fijar índice
- 5N 1-190 literal A índice 7
- 6AN 1-061 literal B índice 5
- 7N No da lugar a fijar índice
- 8N 6-034 literal B índice 6
- 9N No da lugar a fijar índice
- 10N 3-028 índice 2

Havard Cassab
Médico General - Uoi
Universidad Metropolitana
No. 13-26193

FIRMAS:

TC. OMAR CABRERA PAZ MED. _____

CT. JHON RUSSI CARDENAS _____

TE. HAVID GONZALEZ CASSAB MED. CC 72436725 _____

[Firma]
Médico General - Uoi
Universidad Metropolitana
No. 13-26193

9. Parotiditis valorado y tratado por otorrino, actualmente resuelto, por lo anterior y una vez revisado expediente, esta sala no asigna Índice a la calificación en índices correspondiente, de acuerdo al estado actual y la severidad de la secuela valorada.

10. Trastorno mental del comportamiento secundario a trastorno de ansiedad inespecífica valorado y tratado por Psiquiatría comita BASAN, actualmente en manejo y seguimiento según historia clínica esta sala asigna Índices a la calificación correspondiente, de acuerdo a el estado actual y la severidad de la secuela valorada.

1) INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL-

No apto, en cuanto a su reubicación laboral esta junta no se pronuncia por tratarse de un retiro

Evaluación de la disminución de la capacidad laboral

LE PRODUCE UNA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL 71,06 del 100%

A. Imputabilidad al servicio:

Afección 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10 enfermedad común (EC) literal A

Afección 5, 6, 8 enfermedad profesional (EP) literal B

A. Fijación de los índices correspondientes.

DE ACUERDO AL ARTÍCULO 47, DEL DECRETO 094 DE 1989, LE CORRESPONDE POR:

- 1N No da lugar a fijar índice
- 2N 2-057 literal B índice 15
- 3N No da lugar a fijar índice
- 4N No da lugar a fijar índice
- 5N 1-190 literal A índice 7
- 6AN 1-061 literal B índice 5
- 7N No da lugar a fijar índice
- 8N 6-034 literal B índice 6
- 9N No da lugar a fijar índice
- 10N 3-028 índice 2

FIRMAS:

TC OMAR CABRERA PAZ MED. _____

CT. JHON RUSSI CARDENAS _____

TE. HAVID GONZALEZ CASSAB MED. CC 72435725 _____



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD DE EJÉRCITO



FECHA DE REALIZACIÓN 29/07/19

FECHA DE NOTIFICACIÓN 1/09/19

NÚMERO DE LA JUNTA MÉDICA. _____

I. IDENTIFICACIÓN: (Diligencie la siguiente información)

APELLIDOS Y NOMBRES MILLON VARELA LUIS HERNANDO

GRADO SPE UNIDAD _____ ARMA INF ACTIVO _____ RETIRADO X

FECHA DE RETIRO 05-octubre 2017 CÓDIGO _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA 16786770 LUGAR DE EXPEDICIÓN cali valle

EDAD (AÑOS CUMPLIDOS) 48 FECHA DE NACIMIENTO Enero 26-1971

LUGAR DE NACIMIENTO candelaria valle CELULAR 3014861778

DIRECCIÓN ACTUAL calle 42 * # 29-08

CIUDAD cali valle TELÉFONO 3014861778

CORREO ELECTRÓNICO lhm2601@hotmail.com

No. CUENTA DE AHORROS 396400090710 BANCO DAVIVIENDA

II. MOTIVO DE LA JUNTA MÉDICA

ASCENSO _____ RETIRO X VIAJE AL EXTERIOR _____ CAMBIO DE ARMA _____

DEFINIR SITUACIÓN DE SANIDAD _____ CAMBIO DE FUERZA _____ INFORMATIVO _____

POR ORDEN DE TUTELA _____ POR SOLICITUD PROPIA _____ OTROS _____

III. ANTECEDENTES

LE HAN PRACTICADO JUNTAS MÉDICAS ANTERIORES SI _____ NO X

LE HAN PRACTICADO TRIBUNALES MÉDICOS SI _____ NO X

PARA ESTA JUNTA TIENE INFORMATIVOS PENDIENTES SI _____ NO X

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]

C.C. 16786770

IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS: (Señores Médicos: Favor diligenciar la información de aquí en adelante).

Enumere los conceptos a tener en cuenta en esta Junta Hes. en Retiro

V. SITUACIÓN ACTUAL

A. Anamnesis: Dis. de S. H. y A. H. y M.

Lesión 50% de S. y M. 87% de S. y M.

Lesión 60% de S. y M. 87% de S. y M.

Lesión 60% de S. y M. 87% de S. y M.

Lesión 60% de S. y M. 87% de S. y M.

Lesión 60% de S. y M. 87% de S. y M.

B. Examen Físico:

Alta a seguir por alta médica
del Comptel. Se dice 2 AT22, 12.000
Tras 3002, AT22. Tratado especial del 22
6 AT22, 12.000 con 2 H-1
AT22, 12.000 con 2 H-1
Disposición de 2 AT22 y 12.000
12.000 en 12.000 en 12.000
Se le explican en 12.000 y 12.000
Amplio y claro el 12.000
en 12.000.

VI. CONCLUSIONES

con 12.000 y 12.000. Se 12.000
Dato en 12.000 por 12.000
Dato en 12.000 y 12.000
12.000 y 12.000 de 12.000

NOTIFICACION INCL 108251 - Servicio MRL

10/10/19

Enviado al navegador el 21/09/2019 a las 15:54

De: DIRECTOR DE MEDICINA LABORAL
Para: DIRECTOR DE MEDICINA LABORAL
Asunto: NOTIFICACION INCL 108251
Adjunto: SP R1 NUBIA VARELA LUIS FERNANDO 1.MP (2 MB)

NOTIFICACION INCL 108251

DIVISIÓN Medicina Laboral

☒ Todos los elementos

☐ Actividades

☐ Lemas

☐ Datos adjuntos

☐ Reuniones

☐ Actualizaciones de estado

Agregar



No hay elementos para mostrar en esta vista.

754
21/09/2019

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

Bogotá,

Señores:
MEDICINA LABORAL
Bogotá D.C.

JDB. m
41- RST
2019

GESTIÓN DOCUMENTAL	
REGISTRO COEJC-COPER-DIPER	
RADICACIÓN	NOMBRE: Veronica
	FECHA: 10/09/2019
	HORA: 12:15
FIRMA:	

Respetuosamente me permito entregar a Sección de Medicina Laboral la respectiva JH documentación para el trámite de

Notificación:

Dirección:

Kra 37 # 47-261 int 301

Barrio:

Copacabana

Ciudad:

Medellin - Antioquia

Teléfono:

3014861778.

Respetuosamente;

Milton Vasquez C.V.S. Hernandez
CC. 16786770

Anexo:

Cedula Ciudadania

Consentimiento

Reservacion

Examen Audiometria

Tonel servador

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C. Mayo 5 de 2011

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES: MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16784770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: AUDIOMETRIA TONAL SERIADA

MOTIVO RETIRO

OBSERVACIONES: HIPOACUSIA EN ESTUDIO

DIAGNOSTICO:

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA
EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD
FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10

Oficial de Sanidad

IC OMAR ART. 1004 ABREVIADA PAZ 05/05/1111 24 19

RECIBIO: _____

FECHA: _____



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-1971**

CANDELARIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

B+
G S RH

M
SEXO

31-MAY-1989 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Ponce
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ PONCE



A 1509150-00162811-M-0016786770-20090714

0013453486A 1

1190103501



Fonoaudióloga U. Iberoamericana
Especialista en Audiología U. Iberoamericana
Terapias Alternativas U. Rosario
www.oidosano.com

DÍA MES AÑO
24 8 2018

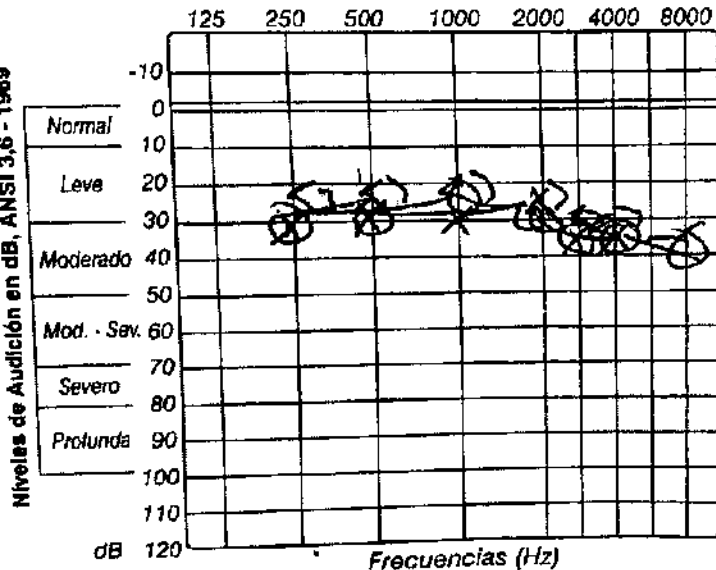
Correa Electrónica

HISTORIA CLÍNICA

Luis Hernando Millan Varela 16786-770 26-01-1971 47
NOMBRES PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO DOCUMENTO DE IDENTIDAD FECHA DE NACIMIENTO EDAD
M Fuerzas Militares Cra 37 # 47-267 3107745537 Pensionado
SEXO EPS DIRECCIÓN TELÉFONO OCUPACIÓN
Como se emite de la Dra. Martha Perez Militares
ACOMPAÑANTE: TELÉFONO: HORA ATENCIÓN: 9:40 AM
ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Exposición A POLVO
MOTIVO DE LA CONSULTA: HIPOACUSIA EN ESQUELADO

OTOSCOPIA O.D.: Normal O.I.: Normal

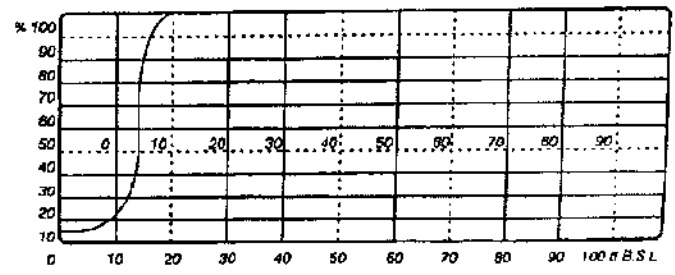
AUDIOGRAMA



LOGOaudiometria

Promedio Tonal: O.D.: _____ O.I.: _____

dB		O.D.	O.I.	dB
	SAT			
	S.R.T.			
	S.D.	%	%	
	ROLLOVER			
	M.C.L.			
	U.C.L.			



WEBER

	250	500	1000	Hz
O.D.				
O.I.				

RINNE

Hz	256	512	1024
O.D.			
O.I.			

(VA > VO = +) (VO > VA = -)

SÍMBOLOS CONVENCIONALES			
	O.D.	DETECTADO	O.I.
VA No Masking	O		X
V masking	Δ		□
VO No Masking	<	Λ	>
V masking	∇		∇
No Detectable	✓		✓
VO Fronte		V	
Nivel de Cambio Libre		S	
Cambio de Audición		A	
Indicador de Error		IC	

Audiómetro _____ Contabilidad: Buena Reg. Mala
DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO: HIPOACUSIA SENSORIAL BILATERAL
GRADO LEVE HASTA 2000 HZ, HIPOACUSIA
MODERADA DESDE 2000 HZ BILATERAL
RECOMENDACIONES: CONSEJO A NOIR
Dra. Martha Mireya Pérez B.
Audióloga Terapias Alternativas
U. Rosario
Nit 3.979.322-7
FIRMA DEL ESPECIALISTA Registrado 39793224

Avenida Suba (Transversal 60) No. 100-33 Bogotá D.C. - Tel.: 533 6514 - Cel: (+57) 315 808 89 39 - E-mail: info@oidosano.com

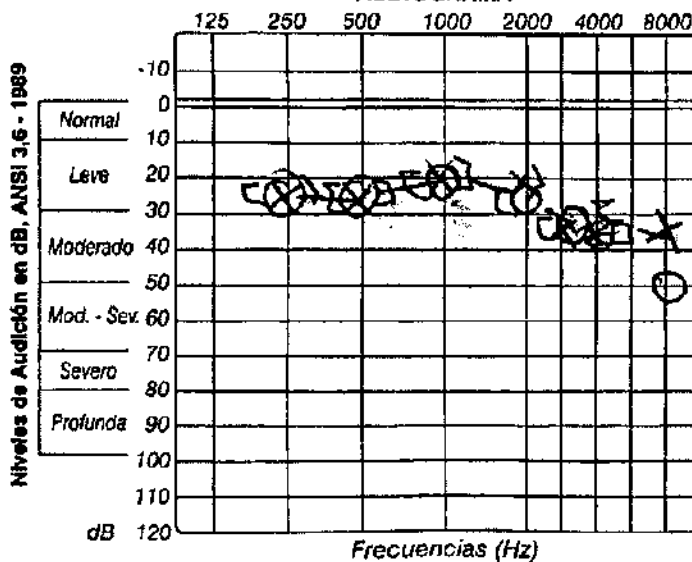
HISTORIA CLÍNICA

Nombre: Luis Hernando Primer Apellido: Hillan Segundo Apellido: Varela Documento de Identidad: 16786-770 Fecha de Nacimiento: 26-01-1971 Edad: 47
Sexo: M EPS: Fuerzas Militares Dirección: Cra 37 # 47-261 Teléfono: 3107745537 Ocupación: Pensionado
Como se refiere de la Dra. Martha Pérez: Militares
Acompañante: _____ Teléfono: _____ Hora Atención: _____
Antecedentes de Importancia: Exposición a Ruido
Motivo de la Consulta: HIPERCUSIA ASOCIADA TINITUS

OTOSCOPIA

O.D.: NORMAL O.I.: NORMAL

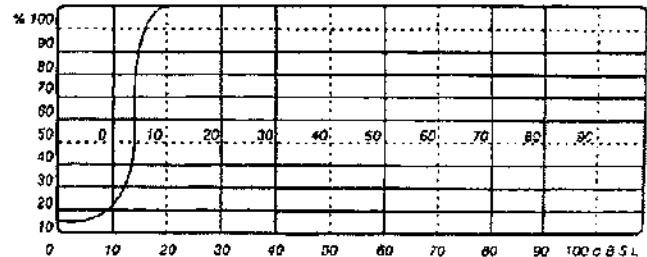
AUDIOGRAMA



LOGOaudiometria

Promedio Tonal: O.D.: _____ O.I.: _____

dB		O.D.	O.I.	dB
	SAT			
	S.R.T.			
	S.D.	%	%	
	ROLLOVER			
	M.C.L.			
	U.C.L.			



SÍMBOLOS CONVENCIONALES

	O.D.	Indefinido	O.I.
V.A. No Masking	O		X
Masking	Δ		□
V.O. No Masking	<	Λ	>
Masking	[]
No Respuesta	↙		↘
V.O. Frente		V	
Nivel de Campo Libre		S	
Campo Libre Audición		A	
Impedancia Otitica		IC	

WEBER

	250	500	1000	Hz
O.D.				
O.I.				

RINNE

Hz	256	512	1024
O.D.			
O.I.			

(VA > VO = +) (VO > VA = -)

Audiómetro

Confiable: Buena

Reg.

Mala

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO:

2000Hz: HIPERCUSIA SENSORIAL LEVE HASTA
2000Hz: BILATERAL E HIPERCUSIA MODERADA ASOC.
2000Hz: BILATERAL

RECOMENDACIONES:

CONTROL AUDITIVO
CONTROL EN

Dra. Martha Pérez
Fonoaudióloga U. Iberoamericana
Terapias Alternativas U. Rosario
Tel: 3107745537
Registro: 20092234

FIRMA DEL ESPECIALISTA



OidoSano
Dra. Martha Perez

Neurología y Otorrinolaringología

Fonoaudióloga U. Iberoamericana
Especialista en Audiología U. Iberoamericana
Terapias Alternativas U. Rosario

www.oidosano.com

DÍA MES AÑO
16 8 2018

Correo Electrónico

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES: Luis Hernando PRIMER APELLIDO: Willan Varela SEGUNDO APELLIDO:
SEXO: H. EPO: Fuerzas Militares DIRECCIÓN: Cra 33 # 47-261 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 16786770 FECHA DE NACIMIENTO: 26-01-1971 EDAD: 47
CÓMO SE ENTERÓ DE LA Dra. Martha Perez: Militares TELEFONO: 3107745537 OCUPACIÓN: Pensionado

ACOMPANANTE

TELÉFONO:

HORA ATENCIÓN: 4:05 Pm

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

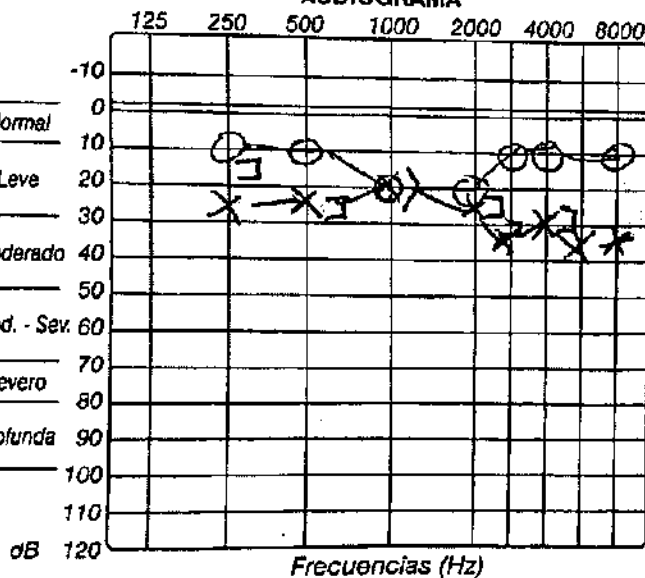
MOTIVO DE LA CONSULTA: TINITUS ASOCIA HIPOACUSIA

OTOSCOPIA

O.D.:

O.I.:

AUDIOGRAMA

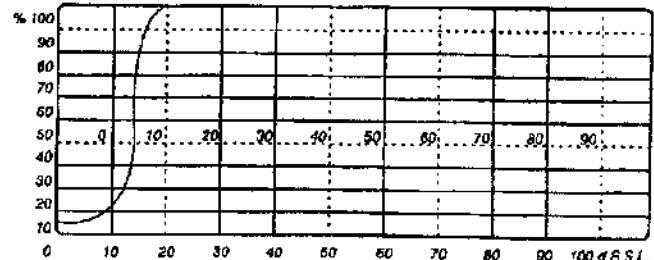


LOGOaudiometria

Promedio Tonal: O.D.:

O.I.:

dB		O.D.	O.I.	dB
	SAT			
	S.R.T.			
	S.D.	%	%	
	ROLLOVER			
	M.C.L.			
	U.C.L.			



WEBER

	250	500	1000	Hz
O.D.				O.I.

RINNE

Hz	256	512	1024
O.D.			
O.I.			

(VA > VO = +) (VO > VA = -)

SÍMBOLOS CONVENCIONALES

	O.D.	BI-ESPECÍFICO	O.I.
VA No Masking	○		×
Masking	△		□
VO No Masking	<	Λ	>
Masking	◻		◻
Un. Resonante	↙		↘
VO Frente		V	
Nivel de Camino Libre		S	
Campo Libre Audición		A	
Implante Coclear		IC	

Audiómetro

Confiable: Buena

Reg.

Mal

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO: HIPOACUSIA SENSORIAL LEVE EN O.I.
12 QUIRQUE EN O.I.
HASTA 1000 Hz, CLARO EN TON. BAJOS 2000 A 20

RECOMENDACIONES:

USAR OÍDO DE O.I.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Avenida Suba (Transversal 60) No. 100-33 Bogotá D.C. - Tel.: 533 6514 - Cel.: (+57) 315 808 89 39 - E-mail: info@oidosano.com

5. Estado actual:

Paciente en actualizado estado General Peso 85 Talla 168
 SV:Fc: 10 FRe 72 TA: 110/70
 EE Mucosa oral húmeda, conjuntivas rosas
 C/P Rg G R R R R y conjuntivas
 Abdominal blanda distensible no dolor
 Ext. No cefalea pulso periferico

6. Diagnóstico:

① Leucoplasia carínica benigna sin impacto clínico
 ② Gastritis Carínica gástrica atátrica metaplasia con
 metaplasia intestinal completa sin displasia y
 malignidad

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:

Ninguna

8. Pronóstico:

Buen pronóstico

9. Conducta a seguir:

Susceptible a mayor malicia, hábitos de vida saludable
 dieta balanceada, ejercicio físico J.M.C

FIRMA Y POSFIRMA ESPECIALISTA Y RIM

FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM

FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

Op. Milton Valdez Jecis
 C.F. 167867-10
 Medicina familiar

x [Firma]

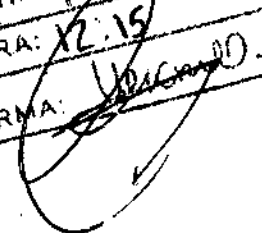
(INDEX)

SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO COLOQUE
 EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES
 POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES

Bogotá,

Señores:
MEDICINA LABORAL
Bogotá D.C.

GESTIÓN DOCUMENTAL	
REGISTRO COEJC-COPER-DIPER	
RADICACIÓN	NOMBRE: Verónica
	FECHA: 10/09/2019
	HORA: 12:15
FIRMA: 	

Respetuosamente me permito entregar a Sección de Medicina Laboral la respectiva documentación para el trámite de

Notificación:

Dirección:

Kra 37 # 47-261 int 301

Barrio:

Copacabana

Ciudad:

Medellín - Antioquía

Teléfono:

3014861778.

Respetuosamente;

Milton Varela Luis Hernandez
CC. 16786770

Anexo:

Cedula Ciudadania

Consentimiento

medico

Examen Audiometria

Fotografía

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C. Mayo 5 de 2011

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES: MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16786770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: AUDIOMETRIA TONAL SERIADA

MOTIVO RETIRO

OBSERVACIONES: HIPOACUSIA EN ESTUDIO

DIAGNOSTICO

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA
EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD
FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10

Oficial de Sanidad

TC OMAR ARTURIO TABARES PAEZ 05/05/11 11:24:19

RECIBIO: _____

FECHA: _____



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1971**

CANDELARIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

B+
G S RH

M
SEXO

31-MAY-1969 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Amal Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMAL SÁNCHEZ TORRES



A 1500150-00162811 M-0016786770-20090714

0013453486A 1

1190100501



OidoSano

Dra. Martha Pérez

Fonoaudióloga U. Iberoamericana
Especialista en Audiología U. Iberoamericana
Terapias Alternativas U. Rosario

www.oidosano.com

DÍA MES AÑO
24 8 2018

Correo Electrónico

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES: Luis Hernando Millan Varela
PRIMER APELLIDO: Millan
SEGUNDO APELLIDO: Varela
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 16786-770
FECHA DE NACIMIENTO: 26-01-1971
EDAD: 47
SEXO: M
EPS: Fuerzas Militares Cra 37 # 47-261
DIRECCIÓN: Militares
TELÉFONO: 3107745537
OCUPACIÓN: Pensionado

ACOMPANANTE:

TELÉFONO:

HORA ATENCIÓN: 9:40 AM

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Exposición A POLVO

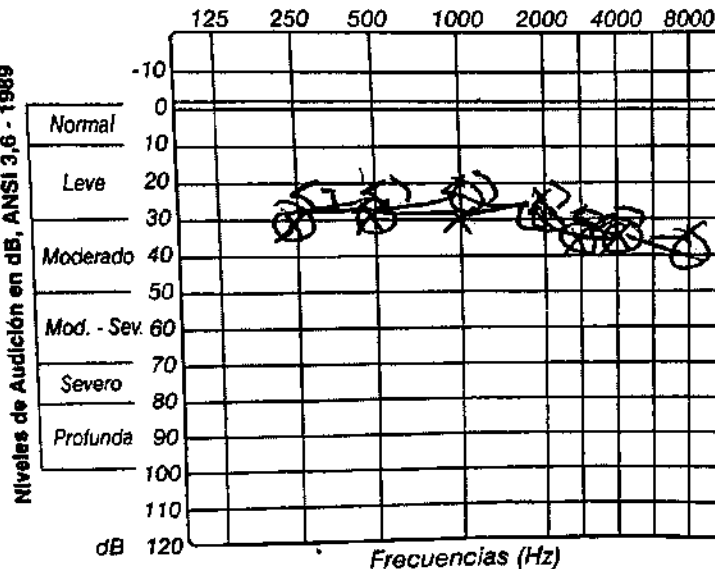
MOTIVO DE LA CONSULTA:

HIPOACUSIA EN ESULON

OTOSCOPIA

O.D.: Normal O.I.: Normal

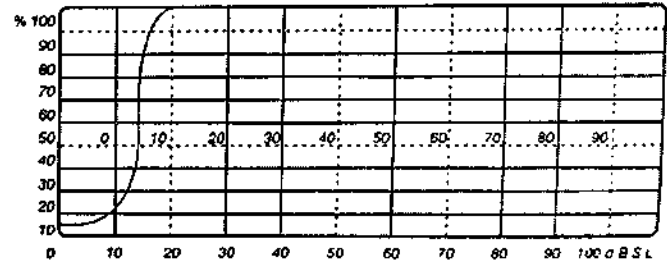
AUDIOGRAMA



LOGOAUDIOMETRIA

Promedio Tonal: O.D.: O.I.:

dB		O.D.	O.I.	dB
	SAT			
	S.R.T.			
	S.D.	%	%	
	ROLLOVER			
	M.C.L.			
	U.C.L.			



SÍMBOLOS CONVENCIONALES

	O.D.	RESPECTO	O.I.
VA No Masking	O		X
Masking	Δ		□
VO No Masking	Λ	Λ	Λ
Masking	∇		∇
No Respuesta	↙		↘
VO Frente		V	
Nivel de Garganta Libre		S	
Campana para Audición		A	
Campana para Escucha		IC	

WEBER

	250	500	1000	Hz
O.D.				
O.I.				

RINNE

Hz	256	512	1024
O.D.			
O.I.			

(VA > VO = +) (VO > VA = -)

Audiómetro

Confiability: Buena

Reg.

Mala

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO:

GRADO LEVE HASTA 2000 Hz HIPOACUSIA
HONORARIA DESDE 2000 Hz BIAURICULAR

RECOMENDACIONES:

CONTROL ANUAL

Dra. Martha Mireya Pérez R.

Audióloga Terapias Alternativas

U. Rosario

Nit 3.979.322 - 7

19793224

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Avenida Suba (Transversal 60) No. 100-33 Bogotá D.C. - Tel.: 533 6514 - Cel: (+57) 315 808 89 39 - E-mail: info@oidosano.com



OidoSano
Dra. Martha Pérez
Reparación y cuidados de audición

Fonoaudióloga U. Iberoamericana
Especialista en Audiología U. Iberoamericana
Terapias Alternativas U. Rosario
www.oidosano.com

DÍA MES AÑO
23 8 2018

Correo Electrónico

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES: Luis Hernando PRIMER APELLIDO: Millan SEGUNDO APELLIDO: Varela DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 16786-770 FECHA DE NACIMIENTO: 26-01-1971 EDAD: 47
SEXO: H EPS: Fuerzas Militares DIRECCIÓN: Cra 37 # 47-261 TELEFONO: 3107745537 OCUPACIÓN: Pensionado
Como se enteró de la Dra. Martha Pérez: Militares

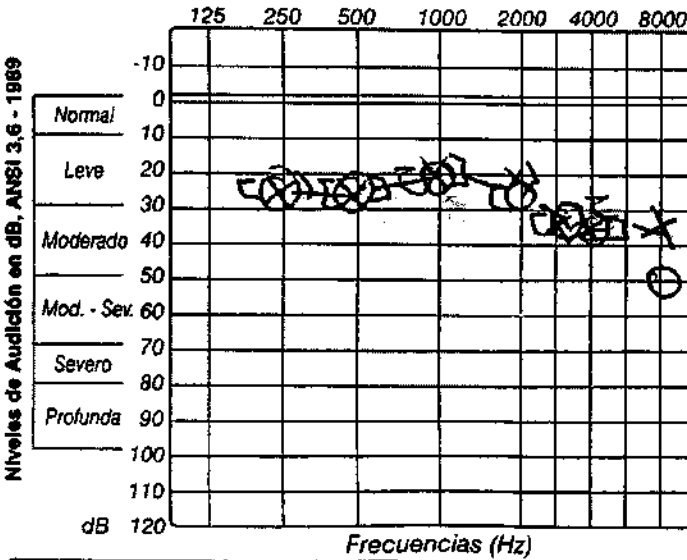
ACOMPANIANTE: _____ TELÉFONO: _____ HORA ATENCIÓN: _____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Exposición A Ruido

MOTIVO DE LA CONSULTA: HIPODACUSIA ASOCIADA TINITUS

OTOSCOPIA O.D.: NORMAL O.I.: NORMAL

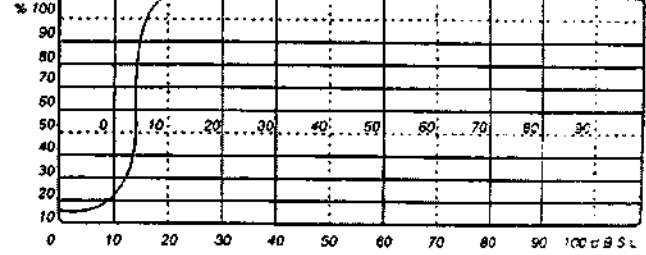
AUDIOGRAMA



LOGOaudiometria

Promedio Tonal: O.D.: _____ O.I.: _____

dB		O.D.	O.I.	dB
	SAT			
	S.R.T.			
	S.D.	%	%	
	ROLLOVER			
	M.C.L.			
	U.C.L.			



WEBER

	250	500	1000	Hz
O.D.				
O.I.				

RINNE

Hz	256	512	1024
O.D.			
O.I.			

(VA > VO = +) (VO > VA = -)

SÍMBOLOS CONVENCIONALES

	O.D.	INDEFINIDO	O.I.
VA No Masking	O		X
Masking	Δ		□
VO No Masking	<	Λ	>
Masking	⌊		⌋
No Response	↙		↘
VO Frente		V	
Nivel de Campo Libre		S	
Campo Libre Audición		A	
Implante Cóclea		IC	

Audiómetro: _____ Confiabilidad: Buena _____ Reg. _____ Mala _____

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO: HIPODACUSIA SENSORIAL LEVE HASTA 2000 Hz. BILATERAL E HIPODACUSIA MODERADA DESDE 2000 Hz. BILATERAL

RECOMENDACIONES: _____

CONTROL AUDITIVO
CONTROL EN

[Signature]
FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dra. Martha Pérez
Fonoaudióloga
U. Rosario
Cra 37 # 47-261
Tel: 3107745537
Bogotá D.C.

Avenida Suba (Transversal 60) No. 100-33 Bogotá D.C. - Tel.: 533 6514 - Cel.: (+57) 315 808 89 39 - E-mail: info@oidosano.com



OidoSano
Dra. Martha Perez

Neurología y Otorrinolaringología

Fonoaudióloga U. Iberoamericana
Especialista en Audiología U. Iberoamericana
Terapias Alternativas U. Rosario

www.oidosano.com

DÍA MES AÑO
16 8 2018

Correo Electrónico

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRES: Luis Hernando Villan Varela
PRIMER APELLIDO: Villan Varela
SEGUNDO APELLIDO: Villan Varela
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 16786-770
FECHA DE NACIMIENTO: 26-01-1971
EDAD: 47
SEXO: M.
EPS: Fuerzas Militares Cra 37 # 47-261
DIRECCIÓN: 310 774 5537
TELÉFONO: 310 774 5537
OCUPACIÓN: Pensionado

Como se enteró de la Dra. Martha Perez: Militares

ACOMPANANTE:

TELÉFONO:

HORA ATENCIÓN: 4:05 Pm

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

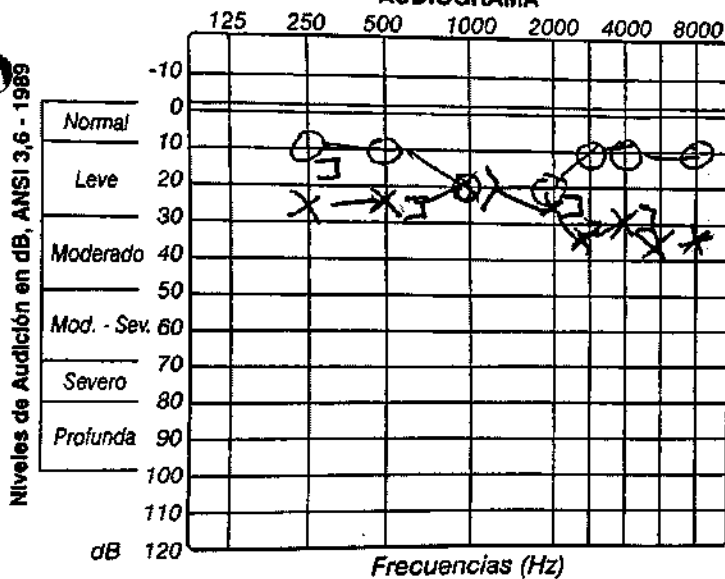
MOTIVO DE LA CONSULTA: TINITUS ASOCIA HIPOACUSIA

OTOSCOPIA

O.D.:

O.I.:

AUDIOGRAMA

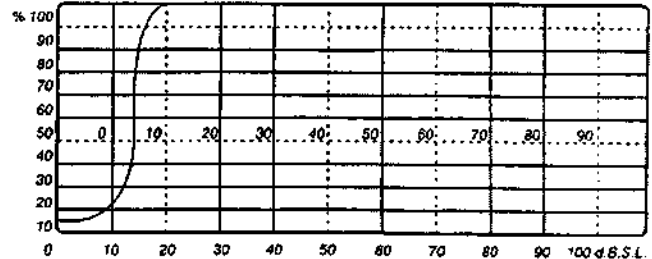


LOGOaudiometria

Promedio Tonal: O.D.:

O.I.:

dB	O.D.	O.I.	dB
SAT			
S.A.T.			
S.D.	%	%	
ROLLOVER			
M.C.L.			
U.C.L.			



SÍMBOLOS CONVENCIONALES

	O.D.	Indefinido	O.I.
VA No Masking	O		X
Masking	Δ		□
VO No Masking	<	^	>
Masking	□		U
No Respuesta	↙		↘
VO Frente		V	
Nivel de Corrido Libre		S	
Campo Libre Audición		A	
Impedancia Oclusea		IC	

WEBER

	250	500	1000	Hz
O.D.				
O.I.				

RINNE

Hz	256	512	1024
O.D.			
O.I.			

(VA > VO = +) (VO > VA = -)

Audiómetro

Confiability: Buena

Reg.

Mala

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO: HIPOACUSIA SENSORIAL LEVE EN OIDO
IZQUIERDO EN FONOSCOPIA AUDICION NORMAL
HASTA 1000 Hz, CLARA EN TONOS DE 200 A 2000

RECOMENDACIONES:

USAR OTCO 55 OT

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Avenida Suba (Transversal 60) No. 100-33 Bogotá D.C. - Tel.: 533 6514 - Cel.: (+57) 315 808 89 39 - E-mail: info@oidosano.com

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Mayo 29 de 2019

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16786770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: GASTROENTEROLOGIA

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: DX.GASTRITIS CRONICA MAS METAPLASIA INTESTINAL

DIAGNOSTICO:

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10

Oficial de Sanidad

TE. JONATHAN ANDRES ARIAS ARISTIZABAL



MEDICINA LABORAL
TERCERA DIVISION

RECIBIO:

FECHA:

29-05-2019

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Mayo 29 de 2019

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16786770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: HEMATOLOGIA

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: DX. LEUCOPLACIA CRONICA BENIGNA

DIAGNOSTICO:

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10


Oficial de Sanidad

MEDICINA LABORAL
TERCERA DIVISION

TE. JONATHAN ANDRÉS ARIAS ARIÁSTIZ ABCE 29/05/19 14:57

RECIBIO: 

FECHA: 29-05-2019



20197001150158882
MEDICINA LABORAL – COPER -DISAN
Formato INDEX y/o Firma - Huella Paciente
FCH SALIDA 2019 - 02 - 16
BOGOTÁ

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

sub
M
41 Oct 2017

CONCEPTO MÉDICO

158882

ESPECIALIDAD <i>Otorino</i>		No. DOCUMENTO <i>16786770</i>
LUGAR: <i>Bogotá</i>	ESM: <i>COPER</i>	FECHA: <i>04/04/19</i>
GRADO: <i>SP</i>	APELLIDOS: <i>Griller Varela</i>	NOMBRES: <i>Luis Hernando</i>

1. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección:

Solicita concepto por Hiperplasia y Polipoides presente
en la pared lateral de nariz, congestión y opacidad del
seno

/ / / / /

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

Examinado Otorrinolaringoscopia con reporte de
límites normales. Articulaciones de
Hipofaríngea de Amigdalas
proliferadas y de

/ / / / /

3. Etiología:

Patología de origen M.H. (fact m)

/ / / / /

4. Tratamientos verificados:

ninguno

/ / / / /

5. Estado actual:

Sintomatismo con escape de secreción
Purgado

6. Diagnóstico:

No hay Parotiditis ni hipertrofia de Parotídeo
Hay Síndrome de Apresión de secreción en parotídeo
de Angiomas Parotídeos

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:

Purgado / escape de secreción

8. Pronóstico:

Indeterminado

9. Conducta a seguir:

Proteger Ambulancia por otitis

Juan Carlos Peña N.

Dr. Juan Carlos Peña N.
Otorrinolaringología
R.M. 80194959

FIRMA Y POSFIRMA ESPECIALISTA Y RM

ENRIQUE ÁLVAREZ H.

Oficial de Infantería

FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM

Cs. Gallego Cristian
Suboficial, Ejército

FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

- Luis Hernando Millán V

- 16286770 cali

[Firma]



(INDEX)

SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO COLOQUE
EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES
POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES





20187001150134732

MEDICINA LABORAL – COPER - DISAN

Formato INDEX y/o Firma - Huella Paciente

FCH SALIDA 2018- 02 - 15

BOGOTÁ

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONCEPTO MÉDICO

Suma 14/10/2018

134732

ESPECIALIDAD	Psiquiatría	No. DOCUMENTO	16 78 6 770
LUGAR:	Bogotá	ESM:	Medicina Laboral - Coper.
FECHA:	31/10/2018		
GRADO:	SPCR)	APELLIDOS:	Nilton Varela
NOMBRES:	Juan Flomoso		

1. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección:

Paciente con antecedentes de consumo de alcohol desde hace 35 años, que se ha generado dificultades familiares y laborales, que incluso en el 2009 pago del efecto del alcohol y disminución de pareja hace intento de suicidio con arma de fuego, pero no consultó a psiquiatría, ni fue hospitalizado p. psiquiatría. Con el tiempo ha aumentado el consumo, ahora es diario, acompañado de ansiedad, ansia de vida, irritabilidad, y poca control de impulsos.

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

Lo referido en ítem 1

3. Etiología:

Multifactorial

4. Tratamientos verificados:

Ninguno verificado p. psiquiatría

5. Estado actual:

Paciente alcohólico, procedente de alban, Med. anexo Pensamiento
logos alcohólicos, sin ideación delirante, humor, sin obsesiones, no ideos
de auto y heterosujeto, ideas y racismo, consumo de drogas
consumo de heroína y cocaína, consumo de heroína

6. Diagnóstico:

- T. Mental, del comportamiento secundario a consumo de alcohol
- T. de ansiedad mixta

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:

No aplica

8. Pronóstico:

Paciente alcohólico crónico

9. Conducta a seguir:

Millan Urek, Leticia Fenando NO 137732

FIRMA Y POSFIRMA ESPECIALISTA Y RM

ENRIQUE ÁLVAREZ

Oficial de Laboratorio

FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM

Gallardo Garza, Cristian

Subdirector General

FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO COLOQUE
EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES
POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES

CONCEPTO MÉDICO

143017

ESPECIALIDAD	Urología -	Nº. DOCUMENTO	16786770.
LUGAR:	Bte	ISM:	D. GEN...
		FECHA:	17.8.18
GRADO:	SP	APELLIDOS:	Herrán Vaulo.
		NOMBRES:	Luis Fernando

1. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección:

- Refiere atrofia testicular izquierda posterior a parotiditis a los 26 años de edad - no trae historia.
- Tiene 2 hijos el menor es de 2 años de edad.

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

- Ec. testicular - 2018 Atrofia testicular izquierda
- E. físico: Atrofia testicular izquierda no un testículo palpable

3. Etiología:

- Posible complicación de parotiditis - no trae historia clínica

4. Tratamientos verificados:

Ninguno

5. Estado actual:

- Asintomático

6. Diagnóstico:

① Atrofia testicular izquierda

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:

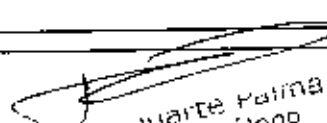
- Atrofia testicular izquierda sin
dato de función reproductiva

8. Pronóstico:

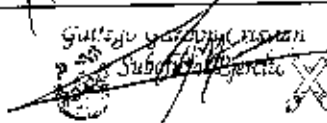
- Bueno

9. Conducta a seguir:

- Alfacsurológica


Raul Duarte Palma
Cirujano Urologo
U. del Rosario
79 000 407
FIRMA Y POSFIRMA ESPECIALISTA Y RM


FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM


FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

Luis Hernando Millan
Varela 16786770 cali




(INDEX)

SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIONÉTRICO COLOQUE
EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES
POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

CONCEPTO MÉDICO

139681

20187001180139681
MEDICINA LABORAL - DMSOC
Formato INDEX y/o Firma - Huella Paciente
FCH SALIDA 2018-05-12
BOGOTÁ

ESPECIALIDAD	Medicina Interna	No. DOCUMENTO	10786770
LUGAR:	Bogotá	ESM:	DMSOC
		FECHA:	31-07-18
GRADO:	SP	APELLIDOS:	Millán Varela
		NOMBRES:	Luis Hemando

1. Fecha de iniciación y circunstancias en que se presentó la afección:

Diagnosticado en pueblito de Tamizaje, con diabetes mellitus tipo 2. Obesidad y dislipidemia documentada posteriormente hallazgo recurrente de hipertensión arterial en los controles. Hallazgo incidental leucopenia recurrente valorada en Hospital Militar Medellín por Hematología. Estudiada con diagnóstico leucopenia morfica benigna. Dispepsia de larga data sin manejo.

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

Sept 25-17: Glicemia basal: 149. Glb h2l 165 TG: 246
HDL: 38 WBC: 4.390 N: 56.7% L: 20.6%
Nov. 14-17: Hb glicosilada 6.65 WBC 4.270 N: 49%
L: 48% FSP: Glóbulos blancos disminuidos en número.
Enero 2018: EVOA. Eosinofilia crónica actual.
Biopsia: Hipertrofia repetida eosinofilia crónica
actual moderada. Metaplasia intestinal completa.

3. Etiología:

Idiopática / primaria.

4. Tratamientos verificados:

- Modificación hábitos de vida.
- Metformina
- Sucralfato
- Omeprazol.

5. Estado actual:

En metas de control metabólico, con cifras de TA estables, Seguimiento leucopenia sin cambios

6. Diagnóstico:

- | | |
|---|------|
| 1. Diabetes Mellitus tipo 2 no insulinorequente | E119 |
| 2. Hipertensión Esencial | I10X |
| 3. Dislipidemia mixta | E484 |
| 4. Gastritis crónica + metaplasia intestinal | K295 |
| 5. Leucopenia Crónica Benigna | R72X |

7. Secuelas de las lesiones o afecciones que presenta el paciente:

Sin compromiso de órgano blanco actualmente presenta limitaciones en alimentación por pobre tolerancia secundaria a dispepsia

8. Pronóstico:

Dependiente de adherencia a metas y seguimiento y mantenimiento de buenos hábitos de vida

9. Conducta a seguir:

Controlles periódicos por medicina interna, nefrología, gastroenterología, manejo farmacológico y dietético. Seguimiento periódico de parámetros

FIRMA Y POSFIRMA ESPECIALISTA TRM

Dr. Hernando Riaño P.
Esp. Cirugía General
y Laparoscopia
C.C. 79577320 - R.M. 91553100

FIRMA Y POSFIRMA DIRECTOR HOSPITAL O ESM

Gallardo García Cristian
Subdirector Ejecutivo
FIRMA AUDITOR HOJAS DE SEGURIDAD DISAN

* Luis Hernando Millan
Varela
* 16786770
* 3107745537



SI AUN NO CUENTA CON EL SISTEMA BIOMÉTRICO COLOQUE EN ESTE ESPACIO FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

ABSTENERSE DE CONCEPTUAR SOBRE LA APTITUD O NO APTITUD PARA EL SERVICIO DE LAS FF.MM. LO CUAL ES POTESTATIVO DE LAS AUTORIDADES MÉDICO - LABORALES

CONFIDENCIAL



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
SÉPTIMA DIVISIÓN



Al contestar, cite este número

Radicado No. 20185172492943: MDN-CGFM-COEJC-SEJEM-DIV07-G1-ML-25-25

Medellin, 07 de Mayo de 2018

Señor Coronel

ENRIQUE ALVAREZ HERNANDEZ

Jefe Gestión Medicina laboral

Carrera 50 No.18 – 92

Puente Aranda

Bogota, D.C.

Asunto: Envio expediente SP. MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

Siguiendo instrucciones del señor Brigadier General Comandante de la Séptima División, respetuosamente me permito enviar al señor Coronel Jefe Gestión Medicina Laboral de la Dirección de Sanidad Ejército, el expediente del señor SP. **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO** identificado con la cedula de ciudadanía número 16786770, para ser cargada al Sistema integral de Medicina Laboral y pendiente para programar junta medica si lo amerita.

DOCUMENTACIÓN ANEXA

Formato 3	01
Formato 4	01
Ficha medica totalmente diligenciada	01
Examen de laboratorio	03
Fotocopia cedula de ciudadanía	01

HÉROES MULTIMISSION
NUESTRA MISSION ES COLOMBIA

Fe en la causa
Hospital Militar Carrera 77 C No.51-136 Medellin – Antioquia
Oficina Medicina Laboral Séptima División
Dirección página web div07medilaboral@ejercito.mil.co



RESTRINGIDO



Al contestar, cite este número

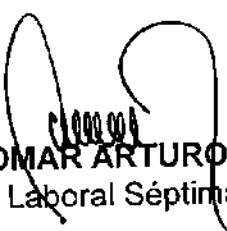
*RAD_S

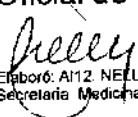
Pag 2 de 2

Copia carne servicios médicos	01
Copia resolución retiro No.07824.	04
Orden solicitud concepto medico ortopedia	01
Orden solicitud concepto medico psiquiatria	01
Orden solicitud concepto medico urologia	01
Orden solicitud concepto medico audiometrias	01
Orden solicitud concepto medico medicina interna.	01
Copia historia clínica.	34
Solicitud elaboración informativo	01
Informe hechos	02

POR ORDEN DEL SEÑOR MAYOR GENERAL
JORGE ARTURO SALGADO RESTREPO
COMANDANTE SÉPTIMA DIVISIÓN

Cordialmente,


Teniente Coronel **OMAR ARTURO CABRERA PAZ**
Oficial de Medicina Laboral Séptima División


Elaboró: AI12 NELLY ZAPATA P.
Secretaría Medicina Laboral Séptima División

HÉROES MULTIMISIÓN
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA

Fe en la causa
Hospital Militar Carrera 77 C No.51-136 Medellín – Antioquia
Oficina Medicina Laboral Séptima División
Dirección página web div07medilaboral@ejercito.mil.co





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL

Medellín (Antioquia), marzo 04 del 2018

Yo SP retirado. MILLAN VARELA LUIS HERNÁNDEZ cc 16.786.770 me encuentro en los meses de alta, hago entrega de los siguientes documentos para diligencia la junta médica laboral.

Entrego:

1. Ficha medica
2. Exámenes de laboratorio
3. Examines de especialistas

No siendo mas agradezco su atención prestada

Atentamente:

SP. MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Cc. 16.786.770
Celular 3107745537-3016659953

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA



EJERCITO NACIONAL

SOLICITUD RECONOCIMIENTO PRESTACIONES
POR DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL

De conformidad con el Artículo 70 del Decreto 2019 de 2012, las disposiciones contenidas en el presente escrito se entenderán hechas bajo la pena de nulidad.

Maneja una X

Por disminución de la capacidad laboral ☐

Pensión por invalidez ☐

Señor(a) **LUIS HERNANDEZ MILLAN VARELA**

Identificado (a) con C.C. No **16786770**

Solicito se sirva ordenar a quien corresponda, el reconocimiento y pago de las prestaciones unitarias antes indicadas a que tengo derecho por disminución de la capacidad laboral de acuerdo con el Acta de Junta de la Junta Médica Laboral de Revisión Militar y de Policía.

En pleno uso de mis facultades y bajo la gravedad del juramento, certifico: (marque con una x).

SI ☐ NO ☐
SI ☐ NO ☒
SI ☐ NO ☒
SI ☒ NO ☐

En cumplimiento con los requisitos para la pensión de jubilación (para personal civil), asignación de retiro (para personal militar) o pensión de invalidez opta por: (marque con una x)

Pensión de Jubilación (Personal civil) ☐

Asignación de retiro (Personal militar) ☒

Pensión de invalidez ☐

En caso de activación de la cuenta bancaria aportada al trámite de reconocimiento de la indemnización por disminución de la capacidad laboral, adjunta al presente formato en caso de rechazo del pago?

SI ☒ NO ☐

Indicaciones de contacto

De **Kra 37 #47-261-Int 301** Barrio **Tobías**
Ciudad **Cogacabana** Departamento **ANTIOQUIA** Teléfono **51032410**
Correo electrónico **lham2601@hotmail.com**

Notificación de actuaciones administrativas a través del correo electrónico aportado establecido en el artículo 95 de la Ley 1437 de 2011.

SI ☐ NO ☐

Firma **Luis Hernández Millán Varela**

IDENTIFICACIÓN **16786770** de **cali (v)**



[illegible]

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

El presente formulario se presenta para el trámite de papeles por invalidez ante la Dirección de Prestaciones Sociales.

Acompañar los siguientes documentos:

- a) Acta de matrimonio o documento que permita acreditar la convivencia conyugal; Formulario N° 70 del 27-IV-2006;
- b) Cédula cívica familiar por hijos; Registro civil de nacimiento ordenado, (con fecha de expedición no mayor a 30 días anteriores al día de reclamo).
- c) Cédula Si es viuda original y copia en negrura e idéntica a la autorización, donde se especifique el tipo, número de la cuenta bancaria de depósito ordinario.
- d) Copia legítima de la cédula de ciudadanía.

e) Documento N° 2 cecadenencia diligenciado.

f) Certificado médico otorgado por un profesional calificado en indemnización por disminución de la capacidad laboral, ante la Dirección de Epidemiología y Control de Enfermedades de la Unidad Médica Laboral.

g) Foto No 3 x 4 diligenciada correctamente.

h) La Entidad emisor debe tener asignada el valor de la indemnización, donde se especifique el tipo, número de la cuenta bancaria correspondiente.

i) Nota sobre el cálculo de ciudadanía simple.

j) Documentos que sean requeridos por la Dirección de Sanidad Militar.

JENGA EN CUENTA

Los representantes del titular de derecho, se deben dirigir al proceso de reconocimiento indemnizatorio, registro civil de defunción en una carpeta del departamento donde se haya sufrecedo de la escritura pública de liquidación notarial de herencia o finis proferido respectivo, a elección del interesado, el cual se incluye el valor reconocido por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral en el formato administrativo expedido por la Dirección de Prestaciones Sociales.

¡ACTÚE!

**NUNCA DEBE PAGARSE SU RECONOCIMIENTO PRESTACIONAL ES GRATUITO Y NO
REQUIERE DE TERCEROS O INTERMEDIARIOS!**

Dirección de Prestaciones Sociales, Avenida Cesar 98 No. 53-00 Edificio Comandante Ejército, edificio Nuevo Tormenta Plac TELÉFAX 266 04 30
TELÉFONO 266 04 30 // Oficina Atención al Público Casero 50 No. 18A-30 Localidad Fuerte Aranda Teléfono 420 06 90 - 420 66 18.
Sección de Fallecidos Criminales Oficiales, Suboficiales y Civiles 320 323 66 24 Directo 266 04 30 — Conformados 320 415 65 31 Directo 426 14 63 Extensiones 30695 y 30096 / Quilómetros Soldados Regulares, Ruchleros y Campesinos 320 04 02 Directo 266 04 30 // Sección de Indemnizados 311 287 60 08 Directo 426 14 63 Extensiones Oficiales, Suboficiales y Civiles, Profesores 115 / Suboficiales, Ruchleros y Campesinos 118 // Sección de Cesantías 321 65275224 Directo 321 65275224 Oficiales y Civiles 120 / Soldados 119, Soldados 122 // Subsección de Caja Promotora y Fondo Nacional del Ahorro 420 420 14 63 Directo en Caja Promotora 115, Fondo Nacional del Ahorro 107 // Sección de Nómina 426 14 63 Extensión 10714 - 10715 - 630087 - 30686 // Servicio de Atención al Usuario DIPSO 426 14 63 Extensión 504

CÓPIAS ELECTRÓNICO desde Secretaría MILITAR

"FE EN LA CAUSA"

En nuestros muros está el hacer efectivo el justo reconocimiento a los Héroas de la Patria

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

El presente formulario es para el trámite de papeles por invalidez ante la Dirección de Prestaciones Sociales.

Se requiere que se presenten los siguientes documentos y permisos: Registro civil de matrimonio o documento que permita acreditar la convivencia conyugal; Cédulas de ciudadanía simple; Registro civil de nacimiento ordenado, (con fecha de expedición no mayor a 30 días anteriores al día de reclamo).

Se requiere también una carta médica que respalde la condición de invalidación, donde se especifique el tipo, número de la cuenta y nivel de discapacidad.

Se debe llenar este código de identificación:

Código No. 3 (ciudadanía diligenciada)

Se debe que sea un abogado o persona autorizada en representación por disminución de la capacidad laboral, ante la Dirección de Estadística del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Se debe la No. 7 (fundamento diligenciada)

Se debe la Base Fundamentadora en donde se debe consignar el valor de la indemnización, donde se especifique el tipo, número de la cuenta y nivel de discapacidad.

Se debe la cédula de ciudadanía simple.

Se deben que sean requeridos por la Dirección de Sanidad Militar.

TENGA EN CUENTA

Al momento de diligenciar este formulario, se deberá dirigir al proceso de reconocimiento indemnizatorio, registro civil de defunción en una cartilla del departamento donde se haya sufriendo de la escritura pública de liquidación notarial de herencia o finis protitudo respectivo, a elección del interesado, el cual debe anexarse al valor reconocido por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral en el formato administrativo expedido por la Dirección de Prestaciones Sociales.

¡ACTÚE!

NUNCA DEBE PAGARSE SU RECONOCIMIENTO PRESTACIONAL ES GRATUITO Y NO REQUIERE DE TERCEROS O INTERMEDIARIOS!

Dirección de Prestaciones Sociales, Avenida Central No. 83-00 Edificio Comodoro Ejército, Edificio Nuevo Tormenta Piso TELEFAX 266 04 30
TELÉFONO 266 04 30 // Oficina Atención al Público Carmona 50 No. 18A-30 Localidad Fuerte Aranda Teléfono 420 96 90 - 420 66
Fax: Sección de Fallecidos Conformados Oficiales, Suboficiales y Civiles 320 323 66 24 Directo 266 04 30 — Conformados
Subalternos 320 415 66 31 Directo 426 14 63 Extensiones 30695 y 39096 // Conformados Soldados Regulares, Ruchleros y Campesinos 320 320 04 02 Directo 266 04 30 // Sección de Indemnizados 311 287 60 08 Directo 426 14 63 Extensiones Oficiales, Suboficiales y
Civiles, Profesores 315 // Subalternos Regulares, Ruchleros y Campesinos 118 // Sección de Cesantías 321 65275224 Directo
// Extensión Oficiales y Civiles 120 // Subalternos 110, Soldados 122 // Subsección de Caja Promotora y Fondo Nacional del
Seguro Social 426 420 14 63 Extensión en Caja Promotora 115, Fondo Nacional del Ahorro 107 // Sección de Nómina 426 14 63
Extensión 10714 - 10715 - 630187 - 30686 // Servicio de Atención al Usuario DIPSO 426 14 63 Extensión 501

COMUNIQUESE ELECTRÓNICAMENTE A TRAVÉS DEL CORREO

"FE EN LA CAUSA"

En nuestros muros está el hacer efectivo el justo reconocimiento a los Héroas de la Patria

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

Este formulario debe presentarse para el trámite de pensiones por invalidez ante la Dirección de Prestaciones Sociales en los siguientes casos:

- a) Cuando exista o haya existido matrimonio con anterioridad y pendiente Registro civil de matrimonio o documento que permita acreditar la cohabitación del cónyuge fallecido. Ley No. 8796 de 2005.
- b) Cuando exista familia por hijos: Registro civil de nacimiento ordenado. (con fecha de expedición no mayor a 30 días anteriores al día de reclamo).
- c) Cuando se acredite un vínculo familiar mediante sentencia judicial de reconocimiento, donde se especifique el tipo, número de la cuenta de identificación del causante fallecido.
- d) Cuando exista el título de ciudadanía.

El Formulario Nro. 2 debe llenarlo diligenciado:

- a) El beneficiario cuando se pida la pensión por disminución de la capacidad laboral, ante la Dirección de Empleo y Capacitación en el momento de radicar la demanda Municipal Laboral.
- b) La caja No. 2 empadronamiento departamental.
- c) La Caja Empadronamiento departamental para asignar el valor de la indemnización, donde se especifique el tipo, número de la cuenta de identificación del causante fallecido.
- d) Los datos de ciudadanía simple.
- e) Los datos que sean requeridos por la Dirección de Sanidad Militar.

TENGA EN CUENTA

Los representantes del titular de derecho, se deben dirigir al proceso de reconocimiento indemnizatorio, registro civil de defunción en una oficina del departamento donde se haya sufrecedo de la escritura pública de liquidación notarial de herencia o finis probatio respectivo, a elección del interesado, para el otorgamiento de valor reconocido por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral es el trámite administrativo expedido por la Dirección de Prestaciones Sociales.

¡ACTÚE!

**NO SE DEBE PAGAR SU RECONOCIMIENTO PRESTACIONAL ES GRATUITO Y NO
REQUIERE DE TERCEROS O INTERMEDIARIOS!**

Dirección de Prestaciones Sociales, Avenida Cesar 95 No. 62-00 Edificio Comandante Ejército, Edificio Nuevo Tormentazo PISO TELEFAX 266 04 30
TELÉFONO 266 04 103 Oficina Atención al Público Canchón 50 No. 18a-30 Localidad Fuerte Aranda Teléfono 420 06 90 - 420 66
Fax: Sección de Fallecidos **Cajeros/as Oficiales, Suboficiales y Civiles** 320 323 66 24 Directo 266 04 30 — **Contadores**
Revisores 320 415 65 31 Directo 426 14 63 Extensiones 30685 y 30096; **Quintomaster Soldados Regulares, Bachilleres y Leptotaxistas** 320 04 02 Directo 266 04 30 // **Sección de Indemnizados** 311 287 60 08 Directo 426 14 63 Extensiones Oficiales, Suboficiales y
Civiles, Profesores 315 / Suboficiales, Soldados Regulares y Campesinos 118 // **Sección de Cesantías** 321 65275224 Directo
321 65275224 Oficiales y Civiles 124 // **Soldados** 118, **Soldados** 122 // **Subsección de Caja Promotora y Fondo Nacional del**
Seguro Social 420 420 14 15 Extensión en Caja Promotora 115, Fondo Nacional del Ahorro 107 // **Sección de Nómina** 426 14 63
Extensión 10714 - 10715 - 630087 - 30686 // **Servicio de Atención al Usuario DIPSO** 426 14 63 Extensión 501

CONTACTO ELECTRÓNICO **Caja Social MILCO**

"FE EN LA CAUSA"

En nuestros muros está el hacer efectivo el justo reconocimiento a los Héroas de la Patria

[illegible][illegible]

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

El presente formulario es para el trámite de papeles por invalidez ante la Dirección de Prestaciones Sociales.

Acompañar los siguientes documentos:

- Acta civil o Registro Civil del matrimonio y certificado de inscripción al padrón municipal que permita acreditar la convivencia conyugal; Formulario No. 709-68.
- Cédula de ciudadanía por hijos: Registro civil de nacimiento ordenado, (con fecha de expedición no mayor a 30 días anteriores a la fecha de reclamo).
- Certificado Sanitario original emitido en un hospital o centro de diagnóstico, donde se especifique el tipo, número de la cuenta médica y sector del cuadro nosológico.
- Foto reciente colorida de identificación.

En el ítem No. 3 otorgamiento dispensado

Se debe indicar si hay acuerdo verbal entre las partes sobre indemnización por disminución de la capacidad laboral, ante la Dirección de Empleo e Ingreso al momento de radicar la demanda Municipal Laboral.

En el ítem No. 4 otorgamiento dispensada

- La Empresa emite una carta donde se asignara el valor de la indemnización, donde se especiique el tipo, número de la cuenta médica y del cuadro nosológico.
- En caso de cédula de ciudadanía simple.

También son requeridos por la Dirección de Sanidad Militar.

CENGA EN CUENTA

Al efectuarse el trámite de derecho, se deberá dirigir al proceso de reconocimiento indemnizatorio, registro civil de defunción en esta ciudad del departamento donde ocurrió su fallecimiento de la escritura pública de liquidación notarial de herencia u fideicomiso probatorio, a menos del tiempo antes indicado de entrega el valor reconocido por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral es el procedimiento expedito por la Dirección de Prestaciones Sociales.

(ACTÚE)

**NUNCA SE DEBE PAGAR ASÍ SU RECONOCIMIENTO PRESTACIONAL ES GRATUITO Y NO
REQUIERE DE TERCEROS O INTERMEDIARIOS!**

Dirección de Prestaciones Sociales - Avenida Cesar 95 No. 52-00 Edificio Comodoro Ejército, Edificio Nuevo Tormentazo Piso TELEFAX 266 04 30
Extensión 266 04 30 // Oficina Atención al Público Centro 50 No. 18A-30 Localidad Fuerte Aranda Teléfono 420 06 90 - 420 66
// Sección de Fallecidos Criminales Oficiales, Suboficiales y Civiles 320 323 66 24 Directo 266 04 30 — Confianza Social
Teléfono 420 415 65 31 Directo 426 14 63 Extensiones 30695 y 30096 / Quilómetros Soldados Regulares, Ruchleros y Campesinos 420 04 02 Directo 266 04 30 // Sección de Indemnizados 311 267 60 08 Directo 426 14 63 Extensiones Oficiales, Suboficiales y
Civiles, Profesores 115 / Suboficiales, Ruchleros y Campesinos 116 // Sección de Cesantías 321 65275224 Directo
Extensiones Oficiales y Civiles 120 / Soldados 118, Soldados 122 // Subsección de Caja Promotora y Fondo Nacional del
Seguro Social 420 420 14 15 Extensión en Caja Promotora 115, Fondo Nacional del Ahorro 107 // Sección de Nómina 426 14 63
Extensión 10714 - FONAS - 630087 - 30686 // Servicio de Atención al Usuario DIPSO 426 14 63 Extensión 501

SOLICITUD ELECTRÓNICA desde Su oficina MILCOM

"FE EN LA CAUSA"

En nuestros muros está el hacer efectivo el justo reconocimiento a los Héroas de la Patria

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

El presente formulario es para el trámite de papeles por invalidez ante la Dirección de Prestaciones Sociales.

Se requiere el siguiente formato en su totalidad y adjuntarlo al Registro Civil de matrimonio o documento que permita acreditar la convivencia del matrimonio con fecha 27/06/2005.

Si no se registra el libro familiar por hijos: Registro civil de nacimiento ordenado, (con fecha de expedición no mayor a 30 días anteriores a la fecha de reclamo).

Si no se registra el libro familiar por hijos: Registro civil de nacimiento ordenado, donde se especifique el tipo, número de la cuenta y el nombre del menor involucrado.

En caso de estar al día de contribuciones.

Acreditación No. 2 ciudadanía dispensada.

En caso de haber sido acreedor por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral, ante la Dirección de Empleo, se debe incluir el momento de radicación ante el Ministerio del Trabajo.

En caso de No tener documento dispensado:

En caso de haber sido acreedor por concepto de asignar el valor de la indemnización, donde se especifique el tipo, número de la cuenta y el momento de radicación ante el Ministerio del Trabajo.

En caso de no contar con el récord de ciudadanía simple.

En caso de requerir los documentos solicitados por la Dirección de Sanidad Militar.

CUENTA EN CUENTA

Los representantes del titular de derecho, se deben dirigir al proceso de reconocimiento indemnizatorio, registro civil de defunción en una cartilla del departamento donde se haya suministrado de la escritura pública de liquidación notarial de herencia o finis probatio respectiva, a elección del interesado, el cual debe anexarse al valor reconocido por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral en el formulario administrativo expedido por la Dirección de Prestaciones Sociales.

¡ACTÚE!

NUNCA DEBE PAGARSE SU RECONOCIMIENTO PRESTACIONAL ES GRATUITO Y NO REQUIERE DE TERCEROS O INTERMEDIARIOS!

Dirección de Prestaciones Sociales, Avenida Cesar 98 No. 53-00 Edificio Comodoro Ejército, Edificio Nuevo Tormentazo PISO TELEFAX 266 04 30
TELÉFONO 266 04 30 // Oficina Atención al Público Cesar 50 No. 18A-30 Localidad Fuerte Aranda Teléfono 420 06 90 - 420 66
Fax: Sección de Fallecidos Cruzmazor, Oficiales, Suboficiales y Civiles 320 323 66 24 Directo 266 04 30 — Cruzmazor
Sección de Fallecidos 420 415 66 31 Directo 426 14 63 Extensiones 30685 y 30096; Cruzmazor Soldados Regulares, Ruchiletes y Campesinos 420 420 04 03 Directo 266 04 30 // Sección de Indemnizados 311 287 60 08 Directo 426 14 63 Extensiones Oficiales, Suboficiales y Civiles 321 65275224 Directo
Sección de Pensionados 315 / Subsección de Regulares, Ruchiletes y Campesinos 118 // Sección de Cesantías 321 65275224 Directo
Sección de Pensionados Oficiales y Civiles 120 // Subsección de Regulares, Ruchiletes y Campesinos 122 // Subsección de Caja Promotora y Fondo Nacional del Ahorro 420 420 14 14 Directo en la Caja Promotora 115, Fondo Nacional del Ahorro 107 // Sección de Nómina 426 14 63
Extensión 30714 - 30715 - 300187 - 30686 // Servicio de Atención al Usuario DIPSO 426 14 63 Extensión 501

SERVICIO ELECTRÓNICO desde Su ciudad o país

"FE EN LA CAUSA"

En nuestros muros está el hacer efectivo el justo reconocimiento a los Héroas de la Patria

[illegible]

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

El presente formulario es para el trámite de papeles por invalidez ante la Dirección de Prestaciones Sociales.

Se requiere el siguiente formato en su totalidad y adjuntarlo al Registro Civil de matrimonio o documento que permita acreditar la convivencia del matrimonio con fecha 27/06/2005.

Si no se registra el libro familiar por hijos: Registro civil de nacimiento ordenado, (con fecha de expedición no mayor a 30 días anteriores a la fecha de reclamo).

Si no se registra el libro familiar por hijos: Registro civil de nacimiento ordenado, donde se especifique el tipo, número de la cuenta y el nombre del menor involucrado.

En caso de estar al día de contribuciones.

Acreditación No. 2 ciudadanía dispensada.

En caso de haber sido acreedor por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral, ante la Dirección de Empleo, se debe incluir el momento de radicación ante el Ministerio del Trabajo.

En caso de No tener documento dispensado:

En caso de haber sido acreedor por concepto de asignar el valor de la indemnización, donde se especifique el tipo, número de la cuenta y el momento de radicación ante el Ministerio del Trabajo.

En caso de no contar con el récord de ciudadanía simple.

En caso de requerir los documentos solicitados por la Dirección de Sanidad Militar.

CUENTA EN CUENTA

Los representantes del titular de derecho, se deben dirigir al proceso de reconocimiento indemnizatorio, registro civil de defunción en una cartilla del departamento donde se haya suministrado de la escritura pública de liquidación notarial de herencia o finis probatio respectiva, a elección del interesado, el cual debe anexarse al valor reconocido por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral en el formulario administrativo expedido por la Dirección de Prestaciones Sociales.

¡ACTÚE!

NUNCA DEBE PAGARSE SU RECONOCIMIENTO PRESTACIONAL ES GRATUITO Y NO REQUIERE DE TERCEROS O INTERMEDIARIOS!

Dirección de Prestaciones Sociales, Avenida Cesar 98 No. 53-00 Edificio Comodoro Ejército, Edificio Nuevo Tormentazo PISO TELEFAX 266 04 30
TELÉFONO 266 04 30 // Oficina Atención al Público Cesar 50 No. 18A-30 Localidad Fuerte Aranda Teléfono 420 06 90 - 420 66
Fax: Sección de Fallecidos Cruzmazor, Oficiales, Suboficiales y Civiles 320 323 66 24 Directo 266 04 30 — Cruzmazor
Sección de Fallecidos 420 415 66 31 Directo 426 14 63 Extensiones 30685 y 30096; Cruzmazor Soldados Regulares, Ruchiletes y Campesinos 420 420 04 03 Directo 266 04 30 // Sección de Indemnizados 311 287 60 08 Directo 426 14 63 Extensiones Oficiales, Suboficiales y Civiles 321 65275224 Directo
Sección de Pensionados 315 / Subsección de Regulares, Ruchiletes y Campesinos 118 // Sección de Cesantías 321 65275224 Directo
Sección de Pensionados Oficiales y Civiles 120 // Subsección de Regulares, Ruchiletes y Campesinos 118 // Subsección de Caja Promotora y Fondo Nacional del Ahorro 420 420 14 14 Directo en la Caja Promotora 115, Fondo Nacional del Ahorro 107 // Sección de Nómina 426 14 63
Extensión 30714 - 30715 - 300187 - 30686 // Servicio de Atención al Usuario DIPSO 426 14 63 Extensión 501

SERVICIO ELECTRÓNICO desde Su oficina

"FE EN LA CAUSA"

En nuestros muros está el hacer efectivo el justo reconocimiento a los Héroas de la Patria

[illegible][illegible][illegible][illegible]

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

El presente formulario es para el trámite de papeles por invalidez ante la Dirección de Prestaciones Sociales.

Se requiere el siguiente formato en su totalidad y adjuntarlo al Registro Civil de matrimonio o documento que permita acreditar la convivencia del matrimonio con fecha 27/06/2005.

Si no se registra el libro familiar por hijos: Registro civil de nacimiento ordenado, (con fecha de expedición no mayor a 30 días anteriores a la fecha de reclamo).

Si no se registra el libro familiar por hijos: Registro civil de nacimiento ordenado, donde se especifique el tipo, número de la cuenta y el nombre del menor involucrado.

En caso de estar al día de contribuciones.

Acreditación No. 2 ciudadanía dispensada.

En caso de haber sido acreedor por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral, ante la Dirección de Empleo, se debe incluir el momento de radicación ante el Ministerio del Trabajo.

En caso de No tener documento dispensado:

En caso de haber sido acreedor por concepto de asignar el valor de la indemnización, donde se especifique el tipo, número de la cuenta y el momento de radicación ante el Ministerio del Trabajo.

En caso de no contar con el récord de ciudadanía simple.

En caso de requerir los documentos solicitados por la Dirección de Sanidad Militar.

CENGA EN CUENTA

Los representantes del titular de derecho, se deben dirigir al proceso de reconocimiento indemnizatorio, registro civil de defunción en una cartilla del departamento donde se haya sufrecedo de la escritura pública de liquidación notarial de herencia o finis probatio respectiva, a elección del interesado, el cual debe anexarse al valor reconocido por concepto de indemnización por disminución de la capacidad laboral en el formulario administrativo expedido por la Dirección de Prestaciones Sociales.

¡ACTÚE!

NUNCA DEBE PAGARSE SU RECONOCIMIENTO PRESTACIONAL ES GRATUITO Y NO REQUIERE DE TERCEROS O INTERMEDIARIOS!

Dirección de Prestaciones Sociales, Avenida Cesar Vallejo No. 82-00 Edificio Comodoro Ejército, Edificio Nuevo Torero Plazo TELÉFAX 266 04 30
TELÉFONO 266 04 191 Oficina Atención al Público Centro 50 No. 18A-30 Localidad Fuerte Aranda Teléfono 420 06 90 - 420 66
Fax: Sección de Fallecidos Cruzmazor, Oficiales, Suboficiales y Civiles 320 323 66 24 Directo 266 04 30 — Conformidad Social 320 415 65 31 Directo 426 14 63 Extensiones 30685 y 30096; Cruzmazor Soldados Regulares, Ruchileños y Campesinos 320 04 02 Directo 266 04 30 // Sección de Indemnizados 311 287 60 08 Directo 426 14 63 Extensiones Oficiales, Suboficiales y Civiles, Profesores 315 / Suboficiales, Ruchileños y Campesinos 118 // Sección de Cesantías 321 65275224 Directo 321 65275224 Oficiales y Civiles 124 // Subsección 118, Soldados 122 // Subsección de Caja Promotora y Fondo Nacional del Empleado 426 04 420 14 63 Extensión en Caja Promotora 115, Fondo Nacional del Ahorro 107 // Sección de Nómina 426 14 63 Extensión 10714 - 10715 - 630087 - 30686 // Servicio de Atención al Usuario DIPSO 426 14 63 Extensión 501

SERVICIO ELECTRÓNICO desde Su ciudad o país

"FE EN LA CAUSA"

En nuestros muros está el hacer efectivo el justo reconocimiento a los Héroas de la Patria



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD DE EJÉRCITO



FECHA DE REALIZACIÓN _____

FECHA DE NOTIFICACIÓN _____

NÚMERO DE LA JUNTA MÉDICA _____

I. IDENTIFICACIÓN: (Diligencie la siguiente información)

APELLIDOS Y NOMBRES Millan Varela Luis Hernando
GRADO SPr UNIDAD _____ ARMA Inf ACTIVO _____ RETIRADO x
FECHA DE RETIRO 05-10-2017 CÓDIGO 16786770
CÉDULA DE CIUDADANÍA 16786770 LUGAR DE EXPEDICIÓN cali (v)
EDAD (AÑOS CUMPLIDOS) 47 FECHA DE NACIMIENTO 26-01-1971
LUGAR DE NACIMIENTO candelaria valle CELULAR 3107745537
DIRECCIÓN ACTUAL Kra 37 # 47-261 Interior 301
CIUDAD capacabana Antioquia TELÉFONO 3107745537
CORREO ELECTRÓNICO lhm2601@hotmail.com
No. CUENTA DE AHORROS 398400090710 BANCO DAVIDVIDENSA

II. MOTIVO DE LA JUNTA MÉDICA

ASCENSO _____ RETIRO _____ VIAJE AL EXTERIOR _____ CAMBIO DE ARMA _____
DEFINIR SITUACIÓN DE SANIDAD _____ CAMBIO DE FUERZA _____ INFORMATIVO _____
POR ORDEN DE TUTELA _____ POR SOLICITUD PROPIA _____ OTROS _____

III. ANTECEDENTES

LE HAN PRACTICADO JUNTAS MÉDICAS ANTERIORES SI _____ NO x
LE HAN PRACTICADO TRIBUNALES MÉDICOS SI _____ NO x
PARA ESTA JUNTA TIENE INFORMATIVOS PENDIENTES SI _____ NO _____

FIRMA DEL PACIENTE [Firma]
C.C. 16786770 cali (v)

IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS: (Señores Médicos: Favor diligenciar la información de aquí en adelante).

Enumere los conceptos a tener en cuenta en esta Junta _____

V. SITUACIÓN ACTUAL

A. Anamnesis: _____



EJÉRCITO NACIONAL DE COLOMBIA
COMANDO DE PERSONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO
FICHA MÉDICA UNIFICADA
ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL



DATOS PERSONALES

FECHA DE ELABORACIÓN:	18 ABRIL 2018		
MOTIVO DEL EXAMEN:	Retiro		
FECHA DE RETIRO (Si aplica):	21 SEPT 2017		
ESM DONDE REALIZA LA FICHA MÉDICA:			
APELLIDOS Y NOMBRES:		MILLAN VARELA	LUIS HERNANDO
GRADO:	SP	ARMA:	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:	ENERO 26-1971		CÉDULA:
PROFESIÓN:			16786770
ESTADO CIVIL:	NÚMERO DE HIJOS:		PROCEDENTE DE:
265600	2		
RELIGIÓN:			EDAD DE LOS HIJOS:
			17 y 10
DATOS DE NOTIFICACIÓN:			
LUGAR DE RESIDENCIA:	COPACABANA		
CELULAR DE CONTACTO N 1:	3103745537		
CELULAR DE CONTACTO N 2:	3016659953		
DIRECCIÓN:			
Kra 37 # 49b-109			
CORREO ELECTRONICO PERSONAL:			
lhm2601@hotmail			
ANTECEDENTES MÉDICO LABORALES:			
INFORMATIVOS ADMINISTRATIVOS POR LESIONES:			
JUNTAS MÉDICAS ANTERIORES:			
TRIBUNAL MÉDICO ANTERIOR:			

Manifiesto que la información aquí aportada es real, verídica y puede ser consultada en cualquier momento por la autoridad medico laboral o autoridad competente. Soy consciente de las investigaciones disciplinarias y/o penales que se puedan derivar de la verificación, análisis de la información y/o novedades que resulte de la información aportada y manifestada en esta ficha medica.

DE ACUERDO A ARTICULO 12 DEL DECRETO 1796 DE 2000. NULIDAD DE EXÁMENES. "...Si en los exámenes médicos efectuados al personal, en alguno de los eventos del servicio, se comprueba ocultamiento o simulación de enfermedades o lesiones para obtener un dictamen o concepto que no corresponda a la realidad, se considerarán nulos, sin perjuicio de la respectiva acción penal o disciplinaria. En constancia de lo anterior ..."

FIRMA DEL EXAMINADO

POSFIRMA DEL EXAMINADO Luis Hernando Millan V



Huella índice derecho

NOTA: * SOLO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL MÉDICO GENERAL	
VALORACION MEDICINA GENERAL	
ANAMNESIS: Parestias y mialgias en extremidades. Dolores al apoyo talón y talón al esfuerzo.	
ANTECEDENTES PERSONALES	
PATOLÓGICOS:	
— Diabetes.	
— Distipulencia.	
— Leucopenia.	
— Prehipertenso.	
— Gastritis: metaplasia intestinal y eos.	
— Obesidad	
— Insomnio: sueño intranquilo	
— Lumbago: crónico	
— Cefalea	
— Parotiditis complicadas zoonóticas.	
— Gonorrea bilateral.	
— Hepatitis.	
QUIRÚRGICOS	
Colecistectomía (laparoscópica) y colectomía.	
Vasectomía.	

ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

TOXICOLÓGICO	no —
HOSPITALIZACIONES	no —
TRAUMATICOS	trauma hondo p. objeto contundente (cayo) hondo directo.
ALERGICOS	no —
FARMACOLOGICOS	metformina; furosemida; ranitidina; Sumatriptán.



ANTECEDENTES FAMILIARES	Don: hemorras

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (MUJERES)	
FECHA ÚLTIMA MUESTRA	G P A C E
FECHA ÚLTIMA CITOLÓGIA	
RESULTADO DE LA CITOLÓGIA:	
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN:	

EXAMEN FÍSICO		Primer condonac quellen									
TENSIÓN	135/85	PULSO	78	TALLA	168.	FRECUENCIA	115	TEMPERATURA	36.5	IMC	30.
ORGANO O SISTEMA		OBSERVACIONES									
CABEZA, CARA, CUELLO		normal									
CARDIO PULMONAR		normal									
ABDOMEN		Abundante grasa adiposa.									
GENITO-URINARIO		testículos directos atropalados. y volumen									
EXTREMIDADES SUPERIORES		normal									
EXTREMIDADES INFERIORES		Crepitar al oírse rodillas.									
COLUMNA VERTEBRAL		Dolor al flexionarse columna									
PIEL Y ANEXOS		normal									
NEUROLOGÍA		normal									
OBSERVACIONES		Sin anomalías									

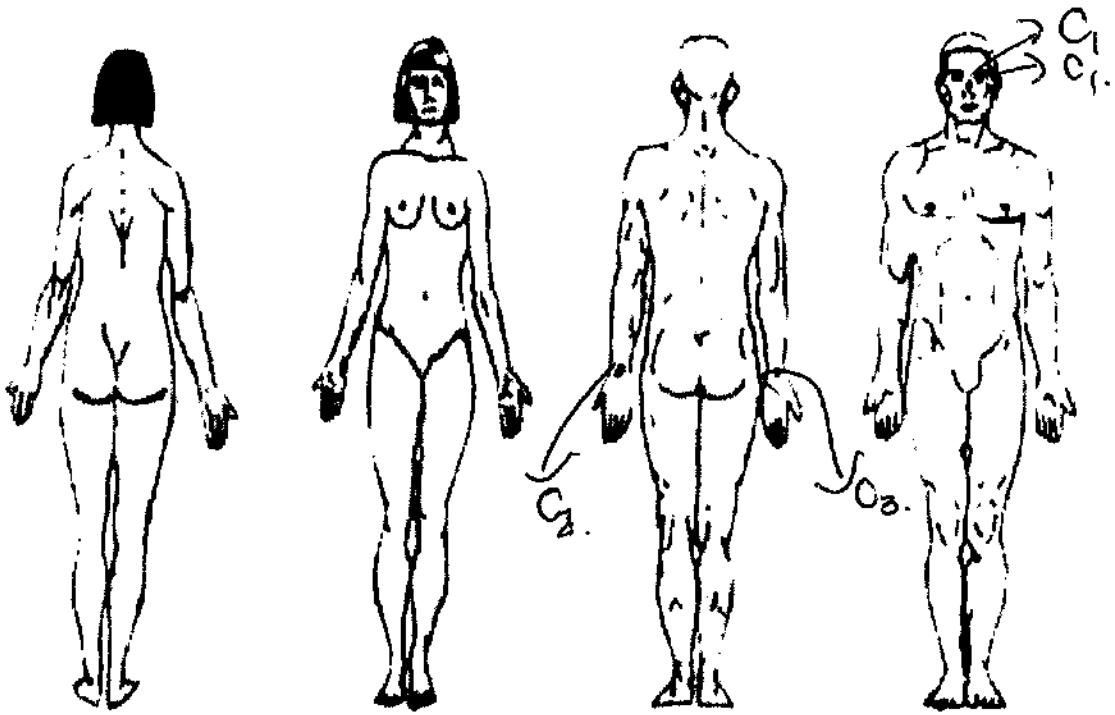
NOMBRE DEL MÉDICO	6002	FIRMA, SELLO Y REGISTRO MÉDICO	5453009
ESM		CUIDAD Y FECHA	Medellín 14 III 18.
NOMBRE DEL PACIENTE			
FIRMA			
NOTA: * EN CASO DE NO HABER HALLAZGOS, DILIGENCIAR "SIN NOVEDAD" (SIN) O NO APLICA			

ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN						
CONTEXTURA		CARA				
OBESA	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	NARIZ	BOCA	OJOS	BARBA
PROBUSTA	REDONDO	BLANCO	DESVIACIÓN D	GRANDE	NEGRO	SI
ATLÉTICA	OVALADO	TRIGUEÑO	DESVIACIÓN I	MEDIANA	CAFES	NO
MEDIANA	CUADRADO	MORENO	ACHATADA	PEQUEÑA	AZUL	POBLADA
DELGADA	ASIMÉTRICO	AMARILLO	FILEÑA		VERDE	DESPOBLADA
CABELLO					SEÑALES	
COLOR	FORMA	CALVICIE			LUNARES	
NEGRO	LISO	TOTAL			PECAS	
RUBIO	ONDULADO	CORONAL			QUEMADURAS	
ROJIZO	CRESPO	FRONTAL			TATUAJES	
CANO		FRONTOCORONAL			CICATRICES	



ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL



SEÑAL	CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES
Cicatrices	C1-C2 #2 faciales: normocranica 24mm. frente y...
	Paula B. / C1-C2 / disonancia luparoma

NOMBRE DEL MÉDICO	FIRMA, SELLO Y REGISTRO MÉDICO
6002 Alexander Blarion Sepúlveda Médico Universidad de Antioquia Reg. 4530-09	5453009. Medellín 14 III 19.

NOMBRE DEL PACIENTE
FIRMA

INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA			
LINEA DE SONRISA	PERFIL	LABIOS	ATM
ALTA	CONVEXO	CON SELLE	CLICK ARTICULAR
MEDIA	CONCAVO	SIN SELLE	CREPITACIÓN
BAJA	NORMAL		DOLOR
			NORMAL

VALORACIÓN ODONTOLÓGICA			
SA	12	SA	22
SA	13	OE-O	23
OE-VP	14	OE-P	24
OE-OD	15	OE-O	25
OE-O	16	OE-O	26
AG-O	17	AG-O	27
AG-O	18	OE-O	28
AG-O	19	AG-O	29
AG-U	48	OE-O	30
AG-U	47	OE-O	31
AA	46	AA	36
OE-O	45	SA	35
OE-U	44	OE-O	34
SA	43	SA	33
SA	42	SA	32
SA	41	SA	31



ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

EXAMEN TEJIDOS BLANDOS			
MUCOSA	Normal	SURCO YUGAL	Normal
FRENILLO	Normal	ZONA RETROMOLAR	Normal
PISO DE BOCA	Normal	EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES	Normal
PALADAR BLANDO	Normal	LENGUA	Normal

EXAMEN TEJIDOS DÚROS			
TORUS	Político	CLASIFICACION CANINA	Clase I
MAX SUPERIOR	Paraburde - grande	CLASIFICACION MOLAR	Clase no optico
MAX INFERIOR	Paraburde - grande	MORDIDA CRUZADA	NO
		MORDIDA ABIERTA	NO

SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS			
ABRASION	NO	TALLA PREPROTESICA	NO
BRACKETS	NO	CALCULOS	NO
EROSION	NO	APIÑAMIENTO	NO
MICRODONCIA	NO	DIASTEMA	NO
PLACA ORTOPEDIA	NO	BIENTE INCLUIDO	NO
MACRODONCIA	NO	SUPERNUMERARIO	NO

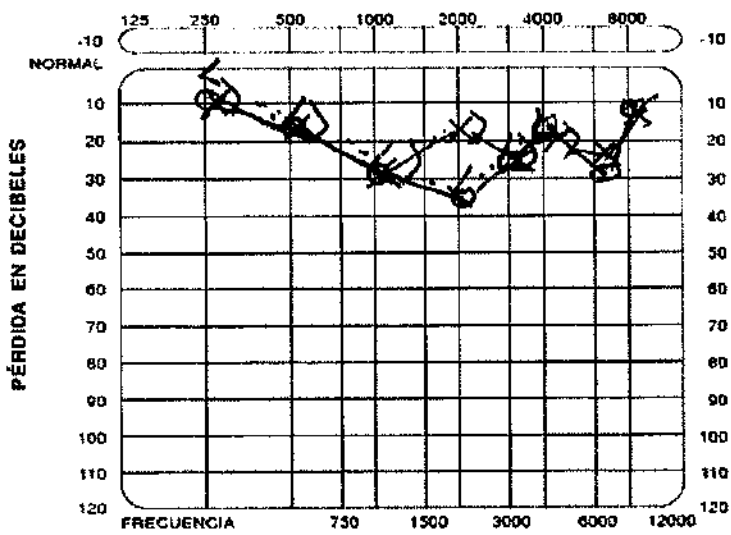
Martha I Flanagan R	Firma, Sello y Registro
Dispensario Médico Medellín	Medellín 21-11-2012
ESM	CIUDAD Y FECHA

VALORACIÓN OPTOMETRIA			
AGUDEZA VISUAL			
SIN CORRECCIÓN	OJO	LEJOS	CERCA
	OD	20/20	1.75 m
	OI	20/20	1.75 m
	AO	20/20	1.75 m.
CON CORRECCIÓN	OD	_____	_____
	OI	_____	_____
	AO	_____	_____
ESTENOPEICO	OD	_____	_____
	OI	_____	_____
	AO	_____	_____

REFRACCIÓN					
OJO	ESFERA	CILINDRO	EJE GRADOS	AGUDEZA VISUAL LEJOS	AGUDEZA VISUAL CERCA
OD	+0.50			20/20	0.5 m
OI	+0.50			20/20	0.5 m.

OFTALMOSCOPIA		HETEROFORIAS	
OD	Normal	OD	Normal
OI	Normal	OI	Normal

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	
Presbicia. Presbicia.	
Yickmar Córdoba Jorda Optom. N.º 746 208 Esp. en Geriatria de la Calidad y Atención en Salud	
NOMBRE DEL OPTOMETRA	FIRMA, SELLO Y REGISTRO
Yickmar Córdoba ESM	Medellin 28/11/17
NOMBRE DEL PACIENTE	
FIRMA	
VALORACIÓN FONOAUDIOLOGÍA	



OBSERVACIONES	
Bilateralmente hipoaquisia y Dano sensorial quedo un poco - Lene	
Adrian y la familia Benal	
NOMBRE DEL FONOAUDIOLOGO	FIRMA, SELLO Y REGISTRO
ADIAN	Medellin 28/11/17
ESM	CIUDAD Y FECHA

VALORACIÓN PSICOLOGIA			
ENTREVISTA Al momento de ver evaluado se ubica con tiempo, espacio y primera persona - Se indaga sobre antecedentes monofasico F31.1 - Actualmente Antedonia - Ansiedad - Alteración sueño - Alimentación Remitida por medicina con base a medicamentos Conciliar el sueño con Causa Organica			
PRUEBAS APLICADAS Y PUNTAJES OBTENIDOS			
Eliana Maraca Chacón Borja			
REUNE PERFIL	SI	NO	APLAZADO
REQUIERE VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA	SI	NO	
REVISIÓN ESPECIAL POR PSICOLOGIA MILITAR DISAN: Requiere Valoración antecedentes			
Impresión diagnostico F31.1 F31.0			
Eliana Chacón		Eliana Chacón Borja	
NOMBRE DEL PSICOLOGO	FIRMA, SELLO Y REGISTRO		
6002	Medellin 28/11/17		
ESM	CIUDAD Y FECHA		
NOMBRE DEL PACIENTE Milton Carola Jairo Hernandez			
FIRMA			

ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

FECHA DE RESOLUCIÓN DE RETIRO U OAP (SI APLICA) :

- EXPEDIENTE DE 57 PAGINAS A LA FECHA

~~- No JAL - No JAL~~

* CAUFIGACIÓN DE RETIRO

(1) JST, MEDICINA INTERNA DT: DIABETES
MELITUS TIPO 2, NO INSULINODPENDIENTE,
OBESIDAD TIPO I, SUSPECTA DE TIA
DISLIPIDEMIA, GASTRITIS CRÓNICA CONFIRMADA
CON EUGA/2018 + METAPLASIA INTESTINAL

② JST ORTOPEDIA DX: LUMBALGIA CRÓNICA,
GONALGIA BILATERAL

③ JS / UR3>GIA Dx: ATROPIA TESTICULAR
PERFUMA




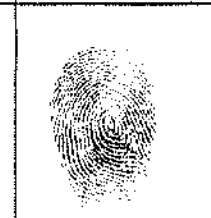

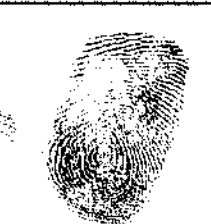


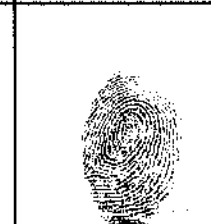
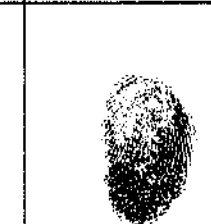
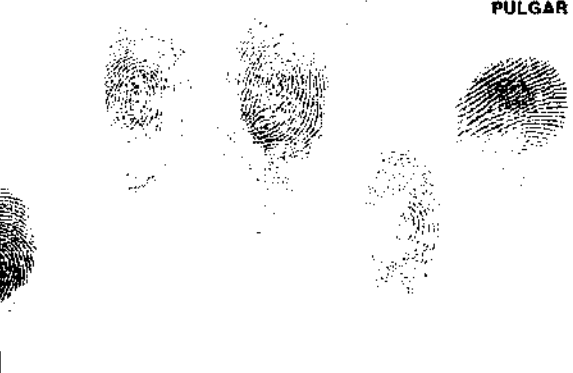

④ 35 | ATX Vt: HIPOACUSIA EN ESNDIO

① SS/ PSIKIATRIA DT: EVALUAR PATOLOGIA MENTAL.

Dra. Catalina Estrada R.
Médico y Cirujano
U. Pontificia Bolivariana
R.M. 50170-12

NOMBRE DEL MÉDICO**FIRMA SELLO Y REGISTRO**

ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

MANO DERECHA				
1. PULGAR	2. INDICE	3. MEDIO	4. ANULAR	5. MEÑIQUE
				
MANO IZQUIERDA				
1. PULGAR	2. INDICE	3. MEDIO	4. ANULAR	5. MEÑIQUE
				
MANO IZQUIERDA			MANO DERECHA	
				
IMPRESIÓN SIMULTÁNEA			IMPRESIÓN SIMULTÁNEA	



ADMINISTRACIÓN Y RETIRO DE PERSONAL

ANEXOS:

- * Anexar oficio solicitando al Señor Director de Sanidad Ejército, la calificación de la Ficha Médica por parte de la Gestión Medicina Laboral
- * Fotocopia de la Cedula de Ciudadanía ampliada al 150%.
- * Para el proceso de retiro del personal: Anexar Resolución de Retiro u Orden Administrativa de Personal de acuerdo al grado.
- * Se debe anexar a este formato de Ficha Médica Unificada Administración y Retiro de Personal, los exámenes de Creatinina, Serología, y Parcial de orina.



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 1 de 2

Fecha de Ingreso : 14-nov.-2017 7:28 am

Fecha de Impresión :

No de Orden : 1114051
Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Documento Id : CC 16786770
Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 46 Años 9 mese Sexo : M
Telefono : 3107745537

Examen Resultado Unidades Valores de Referencia

QUIMICA

GLICEMIA BASAL * 123 mg/dL 75 110
HEMOGLOBINA GLICOSILADA * 6.65 % 4.80 5.90
Valores de referencia adicional:
Diabéticos controlados < 7.0
Intervención terapéutica > 8.0

Firma Responsable

Dra. Karina Fuminaya M.
Reg: 23-0875-02 U de A.

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

WBC * 4.27 $\times 10^3/uL$ 4.50 11.00
RBC * 6.48 $\times 10^6/uL$ 4.20 5.40
HEMOGLOBINA 14.5 g/dL 14.0 18.0
HEMATOCRITO 45.0 % 40.0 54.0
MCV * 69.4 fL 80.0 100.0
MCH * 22.4 pg 26.0 34.0
MCHC 32.2 g/dL 32.0 38.0
PLAQUETAS 245 $\times 10^3/uL$ 150.0 450.0
RDW-CV * 14.7 % 12.0 14.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS-SD 36.30 fL
MPV 11.10 fL 9.00 13.00
NEUTROFILOS ABS. * 1.7 $10^3/uL$ 1.8 7.7
LINFOCITOS ABS. 2.05 $10^3/uL$ 1.50 4.00
MONOCITOS #: 0.40 $10^3/uL$ 0.20 0.80
EOSINOFILOS #: 0.13 $10^3/uL$ 0.05 0.70
BASOFILOS #: 0.02 $10^3/uL$ 0.00 0.30
NEUTROFILOS % * 39.1 % 45.0 70.0
LINFOCITOS * 48.0 % 20.0 40.0
% MONOCITOS * 9.4 % 2.0 8.0
% EOSINOFILOS 3.0 % 1.0 5.0
% BASOFILOS 0.5 %

FROTIS DE SANGRE PERIFERICA

GLOBULOS ROJOS
HIPOCROMIA: LIGERA
ANISOCITOSIS: LIGERA
PREDOMINIO DE MICROCITOS
GLOBULOS BLANCOS
DISMINUIDOS EN NUMERO: .
NORMALES EN MORFOLOGIA: .
PLAQUETAS SANGRE PERIFERICA
NORMALES EN NUMERO Y MORFOLOGIA: .

Firma Responsable





HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 2 de 2

Fecha de Ingreso : 14-nov.-2017 7:28 am

Fecha de Impresion :

No de Orden : 1114051

Edad : 46 Años 9 mese Sexo: M

Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

Telefono : 3107745537

Documento Id : CC 16786770

Medico : CONSULTA EXTERNA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HORMONAS E INFECCIOSAS			
TSH	2.49	uIU/ml	0.27 4.20
TECNICA : ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA.			

Firma Responsable





HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 1 de 2

Fecha de Ingreso : 30-nov-2017 6:44 am

Fecha de Impresión :

No de Orden : 1130025
Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Documento Id : CC 16786770
Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 46 Años 10 mes Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
CREATININA	1.16	mg/dL	0.67	1.20
Valores de referencia adicionales:				
Neonatos prematuros: 0.33 - 0.98				
Neonatos a termino: 0.31 - 0.88				
CURVA DE GLICEMIA CON CARGA DE 75Gr.				
GLICEMIA BASAL	108	mg/dL	75	110
GLICEMIA 1 HORA	234	ml/dL		
Valor de refeencia: Inferior a 200 ml/dL.				
GLICEMIA 2 HORAS	189	ml/dL		
Valor de referencia: Inferior a 140 ml/dL.				

Firma Responsable

Dra. Karina Fuminaya M.
Reg: 23-0075-02 U de A.

HEMATOLOGIA
CUADRO HEMATICO

WBC	* 3.90	x 10 ³ /uL	4.50	11.00
RBC	* 6.75	x10 ⁶ /uL	4.20	5.40
HEMOGLOBINA	15.2	g/dL	14.0	18.0
HEMATOCRITO	46.6	%	40.0	54.0
MCV	* 69.0	fL	80.0	100.0
MCH	* 22.5	pg	26.0	34.0
MCHC	32.6	g/dL	32.0	38.0
PLAQUETAS	215	x10 ³ /uL	150.0	450.0
RDW-CV	* 15.4	%	12.0	14.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS-SD	37.50	fL		
MPV	11.20	fL	9.00	13.00
NEUTROFILOS ABS.	* 1.3	10 ³ /uL	1.8	7.7
LINFOCITOS ABS.	1.87	10 ³ /uL	1.50	4.00
MONOCITOS #:	0.50	10 ³ /uL	0.20	0.80
EOSINOFILOS #:	0.19	10 ³ /uL	0.05	0.70
BASOFILOS #:	0.01	10 ³ /uL	0.00	0.30
NEUTROFILOS %	* 34.1	%	45.0	70.0
LINFOCITOS	* 47.9	%	20.0	40.0
%MONOCITOS	* 12.8	%	2.0	8.0
% EOSINOFILOS	4.9	%	1.0	5.0
% BASOFILOS	0.3	%		
DIFERENCIAL MANUAL				
LEUCOPENIA CONFIRMADA EN ESP				
MICROCITOS +				

Firma Responsable



INMUNOLOGIA

Preliminar



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 2 de 2

Fecha de Ingreso : 30-nov.-2017 6:44 am

Fecha de Impresion :

No de Orden : **1130025**

Paciente : **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO**

Documento Id : CC 16786770

Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 46 Años 10 mes Sexo: M

Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
PRUEBA RAPIDA PARA DETECCION CUALITATIVA DE ANTICUERPOS VIH Tecnica: INMUNOCROMATOGRAFIA	NO REACTIVO		
PRUEBA RAPIDA INMUNOCROMATOGRAFICA PARA DETECCION CUALITATIVA DE ANTICUERPOS DE VIH TIPO I Y TIPO II. SEROLOGIA VDRL	NO REACTIVO		

Firma Responsable





HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 1 de 1

Fecha de Ingreso : 27-feb.-2018 6:53 am

Fecha de Impresion :

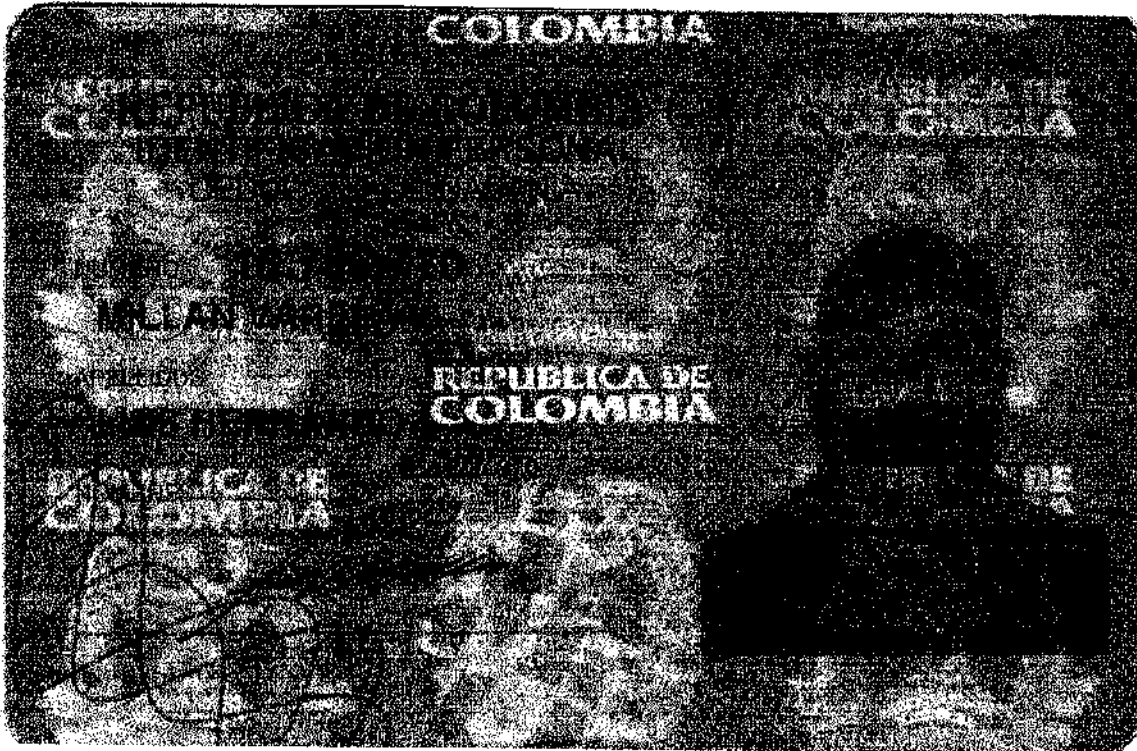
No de Orden : 227036
Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Documento Id : CC 16786770
Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 47 Años 1 mese Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
HEMATOLOGIA				
CUADRO HEMATICO				
WBC	4.76	x 10^3/uL	4.50	11.00
RBC	* 6.60	x10^6/uL	4.20	5.40
HEMOGLOBINA	14.5	g/dL	14.0	18.0
HEMATOCRITO	45.0	%	40.0	54.0
MCV	* 68.2	fL	80.0	100.0
MCH	* 22.0	pg	26.0	34.0
MCHC	32.2	g/dL	32.0	38.0
PLAQUETAS	225	x10^3/uL	150.0	450.0
RDW-CV	* 15.6	%	12.0	14.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS-SD	37.30	fL		
MPV	11.60	fL	9.00	13.00
NEUTROFILOS ABS.	* 1.5	10^3/uL	1.8	7.7
LINFOCITOS ABS.	2.59	10^3/uL	1.50	4.00
MONOCITOS #:	0.43	10^3/uL	0.20	0.80
EOSINOFILOS #:	0.23	10^3/uL	0.05	0.70
BASOFILOS #:	0.04	10^3/uL	0.00	0.30
NEUTROFILOS %	* 31.0	%	45.0	70.0
LINFOCITOS	* 54.4	%	20.0	40.0
%MONOCITOS	* 9.0	%	2.0	8.0
% EOSINOFILOS	4.8	%	1.0	5.0
% BASOFILOS	0.8	%		

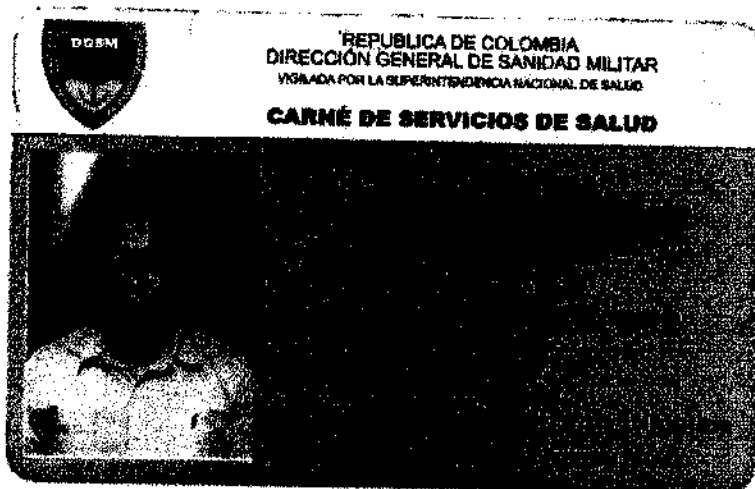
Firma Responsable

Dra. Katia Fumero M.
Reg: 23-0675-02 U de A.



FECHA DE NACIMIENTO: 25-ENE-1971
CANDELARIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67 B+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-MAY-1988 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
RECTOR NACIONAL
CARLOS SANCHEZ TORRES

A-1500150-00162811-M-0016786770-20090714 0013453456A 1 1190103501



Matrícula Militar S.A. 10001/1728

A12751947

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE

Válido únicamente para uso de los servicios de salud de las FFMM, según lo establece la Ley 352 de 1997, Decreto 1795 de 2000 y normas concordantes.

Presentar este carné con el documento de identificación y verificar que el afiliado está **ACTIVO** en la Base de Datos del SSFM.

En caso de pérdida, por favor informar a la Dirección General de Sanidad Militar en el término de 48 horas.

Si este carné es encontrado, por favor informar al PBX: (1) 3238555 Ext. 1301, 1310 o 1314 y 1460 en Bogotá DC.

Correo electrónico: afiliaciones@sanidadfuerzasmilitares.mil.co

www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA



EJÉRCITO NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 07826 DE 2017

(17 SEP 2017)

Por la cual se retira del servicio activo de las Fuerzas Militares a un personal de Suboficiales del Ejército Nacional.

EL COMANDANTE DEL EJÉRCITO NACIONAL

en uso de las facultades legales que le confiere el artículo 4º,
Numeral 2º de la Resolución No. 162 del 27 de Febrero de 2002

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º. Retirar del servicio activo de las Fuerzas Militares en forma Temporal con pase a la Reserva, por solicitud propia con la novedad fiscal que en cada caso se indica, al personal de Suboficiales del Ejército Nacional que se relaciona a continuación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 99, artículo 100 literal a) numeral 1º (modificado por el artículo 5 de la Ley 1792 de 2016) y artículo 101 del Decreto Ley 1790 de 2000:

Con novedad fiscal 20 de septiembre de 2017

01. SM INF	ROBLES DAVILA JAVIER ERNESTO	14252226	BAEEV8
02. SP INF	DUARTE QUINTERO CARLOS ALBERTO	12913050	BAEEV6
03. SP INF	SANCHEZ GARCIA FRANKLIN ALEXANDER	71481533	JEMOP
04. SP ART	LONDOÑO ALVARADO JORGE WILLIAM	94366247	BAMRU
05. SP ART	RAMIREZ RODRIGUEZ MILLER	83253824	BACN2
06. SP ART	PRIETO RUIZ MAURICIO	93385255	CBR14
07. SP ING	SANCHEZ TELLO JHOM JAIR	7691421	BIVER
08. SP LOG	GARZON RINCON JAIRO YOVANNI	93406985	BIDEH1
09. SV CAB	QUIROZ NOVOA ANDRES MAURICIO	79924656	ESCEQ

Con novedad fiscal 25 de septiembre de 2017

01. SP IMI	RODRIGUEZ POLO PEDRO JESUS	72195171	BCO3S
------------	----------------------------	----------	-------

Con novedad fiscal 27 de septiembre de 2017

01. SP LOG	URICOCHEA TOSCANO HERMENSON	11324437	ZONA8
------------	-----------------------------	----------	-------

Continuación de la Resolución. "Por la cual se retira del servicio activo de las Fuerzas Militares a un personal de Suboficiales del Ejército Nacional". Encabezada por el señor Sargento Mayor (NF, ROBLES DAVILA JAVIER ERNESTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.252.226, le siguen 50 Suboficiales.

Con novedad fiscal 01 de octubre de 2017

01. SP INF	LOPEZ SUAREZ JUAN CARLOS	78747665	BIPIC
02. SP INF	AMEZQUITA RUEDA MANUEL FRANCISCO	7229424	BIPIN

Con novedad fiscal 03 de octubre de 2017

01. CP INF	SILVA RODRIGUEZ EDWIN	1075657798	BITER18
------------	-----------------------	------------	---------

Con novedad fiscal 05 de octubre de 2017

01. SP CAB	CORTES SANCHEZ ELSON JARRI	98427337	BPM03
02. SP COM	BLANCO BERTEL HUMBERTO ENRIQUE	92526380	JCCS
03. SP LOG	LONDOÑO MEDINA JESUS	96353997	BITER18
04. SP LOG	BUENO CARRIZOZA PEDRO JHAIRIZIÑO	10182474	CPS61
05. SP ADM	QUINTERO HERRERA ALBA PATRICIA	31423448	DESPMDN
06. SP ADM	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO	16786770	CPS61

Con novedad fiscal 10 de octubre de 2017

01. SP INF	RODRIGUEZ RAMIREZ JOSE GUILLERMO	71762923	ESMAI
02. SP INF	GARCIA CASTRO EXENOBER	17356568	CBR09
03. SP CAB	ZAPATA MOSQUERA JURIEL ALEXANDER	11801942	BAMAR
04. SP CAB	VEGA GONZALEZ EFRAIN	86040231	BAS26
05. SP ING	ANGARITA CORREA LEON CALIXTO	4134063	BACIM5
06. SP ING	MUÑOZ RODRIGUEZ HECTOR ALIRIO	98389114	BIDEH5
07. SP ING	HOYOS PIÑERES ALEXANDER	89006468	BICAL
08. SP IMI	LOPEZ MARTINEZ ANDRES	18607250	BASAB
09. SP IMI	CARRILLO RINCON JOSE DAVID	88002147	CBR12
10. SP LOG	OJEDA TOVAR JAIME ALEXANDER	98400161	BIRIF
11. SP ADM	MANJARRES ROBLES CARMEN ALICIA	57434265	BAS29

Con novedad fiscal 14 de octubre de 2017

01. SP INF	FERRER JIMENEZ JUAN BAUTISTA	94326793	BIGUP
02. SP LOG	FLOREZ MOGOLLON CARLOS JAVIER	91180700	BIGUP

Con novedad fiscal 15 de octubre de 2017

01. SP COM	RAMIREZ RAMIREZ LUIS FERNEY	93384149	BAMCE
------------	-----------------------------	----------	-------

Continuación de la Resolución. "Por la cual se retira del servicio activo de las Fuerzas Militares a un personal de Suboficiales del Ejército Nacional". Encabezada por el señor Sargento Mayor INF. ROBLES DAVILA JAVIER ERNESTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.252.226, le siguen 50 Suboficiales.

Con novedad fiscal 16 de octubre de 2017

01. SP INF	GONZALEZ ACUÑA MILLER	86053272	BASOE
02. SP INF	MESTRA LORA JOSE IGNACIO	72208429	DIPSE
03. SP INF	TABORDA TABORDA FREDY ALBERTO	11800664	BIBOL
04. SP ART	BUITRAGO URBINA IGNACIO ANTONIO	88162513	USA31
05. SP ART	ARDILA BENAVIDES HECTOR	91493473	CMPAL

Con novedad fiscal 20 de octubre de 2017

01. SM INF	OSPINO AREVALO WILLIAM ALBERTO	85466040	BIMAG
02. SM CAB	RAMIREZ JIMENEZ CARLOS MARIO	71451140	BASRO
03. SP INF	TRUJILLO CALDERON CESAR AUGUSTO	7704822	BIAMA
04. SP IMI	PEÑUELA BELEÑO GLOWANY ENRIQUE	11322150	BRCMI
05. SP LOG	MINOTTA DUEÑAS YEFFERSON ALLYN	11800284	DIETE

Con novedad fiscal 29 de octubre de 2017

01. SP ING	NINCO GUERRERO JOSE OVIDIO	86052148	BAS07
------------	----------------------------	----------	-------

Con novedad fiscal 30 de octubre de 2017

01. SP CAB	SOSA ALVARADO HUGO	7617271	BITER03
------------	--------------------	---------	---------

Con novedad fiscal 31 de octubre de 2017

01. SM INF	RIOS HURTADO EDINSON	11800248	ESPRO
02. SP INF	TOMBE ERAZO LIBANIEL ALBERTO	76321527	BIMAC
03. SP ADM	RICO GALVIS MARGARA CHELIN	60359141	BAS05

Con novedad fiscal 01 de noviembre de 2017

01. SP INF	PORRAS PINILLA RUSBEL	79645399	CPS30
------------	-----------------------	----------	-------

Con novedad fiscal 10 de noviembre de 2017

01. SP INF	LOMBO RODRIGUEZ RICAR	86045123	BISER
------------	-----------------------	----------	-------

PARÁGRAFO. Los citados Suboficiales continuarán dados de alta en la Tesorería Principal del Comando del Ejército Nacional, por tres (3) meses a partir de la fecha que cause la novedad de retiro, durante dicho lapso devengarán la totalidad de los haberes de actividad correspondientes a su grado, de conformidad con lo establecido en el artículo 164 del Decreto Ley 1211 de 1990.

Continuación de la Resolución, "Por la cual se retira del servicio activo de las Fuerzas Militares a un personal de Suboficiales del Ejército Nacional". Encabezada por el señor Sargento Mayor INF. ROBLES DAVILA JAVIER ERNESTO, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.252.226, le siguen 50 Suboficiales.

ARTÍCULO 2º. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Bogotá, D.C.

20 SEP 2017

Mayor General **RICARDO GÓMEZ NIETO**
Comandante del Ejército Nacional (E)

Elaboró: SP. **CARLOS SIERRA**
Analista Retiros Suboficiales

Revisó: TC. **LUIS MELLANEDA**
Oficial Sección Ascensos y Retiros

Vo.Bo. PD4. **CONSTANZA GONZALEZ**
Asesora Jurídica Suboficiales

Vo.Bo. TE. **DIANA JARAMILLO**
Asesora Jurídica Comandante del Ejército

Vo.Bo. CR. **GIOVANI VALENCIA**
Director de Personal del Ejército Nacional.

Vo.Bo. BG. **CARLOS IVAN MORENO OJEDA**
Comandante del Comando de Personal del Ejército Nacional.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 3 de 3

Fecha y hora de generación: 20/09/2017 09:47:49

SIENTO UN REFLUJO

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO CON CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN SENSACION DE AHOGO CUANDO SE RECUERDA PUES SIENTO REFLUJO EN LAS NOCHES, PIROSIS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA. ADEMAS PACIENTE REFIERE QUE HA PRESENTADO EPISODIOS DE PICADA A NIVEL D TORAX IZQUIERDO Y LO ASOCIA CON ADORMECIMIENTO DEL BRAZO IZQUIERDO, NIEGA DISNEA EN EL MOMENTO DE LAS PICADAS, REFIERE QUE NO SON CONSTANTES, ES OCASIONAL PERO REFIERE QUE LOS DOLORS SON INTENSOS. ADEMAS REFIERE QUE TIENE MAREOS CUANDO SE LEVANTA MUY RAPIDO.

EXAMENES FISICOS

Abdomen:Normal, Cabeza y craneo:Normal, Cuello:Normal, Extremidades:Normal, Farinas:Normal, Genitourinario:Normal, Mamas:Normal, Mental:Normal, Nariz:Normal, Neurológico:Normal, Oidos:Normal, Ojos:Normal, Orolaringa:Normal, Tacto-rectal:Normal, Torax:Normal, Condiciones generales:NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, NI AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIN EDEMA

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

PACIENTE EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE QUIEN CURSA CON SINTOMAS DE GASTRITIS, DADO POR REFLUJO Y PIROSIS, SE CONSIDERA QUE SE DEBE INICIAR TRATAMIENTO SINTOMATICO, SE DA OMEPRAZOL Y CON HIDROXIDO DE ALUMINIO, ADEMAS POR LO DOLORS EN EL PECHO SE DECIDE SOLICITAR ELECTROCARDIOGRAMA PARA DESCARTAR CARDIOPATIA, SIN EMBARGO SE LE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS, SE DECIDE SOLICITAR LABORATORIOS DE CONTROL PARA DESCARTAR QUE EL MAREO SEA POR CAUSA METABOLICA

DIAGNOSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: LINA MARIA ORJUELA PARDO

TELÉFONO O CELULAR: 4531899

SERVICIO SOLICITADO: Enfermería - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial

SERVICIO QUE SOLICITA: MEDICINA GENERAL y/o FAMILIA

Lina M. Orjuela Pardo
Médico General SSFM
U. de Medicina
C.C. 3.01. 638.282



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

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

CODIGO: MDN-COFM-PROGTEC-DCSM-FU.95.1-B v1

PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica -PROGTEC

Vigente a partir de:

Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-10-728943	FECHA DE	12-10-2017 19:32:21	CIE 10	E781	No registra	No registra	No registra	
ESM QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR			UNIDAD ORGANICA	No registra	CAMA	No registra	No registra	
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			EDAD	N° HISTORIA	AFILIACIÓN	FUERZA	ARL	EPS
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA			48	16786770	Coizante	Ejército	No registra	No registra
CENTRO DE COSTOS	No registra								
ORDEN MEDICA									
PROCEDIMIENTO SOLICITADO									
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA					CODIGO	VALOR	CANTIDAD	
CONTROL EN TRES MESES.						890306	No registra	1	

NOMBRE MEDICO

FIRMA MEDICO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 1 de 2

Fecha y hora de generación: 06/10/2017 08:35:28

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2017-10-70618

FECHA Y HORA DE SOLICITUD 10/6/17 8:35 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

TIPO DE DOCUMENTO: CC

DIRECCIÓN: Carrera 54 51 31 N

CORREO ELECTRÓNICO:

MUNICIPIO: ANDES

REGIONAL: NOROCCIDENTE

GRADO: SP

ENTIDAD ADSCRITA: BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE MEDELLIN

FECHA DE NACIMIENTO: 26/01/1971

NÚMERO DE DOCUMENTO: 16788770

CELULAR O TELÉFONO: 8415333

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

CÓDIGO ESM O UPGD: 050018509280

ESTADO: Activo

FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	CANTIDAD
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1

OBSERVACIÓN

HEPERGLICEMIA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	CANTIDAD
890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	1

OBSERVACIÓN

HIPERGLICEMIA E HIPERLIPIDEMIA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	R739	HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA
Relacionado	E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS
HISTORIA DE LOS EXÁMENES
HALLAZGO
PACIENTE MASCULINO QUIEN TRAJÓ LABORATORIOS Y ELECTROCARDIOGRAMA SOLICITADOS PORQUE EL PACIENTE REFERÍA DOLOR DE CABEZA, MAREO Y DOLOR A NIVEL PRECORDIAL, PACIENTE VIENE A MOSTRARLOS, PACIENTE REFIERE QUE PERSISTE CON LA SINTOMATOLOGÍA DE CEFALEA Y MAREO, ADemás REFIERE QUE SE LE TAPAN EN OCASIONES LAS FOSAS NASALES Y QUE LE DIFICULTA LA RESPIRACIÓN, EN EL MOMENTO PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL.
EXÁMENES FÍSICOS
Abdomen:Normal, Cabeza y cráneo:Normal, Cuello:Normal, Extremidades:Normal, Faringes:Normal, Genitourinario:Normal, Mamas:Normal, Mental:Normal, Nariz:Normal, Neurológico:Normal, Oídos:Normal, Ojos:Normal, Orolaringe:Normal, Tacto-rectal:Normal, Tórax:Normal, Condiciones generales:NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 2 de 2

Fecha y hora de generación: 06/10/2017 08:35:28

AUDIBLES, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, ABDOMEN CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSEO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIN EDEMA

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

PACIENTE EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE, QUIEN TRAE EXAMENES DE LABORATORIO DEL 25/09/2017: GLICEMIA: 149 MG/DL, COLESTEROL: 185 MG/DL, TRIGLICERIDOS: 246 MG/DL, HDL: 38 MG/DL, LDL: 77.8, CUADRO HEMATICO: LEUCOCITOS: 4.390, HB: 14.9 G/DL, HTO: 45.6, PLAQUETAS: 228.000, NEUTROFILOS: 29.6%, SE EVIDENCIA QUE HAY HIPERGLICEMIA, PACIENTE REFIERE QUE YA HA TOMADO METFORMINA PERO QUE LE PRODUCE TAQUICARDIA, ADEMÁS PACIENTE CON HIPERTRIGLICERIDEMIA, SE DECIDE DAR REMISION A NUTRICION PARA DIETA QUE AYUDE A DISMINUIR VALORES, ADEMÁS SE REMITE A MEDICINA INTERNA PARA MANEJO, POR OTRO LADO SE DA GEMFIBROZIL. ADEMÁS POR SINTOMAS DE RINITIS SE DA TRATAMIENTO CON LORATADINA

DIAGNOSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: LINA MARIA ORJUELA PARDO


TELÉFONO O CELULAR: 4531899

SERVICIO SOLICITADO: Medicina Interna - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial

SERVICIO QUE SOLICITA: MEDICINA GENERAL y/o FAMILIA

Lina Maria Orjuela Pardo
MA ORJUELA PARDO
CC 1413 844 182


 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	Historia clínica	
	Código:	
	Proceso:	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-11-800549	FECHA DE	01-11-2017 09:43:04	CIE 10	Z131	No registra	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR			UNIDAD ORGANICA	No registra	CAMA	No registra	No registra
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	N° HISTORIA	AFILIACION	FUERZA	ARL	EPB	
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA	46	16786770	Coltante	Ejército	No registra	No registra	
CENTRO DE COSTOS	No registra							
ORDEN MEDICA								
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISION GLIC AYUNAS 148								
PROCEDIMIENTO SOLICITADO						CODIGO	VALOR	CANTIDAD
1	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA				903426	No registra	1	
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISION GLUC 149 ++								
2	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				903841	No registra	1	
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISION GLUC 149 ++								
3	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE				904904	No registra	1	
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISION GLUC 149 ++								
4	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA				902205	No registra	1	
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISION GLUC 149 ++								

RITA CARRERO MORA
C.E. 507102
Medicina Interna
Reg. 05-4309-15

FIRMA MEDICO: *[Firma]*

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	ORDEN DE PROCEDIMIENTOS	
	CÓDIGO: MDM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.95.1-6 v1	
	PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica -PROGTEC	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-11-800549	FECHA DE	01-11-2017 09:43:04	CIE 10	Z131	No registra	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR			UNIDAD ORGANICA	No registra	CAMA	No registra	No registra
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	N° HISTORIA	AFILIACION	FUERZA	ARL	EPB	
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA	46	16786770	Coltante	Ejército	No registra	No registra	
CENTRO DE COSTOS	No registra							
ORDEN MEDICA								
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISION GLIC AYUNAS 148								
PROCEDIMIENTO SOLICITADO						CODIGO	VALOR	CANTIDAD
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA				890386	No registra	1	
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISION GLUC 149 ++								

NOMBRE MEDICO

FIRMA MEDICO: *[Firma]*



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

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO: MDM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.95.1-6 v1

PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica -PROGTEC

Vigente a partir de:

Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-11-852883	FECHA DE	18-11-2017 08:37:38	CIE 10	Z719	No registra	No registra	No registra	
ESM QUE GENERA LA FÓRMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR			UNIDAD ORGANICA	No registra	CAMA	No registra	No registra	
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			EDAD	N° HISTORIA	AFILIACIÓN	FUERZA	ARL	EPS
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLÁN VARELA			48	18768770	Cotizante	Ejército	No registra	No registra
CENTRO DE COSTOS	No registra								
ORDEN MEDICA									
PROCEDIMIENTO SOLICITADO									
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA					CODIGO	VALOR	CANTIDAD	
FICHA MEDICA RETIRO						890207	No registra	1	
2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA					CODIGO	VALOR	CANTIDAD	
FICHA MEDICA DE RETIRO						890210	No registra	1	

NOMBRE MEDICO

FIRMA MEDICO



**MISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLÍN**



PACIENTE : LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
DI : 16786770
EDAD : 47 AÑOS
FECHA : 5 DE MARZO DE 2018

ECOGRAFÍA ABDOMEN TOTAL

El hígado es de forma y tamaño conservado, con aumento difuso de la ecogenicidad parenquimatosa, compatible con esteatosis, sin evidencia de lesiones focales ni difusas.

Vesícula biliar ausente acorde a antecedente quirúrgico.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Colédoco de 3 mm

Páncreas de morfología, tamaño y ecoestructura conservadas, en los sectores visualizados.

Riñones de morfología, posición, tamaño y ecoestructura normales.

Relaciones cortico-medulares preservadas. No hay dilataciones pielocaliciales, ni signos de macrolitiasis.
No se ven masas ni colecciones peri renales.

Bazo de tamaño y ecoestructura conservada.

Vejiga con adecuada repleción, de paredes finas, sin imágenes endoluminales.

Glándula prostática de ecoestructura heterogénea, volumen aproximado de 15 CC

Aorta de calibre conservado en los segmentos evaluados.

No se observa líquido libre en cavidad abdominopélvica.

CONCLUSIÓN:

- **ESTEATOSIS HEPÁTICA LEVE.**

R. HEMERSON LOSADA
Especialista en Imágenes Diagnósticas
MN: 7703315

Orfi zuleta /Auxiliar de enfermería

HÉROES MULTIMISIÓN
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA

Pe en la causa
Dirección de la Unidad - Ciudad o Sítio - Depto.
No. del Comunicador - No. de fax institucional
Dirección página web - Dirección electrónica de la entidad

Carrera 48 No 32 -102
Conmutador: 384 73 00
www.hgm.gov.co
Medellín, Colombia
Nit: 890 904 648 -7

Historia Clínica



Paciente : LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
Fec. Nac. : 26.01.1971
Aseguradora : DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITA
Admisión : 23.02.2018
Dirección : CARRERA 37 47 261
Teléfono : 3107745537 -
Nombre Acompañante: CASANOVA MILEIDY
Nombre persona responsable del usuario: RAMIREZ EVA SOCORRO
Teléfono : 3017156582

Identificación : CC - 16786770
Edad/Sexo : 47 años / M
T. Vinculación : NO APLICA
Episodio: 1388975
Ocupación : Otro
Estado Civil : Cas.
Teléfono : 3024400401
Parentesco : Suegro(a)

Nacido en Otra Institución : No
Motivo de Consulta : LEUCOPENIA
Población especial : NO
Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Enfermedad Actual : Masculino de 47 años. Historia de diabetes mellitus en manejo con metformina. Direccionado por hallazgos por leucopenia reportados en varios hemogramas realizados. Trae: 30/11/2017: Hemograma con leucocitos 3900, neutrofilos 1300, linfocitos 1870, monocitos 500, plaquetas 215000. VIH no reactivo, VDRL no reactivo. 14/11/2017: Hemograma con leucocitos 4270, neutrofilos 1700, linfocitos 2050, monocitos 400, plaquetas 245000. TSH 2.49. 25/09/2017: Hemograma con leucocitos 4390, neutrofilos 1300, linfocitos

Revisión Por Sistemas

Síntomas generales :
NEGATIVO
Cabeza :
NEGATIVO
Órganos de los sentidos :
NEGATIVO
Garganta :
NEGATIVO
Cuello :
NEGATIVO
Cardiorrespiratorio :
NEGATIVO
Mamas :
NEGATIVO
Gastrointestinal :
NEGATIVO
Genitourinario :
NEGATIVO
Gineco-Obstétrico :
NEGATIVO
Venéreo :
NEGATIVO
Endocrino :
NEGATIVO
Locomotor :
NEGATIVO
Neuromuscular :
NEGATIVO
Neurológico :
NEGATIVO
Piel y anexos :
NEGATIVO

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso : Vivo
Temperatura : 37,0 °C
Presión Arterial : 110 / 70 mm Hg
Frec. Cardíaca : 70 x min
Frec. Respiratoria : 16 x min

Peso : 83,500 Kg
Talla : 1,680 mtrs
IMC : 29,58
Sat con O2 : 0,00

Per. Cef. : 0,00
Per. Abd. : 0,00
SC (m2) : 1,97
Sat sin O2 : 0,00

Paciente : LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Identificación : CC - 16786770

Historia Clínica

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta
Estado Respiratorio : Normal
Estado de Hidratación : Bien Hidratado
Estado General: Bueno

Hallazgos Examen Físico Adultos

Cabeza : NORMOCÉFALA, IMPLANTACIÓN PILOSA NORMAL
Cara : NORMAL
ORL : NARIZ: RINOSCOPIA BILATERAL NORMAL. OÍDOS: OTOSCOPIA BILATERAL EVIDENCIA CONDUCTO AUDITIVO Y MEMBRANA TIMPÁNICA NORMALES. BOCA: MUCOSA ORAL HÚMIDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA, AMÍGDALAS NORMALES.
Cuello : NO MASAS, NO ADENOPATÍAS, NO INHURGITACIÓN YUGULAR, NO SOPLOS CAROTÍDEOS
Tórax y Mamas : SIMÉTRICO, NO SE EVIDENCIA DE ALTERACIONES; RUIDOS CARDÍACOS: RÍTMICOS, REGULARES, NO SOPLOS; RUIDOS RESPIRATORIOS: VENTILACIÓN PULMONAR SIMÉTRICA, SIN AGREGADOS.
Abdomen : RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, BLANDO, DÉPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO VÍSCEROMEGALIAS, NO MASAS
Genitourinario : GENITALES EXTERNOS NORMALES
Extremidad : NO EDEMAS, PULSOS SIMÉTRICOS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA
Neurológico : CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADO, PARES CRANEALES NORMALES, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, REFLEJOS OSTEO-TENDINOSOS NORMALES, NO DÉFICIT EN EQUILIBRIO Y MARCHA, NO REFLEJOS PATOLÓGICOS, NI SIGNOS MENÍNGEOS.
Otros Hallazgos : NORMAL
Med. Registrada : VALERA AGAMEZ, ARTURO JOSE
Especialidad : HEMATOLOGIA

Registro Med. : 2048202

Análisis y Conducta

Masculino de 47 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 direccionado por leucopenia documentandose neutropenia aislada, descartandose etiologías infecciosas. Se plantea que se trata de una leucopenia crónica benigna sin impacto clínico, sin embargo es pertinente descartar otras etiologías que expliquen un origen secundario. - s/s Hemograma, Vitamina B12, Ácido fólico, ANAS, ENAS, Ecografía de abdomen total, electroforesis de proteínas. - Solicito traer hemogramas de sus hermanos y previos del paciente.

Otros diagnósticos

23.02.2018 14:42:23 VALERA AGAMEZ, ARTURO JOSE
D729
TRASTORNO DE LOS LEUCOCITOS, NO ESPECIFICADO

Justificación de Rechazo Especialidad tratante



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

ESM: 6002

HISTORIA CLÍNICA DE APERTURA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: 28-11-2017 Hora: 16:20.

2. Primer Apellido	Vanegas	Segundo Apellido	Vanegas	Nombres	Van Hércules	3. No. de Historia	16986770
4. Grado:	SP	5. Situación:	A R P B	6. Unidad:		7. Edad:	40
8. Dirección:		9. Teléfono:					

10. Motivo de consulta y enfermedad actual: *re. fajas mader. epodact.*
fractura al fijo oseo nasal cronica > 6 años Ho. torácica
y respiratoria. náusea vómitos
Volata. sangra. crónica + vómitos > 1 año
Epiglotitis con op. Gástrico Ho. cateter y cateterización
de apend. 10 años. náusea vómitos esp.

11. Revisión por sistemas: *Problemas crónicos. Síndrome (Cura) > 1 año*
Ho. "voluta"

12. ANTECEDENTES PERSONALES							
ANTECEDENTE	SI	NO	CUAL	ANTECEDENTE	SI	NO	CUAL
Neonatal		/		Quirúrgicos	X	/	cateterización y cateter
Crecimiento y desarrollo	/	/		Traumáticos	/	/	vómitos
Desarrollo psicomotor	/	/		Tropicales/infec.	/	/	
Tóxico alérgicos	/	/	celíaco (E)	Neurológicos	/	/	
Salud mental	/	/		Cardiovasculares	/	/	
Medicamentos	/	/		Metabólicos	/	/	
Hepatitis - Discrepancia (enfermedad)				Otros	/	/	

13. GINECO-OBSTÉTRICO							
G	P	A	C	V	FUP	FUR	Método de planificación
/	/	/	/	/	/	/	

14. VACUNACIÓN							
DT	FA	RAI	HEP. B				Otras
/	/	/	/	/	/	/	

14.11.2017 - Hb1AC: 6,55. Glucosa: 123.

25.09.17: Glucosa: 145 mg/dl.

Laxospena: Poliquinolo: wacato

15. ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES	SI	NO	COMENTARIOS
Cáncer		/	
Diabetes		/	
Hipertensión		/	
Enfermedad Coronaria		/	
Enfermedad Cerebral		/	
Parkinson		/	
Tuberculosis		/	
Asma		/	
Epilepsia		/	
Otro		/	

16. ESTADO FÍSICO: TA: 150/90 FC: 76 FEA: 16 TEMP: 37 PESO: 97 SAT O₂: 96

Estado general: Buena estado general

Cabeza y cuello:

C.R.L.: (Lesión exofítica pediculada por nasal 175. + correa ligada)

Ojos (pupilas): normal

Cardio-pulmonar: normal

Abdomen: Obesidad grado 2

Recto y ano: no es

Genitourinario: no es

Osteoarticular: normal

Vascular periférico: normal

Piel y anexos: normal

Neurológico: normal

Análisis: normal

Diagnóstico:

Plan: P100 - H1G - Creatina vdr
EDS + Sp. VHT control +
No fono probable

01 Polipo nasal 125

02 Hipertrofia correa

17. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1a. 00 Rinitis

2a. 00 Rinitis

3a. 00 Rinitis

04. Eql.

05. Insomnio

06. Alta? Dda?

07. Delirio

08. Oloro

Insomnio #20.

Sonido #20.

Neurológico #30

Atometanin #1

Para fono p 3 días

Nombre del médico

09. Oloro

10. Oloro

Firma

Registro médico



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN
HOJA EVOLUCION -HC-003



1. DATOS DE IDENTIFICACION

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No HISTORIA
Müller	Valera	Luis Fernando	16186470.

Fecha Hora	EVOLUCION
16 III 18	11:00 am
14:40	Re paravista "hipertrofia corneal" metas superiores". Ex: "Gastritis crónica aguda" Op: "Gastritis crónica aguda" H: 7607 ⊖ Metoplasia retinal negativa "completa" 30-11-2013: Cr: 1,16. Glucoemia: 108 2h: 234 - 2h: 199. Hb: Leucopenia 3400. VCM: 69. Hemoato- crita ⊖ uH ⊖. Coronaria y Cerebral y renal fijos con normal.

→ La esta Ho de hipertrofia y con normal.

→ La esta Ho de hipertrofia y con normal
Ex: 3455. Causa fijos con normal.

Op: 240000.

H: 7607.

Estop: Metoplasia retinal

Ex: 645.

Leucopenia fucata

Alexander Plandon Sepúlveda
Médico Universidad de Antioquia
Reg. 1999-09



EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

28/11/17.

Bro: Millan Varela Leo Hernandez

No. de Historia: 16 78 677 C.

ad: Ninguna Grado: U&P

Sexo: M. Dirección: Crr 93 # 49b - 199 ind

D.1.1

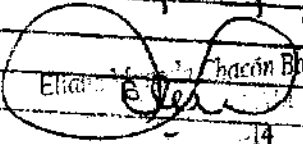
Sex: M.

Direction:

Cr 93 # 49 b - 199

2011

Teléfono: 3107745537

FECHA	HORA	EVOLUCION Y TRATAMIENTO
7/11/17	7:00 AM	<p>OSP realiza valoración física de retiro - A donde a la fecha se ubica con tiempo, espacio y primera persona - Manifiesta alteración en el como dificultad para conciliar el sueño. Antecedentes de educación de sesos de la situación militar - Antecedentes de depleción F32.1 - Impresión diagnóstica - Intento de ideación suicida - Actualmente proceso de servicio de adaptación no evidencia recursos emocionales de adaptación se remite por psiquiatría F32.1 F61.0,</p> <p style="text-align: center;">  Eliana B. Chacón Borge 14 </p>

373335



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 1 de 2

Fecha y hora de generación: 05/12/2017 12:44:02

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2017-12-103227

FECHA Y HORA DE SOLICITUD 12/5/17 12:43 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

TIPO DE DOCUMENTO: CC

DIRECCIÓN: Carrera 54 51 31 N

CORREO ELECTRÓNICO: mily-2205@hotmail.com

MUNICIPIO: ANDES

REGIONAL: NOROCCIDENTE

GRADO: SP

ENTIDAD ADSCRITA: BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE MEDELLIN

FECHA DE NACIMIENTO: 26/01/1971

NÚMERO DE DOCUMENTO: 16786770

CELULAR O TELÉFONO: 6138001

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

CÓDIGO ESM O UPGD: 050018509280

ESTADO: Activo

FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	Hematología - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLCIO 6,65 GLIC 123
HEMATOLOGÍA (NOV 2017) GB 4,27 HB 14,5 MCV 69 MCHC 22 NEUTRO FILOS 1,7 NEU 49% LIN 48% EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA
GLÓBULOS BLANCOS DISMINUIDOS EN NUMERO - HALLAZGO QUE ES REPETITIVO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Relacionado	R72X	ANORMALIDADES DE LOS LEUCOCITOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

CONTROL

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLCIO 6,65 GLIC 123

EXAMENES FÍSICOS

Abdomen: Normal, Cabeza y craneo: Normal, Cuello: Normal, Extremidades: Normal, Faneras: Normal, Genitourinario: Normal, Mamas: Normal, Mental: Normal, Nariz: Normal, Neurológico: Normal, Oídos: Normal, Ojos: Normal, Orofaringe: Normal, Tacto-rectal: Normal, Torax: Normal, Condiciones generales: BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL
CP SIN ALTERACIONES
RESTO CONSERVADO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLCIO 6,65 GLIC 123
HEMATOLOGÍA (NOV 2017) GB 4,27 HB 14,5 MCV 69 MCHC 22 NEUTRO FILOS 1,7 NEU 49% LIN 48% EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GLÓBULOS BLANCOS
DISMINUIDOS EN NUMERO - HALLAZGO QUE ES REPETITIVO



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

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO: MOM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.85.1-8 v1

PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica -PROGTEC

Vigente a partir de:

Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	5SERV-2017-12-929491	FECHA DE	05-12-2017 12:43:45	CIE 10	E119	RT2X	No registra	No registra	
SSM QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR			UNIDAD ORGANICA		No registra	CAMA	No registra	
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			EDAD	Nº HISTORIA	AFILIACION	PUERZA	ARL	
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA			46	18786770	Cotizante	Ejército	No registra	
CENTRO DE COSTOS	No registra								
ORDEN MEDICA									
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS-CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLICIO 8,65 GLIC 123 HEMATOLOGIA (NOV 2017) GB 4,27 HB 14,5 MCV 69 MCHC 22 NEUTRO FILOS 1,7 NEU 48% LIN 48% EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA GLOBULOS BLANCOS DISMINUIDOS EN NUMERO HALLAZGO QUE ES REPETITIVO - VIH NEGATIVO									
PROCEDIMIENTO SOLICITADO							CODIGO	VALOR	CANTIDAD
1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA							890366	No registra	1
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS-CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLICIO 8,65 GLIC 123									
2 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL							850301	No registra	1
PROGRAMA Y PYP DE RIESGO CARDIOVASCULAR									

HOMBRE MEDICO

RITA CARRERO MORA
C.E. 507102
Medicina Interna
Reg. 05-4309-15

FIRMA MEDICO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 2 de 2

Fecha y hora de generación: 05/12/2017 12:44:02

DIAGNÓSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: RITA ELIZABETH CARRERO MORA
TELÉFONO O CELULAR: 3695020
SERVICIO SOLICITADO: Hematología - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial
SERVICIO QUE SOLICITA: MEDICINA GENERAL y/o FAMILIA

RITA CARRERO MORA
C.E. 507102
Medicina Interna
Reg. 05-4309-15



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 1 de 2

Fecha de Ingreso : 25-sep.-2017 6:39 am

Fecha de Impresión :

No de Orden : 925019
Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Documento Id : CC 16786770
Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 46 Años 7 mese Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
GLICEMIA BASAL	* 149	mg/dL	75	110
COLESTEROL	165	mg/dL	0	200
TRIGLICERIDOS	* 246	mg/dL	0	200
HDL COLESTEROL	38	mg/dL		
VALORES DE REFERENCIA				
HOMBRES : SIN RIESGO MAYORES DE 55 mg/dL MUJERES : SIN RIESGO MAYOR DE 65				
RIESGO MODERADO DE 35 -55 mg/dL RIESGO MODERADO 45-65				
RIESGO ALTO MENOR DE 35 mg/dL RIESGO ALTO MENOR A 45				
LDL COLESTEROL	77.8	mg/dL	60.000	170.000
VLDL COLESTEROL	* 49.2	mg/dL	8.0	40.0

Firma Responsable

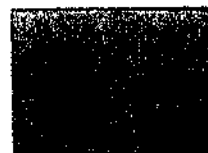
Dra. Karina Fumero M.
Reg: 23-6875-07 U de A.

HEMATOLOGIA
CUADRO HEMÁTICO

WBC	* 4.39	x 10 ³ /uL	4.50	11.00
RBC	* 6.61	x10 ⁶ /uL	4.20	5.40
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	14.0	18.0
HEMATOCRITO	45.6	%	40.0	54.0
MCV	* 69.0	fL	80.0	100.0
MCH	* 22.5	pg	26.0	34.0
MCHC	32.7	g/dL	32.0	38.0
PLAQUETAS	228	x10 ³ /uL	150.0	450.0
RDW-CV	* 15.0	%	12.0	14.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS-SD	36.90	fL		
MPV	11.00	fL	9.00	13.00
NEUTROFILOS ABS.	* 1.3	10 ³ /uL	1.8	7.7
LINFOCITOS ABS.	2.49	10 ³ /uL	1.50	4.00
MONOCITOS #:	0.40	10 ³ /uL	0.20	0.80
EOSINOFILOS #:	0.18	10 ³ /uL	0.05	0.70
BASOFILOS #:	0.02	10 ³ /uL	0.00	0.30
NEUTROFILOS %	* 29.6	%	45.0	70.0
LINFOCITOS	* 56.7	%	20.0	40.0
%MONOCITOS	* 9.1	%	2.0	8.0
% EOSINOFILOS	4.1	%	1.0	5.0
% BASOFILOS	0.5	%		
DIFERENCIAL MANUAL				
% MONOCITOS ::10				
% NEUTROFILOS ::30				
% LINFOCITOS ::60				

POST 85

Firma Responsable



UROANALISIS

Preliminar



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 2 de 2

Fecha de Ingreso : 25-sep.-2017 6:39 am

Fecha de Impresión :

No de Orden : **925019**
Paciente : **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO**
Documento Id : **CC 16786770**
Medico : **CONSULTA EXTERNA**

Edad : 46 Años 7 mese Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
PARCIAL DE ORINA			
COLOR:	Amarillo P.	-	
ASPECTO:	Claro	-	
DENSIDAD:	1.020	-	
pH.:	5.00	-	
LEUCOCITOS:	25.00	Leuco/uL	
Nitritos	Ngativo.	-	
PROTEINAS	Ngativo.	mg/dL	
GLUCOSA:	Normal.	mg/dL	
C.CETONICOS:	Ngativo.	mg/dL	
Urobilinogeno	norm	mg/dL	
BILIRRUBINA:	Ngativo.	mg/dL	
ERITROCITOS	Ngativo.	ery/uL	
SEDIMENTO MICROSCOPICO	C	-	
Bacterias : No obser			
Leucocitos : 6-8 AP			
Cel Bajas : 3-5 AP			

Firma Responsable


Dra. María Teresa Cortés C.
Reg: 4-3694 U de A.



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 1 de 2

Fecha de Ingreso : 14-nov.-2017 7:28 am

Fecha de Impresión :

No de Orden : 1114051
Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Documento Id : CC 16786770
Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 46 Años 9 mese Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
GLICEMIA BASAL	* 123	mg/dL	75	110
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	* 6.65	%	4.80	5.90
Valores de referencia adicional:				
Diabéticos controlados < 7.0				
Intervención terapéutica > 8.0				

Firma Responsable

Dra. Karina Fuminaya M.
Reg: 23-8875-02 U de A.

HEMATOLOGIA
CUADRO HEMATICO

WBC	* 4.27	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4.50	11.00
RBC	* 6.48	$\times 10^6/\mu\text{L}$	4.20	5.40
HEMOGLOBINA	14.5	g/dL	14.0	18.0
HEMATOCRITO	45.0	%	40.0	54.0
MCV	* 69.4	fL	80.0	100.0
MCH	* 22.4	pg	26.0	34.0
MCHC	32.2	g/dL	32.0	38.0
PLAQUETAS	245	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150.0	450.0
RDW-CV	* 14.7	%	12.0	14.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS-SD	36.30	fL		
MPV	11.10	fL	9.00	13.00
NEUTROFILOS ABS.	* 1.7	$10^3/\mu\text{L}$	1.8	7.7
LINFOCITOS ABS.	2.05	$10^3/\mu\text{L}$	1.50	4.00
MONOCITOS #:	0.40	$10^3/\mu\text{L}$	0.20	0.80
EOSINOFILOS #:	0.13	$10^3/\mu\text{L}$	0.05	0.70
BASOFILOS #:	0.02	$10^3/\mu\text{L}$	0.00	0.30
NEUTROFILOS %	* 39.1	%	45.0	70.0
LINFOCITOS	* 48.0	%	20.0	40.0
%MONOCITOS	* 9.4	%	2.0	8.0
% EOSINOFILOS	3.0	%	1.0	5.0
% BASOFILOS	0.5	%		

FROTIS DE SANGRE PERIFERICA

GLOBULOS ROJOS
HIPOCROMIA: LIGERA
ANISOCITOSIS: LIGERA
PREDOMINIO DE MICROCITOS
GLOBULOS BLANCOS
DISMINUIDOS EN NUMERO: .
NORMALES EN MORFOLOGIA: .
PLAQUETAS SANGRE PERIFERICA
NORMALES EN NUMERO Y MORFOLOGIA: .

Firma Responsable



Preliminar



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 2 de 2

Fecha de Ingreso : 14-nov.-2017 7:28 am

Fecha de Impresion :

No de Orden :	1114051	Edad :	46 Años 9 mese	Sexo:	M
Paciente :	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO	Telefono :	3107745537		
Documento Id :	CC 16786770				
Medico :	CONSULTA EXTERNA				

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
<u>HORMONAS E INFECCIOSAS</u>				
TSH	2.49	uIU/ml	0.27	4.20
TECNICA : ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA.				

Firma Responsable





HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 1 de 2

Fecha de Ingreso : 30-nov.-2017 6:44 am

Fecha de Impresión :

No de Orden : 1130025
Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Documento Id : CC 16786770
Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 46 Años 10 mes Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

QUIMICA

CREATININA	1.16	mg/dL	0.67 1.20
------------	------	-------	-----------

Valores de referencia adicionales:
Neonatos prematuros: 0.33 - 0.98
Neonatos a termino: 0.31 - 0.88

CURVA DE GLICEMIA CON CARGA DE 75Gr.

GLICEMIA BASAL	108	mg/dL	75 110
GLICEMIA 1 HORA	234	ml/dL	

Valor de referencia: Inferior a 200 ml/dL.

GLICEMIA 2 HORAS	189	ml/dL	
------------------	-----	-------	--

Valor de referencia: Inferior a 140 ml/dL.

Firma Responsable

[Firma]
Dra. Karina Fernández M
Reg: 23-1875-02 U de A.

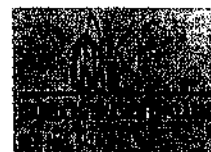
HEMATOLOGIA
CUADRO HEMATICO

WBC	* 3.90	$\times 10^3/uL$	4.50	11.00
RBC	* 6.75	$\times 10^6/uL$	4.20	5.40
HEMOGLOBINA	15.2	g/dL	14.0	18.0
HEMATOCRITO	46.6	%	40.0	54.0
MCV	* 69.0	fL	80.0	100.0
MCH	* 22.5	pg	26.0	34.0
MCHC	32.6	g/dL	32.0	38.0
PLAQUETAS	215	$\times 10^3/uL$	150.0	450.0
RDW-CV	* 15.4	%	12.0	14.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS-SD	37.50	fL		
MPV	11.20	fL	9.00	13.00
NEUTROFILOS ABS.	* 1.3	$10^3/uL$	1.8	7.7
LINFOCITOS ABS.	1.87	$10^3/uL$	1.50	4.00
MONOCITOS #:	0.50	$10^3/uL$	0.20	0.80
EOSINOFILOS #:	0.19	$10^3/uL$	0.05	0.70
BASOFILOS #:	0.01	$10^3/uL$	0.00	0.30
NEUTROFILOS %	* 34.1	%	45.0	70.0
LINFOCITOS	* 47.9	%	20.0	40.0
%MONOCITOS	* 12.8	%	2.0	8.0
% EOSINOFILOS	4.9	%	1.0	5.0
% BASOFILOS	0.3	%		

DIFERENCIAL MANUAL

LEUCOPENIA CONFIRMADA EN ESP
MICROCITOS +

Firma Responsable



INMUNOLOGIA

Preliminar



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 2 de 2

Fecha de Ingreso : 30-nov.-2017 6:44 am

Fecha de Impresión :

No de Orden : **1130025**
Paciente : **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO**
Documento Id : **CC 16786770**
Medico : **CONSULTA EXTERNA**

Edad : 46 Años 10 mes Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
PRUEBA RAPIDA PARA DETECCION CUALITATIVA DE ANTICUERPOS VIH Tecnica: INMUNOCROMATOGRAFIA	NO REACTIVO		
PRUEBA RAPIDA INMUNOCROMATOGRAFICA PARA DETECCION CUALITATIVA DE ANTICUERPOS DE VIH TIPO I Y TIPO II. SEROLOGIA VDRL	NO REACTIVO		

Firma Responsable





HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 1 de 1

Fecha de Ingreso : 27-feb.-2018 6:53 am

Fecha de Impresion :

No de Orden : **227036**
Paciente : **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO**
Documento Id : **CC 16786770**
Medico : **CONSULTA EXTERNA**
Edad : 47 Años 1 mese Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

WBC	4.76	x 10 ³ /uL	4.50	11.00
RBC	* 6.60	x10 ⁶ /uL	4.20	5.40
HEMOGLOBINA	14.5	g/dL	14.0	18.0
HEMATOCRITO	45.0	%	40.0	54.0
MCV	* 68.2	fL	80.0	100.0
MCH	* 22.0	pg	26.0	34.0
MCHC	32.2	g/dL	32.0	38.0
PLAQUETAS	225	x10 ³ /uL	150.0	450.0
RDW-CV	* 15.6	%	12.0	14.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS-SD	37.30	fL		
MPV	11.60	fL	9.00	13.00
NEUTROFILOS ABS.	* 1.5	10 ³ /uL	1.8	7.7
LINFOCITOS ABS.	2.59	10 ³ /uL	1.50	4.00
MONOCITOS #:	0.43	10 ³ /uL	0.20	0.80
EOSINOFILOS #:	0.23	10 ³ /uL	0.05	0.70
BASOFILOS #:	0.04	10 ³ /uL	0.00	0.30
NEUTROFILOS %	* 31.0	%	45.0	70.0
LINFOCITOS	* 54.4	%	20.0	40.0
%MONOCITOS	* 9.0	%	2.0	8.0
% EOSINOFILOS	4.8	%	1.0	5.0
% BASOFILOS	0.8	%		

Firma Responsable

Dra. Karina Fuenmayor M.
Reg: 23-8875-02 U de A.



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
HOSPITAL MILITAR DE MEDELLÍN



PACIENTE : LUÍS HERNANDO MILLÁN VARELA
EDAD : 47 años
DI : 16'786.770 de Cali
FECHA : 30 de enero de 2018
TELÉFONO : 3107745537- 6138001
INDICACION : Dolor abdominal
SEDACIÓN : Propofol 150 mg

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

ESOFAGO:

Paso fácil por el cricofaríngeo. Mucosa, calibre, motilidad y distensibilidad normales. Línea Z regular a los 43 cms. Hiato diafragmático competente a los 43 cms

ESTOMAGO:

Lago gástrico claro escaso. Estructuras gástricas conservadas. Mucosa de fondo y cuerpo normales. Pliegues gástricos normales en forma y tamaño. Mucosa gástrica con parches claros y eritematosos.

DUODENO:

Bulbo duodenal y segunda porción normal

DIAGNÓSTICO:

GASTRITIS CRÓNICA ANTRAL

Patología: De antro

Doctor ÁLVARO PÍO QUINTERO VEGA
CIRUGÍA GASTROINTESINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TP 4910/93



Laboratorio Médico
Echavarría



ORDEN O CÓDIGO: 20112805
Página No: 1 de 1
Ingreso de Información: 01-feb-2018
Descripción del Reporte: Preliminar

Paciente:	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO	Médico:		Empresa:	HOSPITAL MILITAR REGIONAL MED - DI
Edad:	47 Años 0 meses 6 días	Teléfono:		Autorización:	13656
Género:	Masculino	Envío de resultados:		Sede:	Suramericana
Identificación:	16786770	Fax:	SIN DATO		
Teléfono:	3107745537				
Dirección:	TABLAZO				
E-mail:	LHM2601@HOTMAIL.COM				

El intervalo Biológico de referencia ha sido ajustado de acuerdo a la edad, género y metodología

Nombre de Examen

PATOLOGIA

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA UNA MUESTRA.

CONSECUTIVO BIOPSIA

L18-2126

SITIO ANATÓMICO BIOPSIA

ANTRO

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA UNA MUESTRA

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

Rotulado con el nombre del paciente se reciben 2 fragmentos de tejido blando obtenidos por endoscopia. Se procesa todo el material.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Estómago: Quedan representados fragmentos de mucosa gástrica antral con focos de metaplasia intestinal completa. El epitelio presenta cambios reactivos. El moco de las foveolas no se encuentra colonizado por estructuras bacilares de tipo *Helicobacter pylori*. La lámina propia presenta infiltrado inflamatorio linfo-plasmocitario moderado sin formación de folículos linfoides. Además hay exocitosis de PMN neutrófilos a través del epitelio. Muestra negativa para displasia y malignidad.

DIAGNÓSTICO:

ESTÓMAGO, MUCOSA ANTRAL (BIOPSIA):

- GASTRITIS CRÓNICA ACTIVA MODERADA.
- *HELICOBACTER PYLORI* NEGATIVO.
- METAPLASIA INTESTINAL COMPLETA.

Fecha: Hora:

Toma de Muestra: 2018/02/01 10:42

Reporte: 2018/02/02 12:44

Técnica: MICROSCOPIA DE LUZ

GABRIEL ANTONIO GALLÓN JIMÉNEZ
Médico cirujano especialista en Patología
REG: 630-94

RESULTADO VALIDADO Y EXPEDIDO POR EL LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA

Fecha: 2018/02/12 Hora: 13:32



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 3 de 3

Fecha y hora de generación: 20/09/2017 09:47:49

SIENTO UN REFLUJO

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO CON CUADRO CLÍNICO CONSISTENTE EN SENSACIÓN DE AHOGO CUANDO SE RECUERDA PUES SIENTO REFLUJO EN LAS NOCHES, PIROSIS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA, ADEMÁS PACIENTE REFIERE QUE HA PRESENTADO EPISODIOS DE PICADA A NIVEL D TORAX IZQUIERDO Y LO ASOCIA CON ADORMECIMIENTO DEL BRAZO IZQUIERDO, NIEGA DISNEA EN EL MOMENTO DE LAS PICADAS, REFIERE QUE NO SON CONSTANTES, ES OCASIONAL PERO REFIERE QUE LOS DOLORES SON INTENSOS, ADEMÁS REFIERE QUE TIENE MAREOS CUANDO SE LEVANTA MUY RÁPIDO

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen: Normal, Cabeza y craneo: Normal, Cuello: Normal, Extremidades: Normal, Faneras: Normal, Genitourinario: Normal, Mamas: Normal, Mental: Normal, Nariz: Normal, Neurológico: Normal, Oídos: Normal, Ojos: Normal, Orofaringe: Normal, Tacto-rectal: Normal, Torax: Normal, Condiciones generales: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, NI AGREGADOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIN EDEMA

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

PACIENTE EN EL MOMENTO CLÍNICAMENTE ESTABLE QUIEN CURSA CON SINTOMAS DE GASTRITIS, DADO POR REFLUJO Y PIROSIS, SE CONSIDERA QUE SE DEBE INICIAR TRATAMIENTO SINTOMÁTICO, SE DA OMEPRAZOL Y CON HIDROXIDO DE ALUMINIO, ADEMÁS POR LO DOLORES EN EL PECHO SE DECIDE SOLICITAR ELECTROCARDIOGRAMA PARA DESCARTAR CARDIOPATIA, SIN EMBARGO SE LE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR POR URGENCIAS. SE DECIDE SOLICITAR LABORATORIOS DE CONTROL PARA DESCARTAR QUE EL MAREO SEA POR CAUSA METABOLICA

DIAGNÓSTICOS

No Registra


INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: LINA MARIA ORJUELA PARDO
TELÉFONO O CELULAR: 4531899
SERVICIO SOLICITADO: Enfermería - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial

SERVICIO QUE SOLICITA: MEDICINA GENERAL y/o FAMILIA

Lina M. Orjuela Pardo
Médico General SSFM
C.C. 1017 438 582

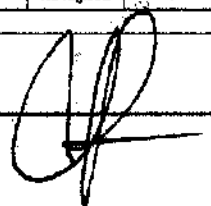
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	ORDEN DE PROCEDIMIENTOS	
	CÓDIGO: MDM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.95.1-6 v1	
	PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica - PROGTEC	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-10-728943	FECHA DE	02-10-2017 18:32:21	CIE 10	E781	No registra	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04		HOSPITAL MILITAR	UNIDAD ORGANICA		No registra	CAMA	No registra
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES		EDAD	N° HISTORIA	AFILIACION	FUERZA	ARL	EPS
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA		46	16766770	Colizante	Ejército	No registra	No registra
CENTRO DE COSTOS	No registra							
ORDEN MEDICA								
PROCEDIMIENTO SOLICITADO						CÓDIGO	VALOR	CANTIDAD
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA					880306	No registra	1
CONTROL ENTRES MESES.								

NOMBRE MEDICO

FIRMA MEDICO





MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 1 de 2

Fecha y hora de generación: 06/10/2017 08:35:28

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2017-10-70619

FECHA Y HORA DE SOLICITUD 10/6/17 8:35 AM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

TIPO DE DOCUMENTO: CC

DIRECCIÓN: Carrera 54 51 31 N

CORREO ELECTRÓNICO:

MUNICIPIO: ANDES

REGIONAL: NOROCCIDENTE

GRADO: SP

ENTIDAD ADSCRITA: BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE MEDELLÍN

FECHA DE NACIMIENTO: 26/01/1971

NÚMERO DE DOCUMENTO: 16786770

CELULAR O TELÉFONO: 8415333

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

CÓDIGO ESM O UPGD: 050018509280

ESTADO: Activo

FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	CANTIDAD
890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	1

OBSERVACIÓN

HIPERGLICEMIA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	CANTIDAD
890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	1

OBSERVACIÓN

HIPERGLICEMIA E HIPERLIPIDEMIA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	R739	HIPERGLICEMIA, NO ESPECIFICADA
Relacionado	E785	HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

PARTE DE LOS EXÁMENES

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO QUIEN TRAJÓ LABORATORIOS Y ELECTROCARDIOGRAMA SOLICITADOS PORQUE EL PACIENTE REFERÍA DOLOR DE CABEZA, MAREO Y DOLOR A NIVEL PRECORDIAL. PACIENTE VIENE A MOSTRARLOS. PACIENTE REFIERE QUE PERSISTE CON LA SINTOMATOLOGÍA DE CEFALEA Y MAREO, ADEMÁS REFIERE QUE SE LE TAPAN EN OCASIONES LAS FOSAS NASALES Y QUE LE DIFICULTA LA RESPIRACIÓN. EN EL MOMENTO PACIENTE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA ADICIONAL.

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen: Normal, Cabeza y craneo: Normal, Cuello: Normal, Extremidades: Normal, Faringes: Normal, Genitourinario: Normal, Mamas: Normal, Mental: Normal, Nariz: Normal, Neurológico: Normal, Oídos: Normal, Ojos: Normal, Orofaringe: Normal, Tacto-rectal: Normal, Tórax: Normal, Condiciones generales: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS PALPABLES, TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 2 de 2

Fecha y hora de generación: 06/10/2017 08:35:28

AUDIBLES, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, ABDÓMEN CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIN EDEMA

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

PACIENTE EN EL MOMENTO CLÍNICAMENTE ESTABLE, QUIEN TRAE EXÁMENES DE LABORATORIO DEL 25/09/2017: GLICEMIA: 149 MG/DL, COLESTEROL: 165 MG/DL, TRIGLICÉRIDOS: 246 MG/DL, HDL: 38 MG/DL, LDL: 77.8, CUADRO HEMÁTICO: LEUCOCITOS: 4.390, HB: 14.9 G/DL, HTO: 45.6, PLAQUETAS: 228.000, NEÚTROFILOS: 29.6%, SE EVIDENCIA QUE HAY HIPERGLICEMIA, PACIENTE REFIERE QUE YA HA TOMADO METFORMINA PERO QUE LE PRODUCE TAQUICARDIA, ADEMÁS PACIENTE CON HIPERTRIGLICERIDEMIA, SE DECIDE DAR REMISIÓN A NUTRICIÓN PARA DIETA QUE AYUDE A DISMINUIR VALORES, ADEMÁS SE REMITE A MEDICINA INTERNA PARA MANEJO, POR OTRO LADO SE DA GEMFIBROZIL, ADEMÁS POR SÍNTOMAS DE RINITIS SE DA TRATAMIENTO CON LORATADINA

DIAGNÓSTICOS

No Registra


INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: LINA MARIA ORJUELA PARDO
TELÉFONO O CELULAR: 4531899
SERVICIO SOLICITADO: Medicina Interna - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial

SERVICIO QUE SOLICITA: MEDICINA GENERAL y/o FAMILIA

Lina Maria Orjuela Pardo
C.C. 1143 811 582

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	Historia clínica	
	Código:	
	Proceso:	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-11-800549	FECHA DE	01-11-2017 09:43:04	CIE 10	Z131	No registra	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR		UNIDAD ORGANICA		No registra	CAMA	No registra	No registra
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	N° HISTORIA	AFILIACIÓN	FUERZA	ARL	EPS	
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA	46	16786770	Cotizante	Ejército	No registra	No registra	
CENTRO DE COSTOS	No registra							


ORDEN MEDICA

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISIÓN GLIC AYUNAS 149

PROCEDIMIENTO SOLICITADO	CODIGO	VALOR	CANTIDAD
1 HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	903426	No registra	1
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISIÓN GLUC 149 ++			
2 GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	903841	No registra	1
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISIÓN GLUC 149 ++			
3 HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	904904	No registra	1
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISIÓN GLUC 149 ++			
4 EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	902206	No registra	1
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISIÓN GLUC 149 ++			

RITA CARRERO MORA
C.E. 507102
 NOMBRE MEDICO
 Medicina Interna
 Reg. 05-4309-15

RITA CARRERO MORA
C.E. 507102
 FIRMA MEDICO
 Medicina Interna
 Reg. 05-4309-15

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección General de Sanidad Militar	ORDEN DE PROCEDIMIENTOS	
	CÓDIGO: MDM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.95.1-6 v1	
	PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica -PROGTEC	
	Vigente a partir de:	Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-11-800549	FECHA DE	01-11-2017 09:43:04	CIE 10	Z131	No registra	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR		UNIDAD ORGANICA		No registra	CAMA	No registra	No registra
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	N° HISTORIA	AFILIACIÓN	FUERZA	ARL	EPS	
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA	46	16786770	Cotizante	Ejército	No registra	No registra	
CENTRO DE COSTOS	No registra							

ORDEN MEDICA

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISIÓN GLIC AYUNAS 149

PROCEDIMIENTO SOLICITADO	CODIGO	VALOR	CANTIDAD
1 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	890386	No registra	1
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS - REFIERE ENFERMEDAD ACTUAL CARACTERIZADA POR MAREOS Y CEFALEA OCASIONAL - TRAE RESULTADO DE LAB PARA REVISIÓN GLUC 149 ++			

C.E. 507102
 NOMBRE MEDICO
 Medicina Interna
 Reg. 05-4309-15

C.E. 507102
 FIRMA MEDICO
 Medicina Interna
 Reg. 05-4309-15



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

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO: MDM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.85.1-6 v1

PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica -PROGTEC

Vigente a partir de:

Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-11-852853	FECHA DE	16-11-2017 06:37:38	CIE 10	Z719	No registra	No registra	No registra	
EN QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR			UNIDAD ORGANICA		No registra	CAMA	No registra	
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES			EDAD	N° HISTORIA	AFILIACIÓN	FUERZA	ARL	EPS
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA			48	16786770	Colizante	Ejército	No registra	No registra
CENTRO DE COSTOS	No registra								
ORDEN MEDICA									
PROCEDIMIENTO SOLICITADO									
1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OPTOMETRIA						CODIGO	VALOR	CANTIDAD
FICHA MEDICA RETIRO						890207	No registra	1	
2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA						CODIGO	VALOR	CANTIDAD
FICHA MEDICA DE RETIRO						890210	No registra	1	

NOMBRE MEDICO

FIRMA MEDICO



**MISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLÍN**



PACIENTE : LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
DI : 16786770
EDAD : 47 AÑOS
FECHA : 5 DE MARZO DE 2018

ECOGRAFÍA ABDOMEN TOTAL

El hígado es de forma y tamaño conservado, con aumento difuso de la ecogenicidad parenquimatosa, compatible con esteatosis, sin evidencia de lesiones focales ni difusas.

Vesícula biliar ausente acorde a antecedente quirúrgico.

Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Colédoco de 3 mm

Páncreas de morfología, tamaño y ecoestructura conservadas, en los sectores visualizados.

Riñones de morfología, posición, tamaño y ecoestructura normales.

Relaciones cortico-medulares preservadas. No hay dilataciones pielocaliciales, ni signos de macrolitiasis. No se ven masas ni colecciones peri renales.

Bazo de tamaño y ecoestructura conservada.

Vejiga con adecuada repleción, de paredes finas, sin imágenes endoluminales.

Glándula prostática de ecoestructura heterogénea, volumen aproximado de 15 CC

Aorta de calibre conservado en los segmentos evaluados.

No se observa líquido libre en cavidad abdominopélvica.

CONCLUSIÓN:

- **ESTEATOSIS HEPATICA LEVE.**

R. HEMERSON LOSADA
Especialista en Imágenes Diagnósticas
MN: 7703315

Orfi zuleta /Auxiliar de enfermería

HÉROES MULTIMISIÓN
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA

Per en la causa
Dirección de la Unidad - Ciudad o Mpio - Depto
No del Conmutador - No de fax institucional
Dirección página web - Dirección electrónica de la entidad

Carrera 48 No 32 -102
Conmutador: 384 73 00
www.hgm.gov.co
Medellín, Colombia
Nit: 890 904 646 -7

Historia Clínica



Paciente : LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
Fec. Nac. : 26.01.1971
Aseguradora : DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITA
Admisión : 23.02.2018
Dirección : CARRERA 37 47 261
Teléfono : 3107745537 -
Nombre Acompañante: CASANOVA MILEIDY
Nombre persona responsable del usuario: RAMIREZ EVA SOCORRO
Teléfono : 3017156582

Identificación : CC - 16786770
Edad/Sexo : 47 años / M
T. Vinculación : NO APLICA
Episodio: 1388975
Ocupación : Otro
Estado Civil : Cas.
Teléfono : 3024400401
Parentesco : Suegro(a)

Nacido en Otra Institución : No
Motivo de Consulta : LEUCOPENIA
Población especial : NO
Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica
Enfermedad Actual : Masculino de 47 años. Historia de diabetes mellitus en manejo con metformina. Direccionado por hallazgos por leucopenia reportados en varios hemogramas realizados. Trae: 30/11/2017: Hemograma con leucocitos 3900, neutrofilos 1300, linfocitos 1870, monocitos 500, plaquetas 215000. VIH no reactivo, VDRL no reactivo. 14/11/2017: Hemograma con leucocitos 4270, neutrofilos 1700, linfocitos 2050, monocitos 400, plaquetas 245000. TSH 2.49. 25/09/2017: Hemograma con leucocitos 4390, neutrofilos 1300, linfocitos

Revisión Por Sistemas

Síntomas generales :
NEGATIVO
Cabeza :
NEGATIVO
Órganos de los sentidos :
NEGATIVO
Garganta :
NEGATIVO
Cuello :
NEGATIVO
Cardiorrespiratorio :
NEGATIVO
Mamas :
NEGATIVO
Gastrointestinal :
NEGATIVO
Genitourinario :
NEGATIVO
Gineco-Obstétrico :
NEGATIVO
Venéreo :
NEGATIVO
Endocrino :
NEGATIVO
Locomotor :
NEGATIVO
Neuromuscular :
NEGATIVO
Neurosiquiátrico :
NEGATIVO
Piel y anexos :
NEGATIVO

Signos Vitales de Ingreso

Estado de Ingreso	: Vivo				
Temperatura	: 37,0	°C	Peso	: 83,500	Kg
Presión Arterial	: 110	/ 70 mm Hg	Talla	: 1,680	mtrs
Frec. Cardiaca	: 70	x min	IMC	: 29,58	
Frec. Respiratoria	: 16	x min	Sat con O2	: 0,00	
			Per. Cef.	: 0,00	
			Per. Abd.	: 0,00	
			SC (m2)	: 1,97	
			Sat sin O2	: 0,00	

Paciente

: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Identificación

: CC - 16786770

Historia Clínica

Examen Físico

Estado de Conciencia : Alerta

Estado Respiratorio : Normal

Estado de Hidratación : Bien Hidratado

Estado General: Bueno

Hallazgos Examen Físico Adultos

Cabeza : NORMOCÉFALA, IMPLANTACIÓN PILOSA NORMAL

Cara : NORMAL

ORL : NARIZ: RINOSCOPIA BILATERAL NORMAL. OÍDOS: OTOSCOPIA BILATERAL EVIDENCIA CONDUCTO AUDITIVO Y MEMBRANA TIMPÁNICA NORMALES. BOCA: MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE NO CONGESTIVA, AMÍGDALAS NORMALES.

Cuello : NO MASAS, NO ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR, NO SOPLOS CAROTÍDEOS

Tórax y Mamas : SIMÉTRICO, NO SE EVIDENCIA DE ALTERACIONES; RUIDOS CARDÍACOS: RÍTMICOS, REGULARES, NO SOPLOS; RUIDOS RESPIRATORIOS: VENTILACIÓN PULMONAR SIMÉTRICA, SIN AGREGADOS.

Abdomen : RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO VÍSCEROMEGALIAS, NO MASAS

Genitourinario : GENITALES EXTERNOS NORMALES

Extremidad : NO EDEMAS, PULSOS SIMÉTRICOS, PERFUSIÓN DISTAL ADECUADA

Neurológico : CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADO, PARES CRANEALES NORMALES, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO, REFLEJOS OSTEO-TENDINOSOS NORMALES, NO DÉFICIT EN EQUILIBRIO Y MARCHA, NO REFLEJOS PATOLÓGICOS, NI SIGNOS MENÍNGEOS.

Otros Hallazgos : NORMAL

Med. Registra : VALERA AGAMEZ, ARTURO JOSE

Registro Med. : 2048202

Especialidad : HEMATOLOGIA

Análisis y Conducta

Masculino de 47 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 direccionado por leucopenia documentandose neutropenia aislada, descartandose etiologías infecciosas. Se plantea que se trata de una leucopenia crónica benigna sin impacto clínico, sin embargo es pertinente descartar otras etiologías que expliquen un origen secundario. - s/s Hemograma, Vitamina B12, Ácido fólico, ANAS, ENAS, Ecografía de abdomen total, electroforesis de proteínas. - Solicito traer hemogramas de sus hermanos y previos del paciente.

Otros diagnósticos

23.02.2018

14:42:23

VALERA AGAMEZ, ARTURO JOSE

D729

TRASTORNO DE LOS LEUCOCITOS, NO ESPECIFICADO

Justificación de Rechazo Especialidad tratante



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

ESM: 6002

HISTORIA CLÍNICA DE APERTURA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Fecha: 28-11-2019 Hora: 16:20.

2. Primer Apellido	2. Segundo Apellido	3. Nombres	3. No. de Historia
Muller	Varela	Vin Havello	16786770
4. Grado: SP	5. Situación:	6. Unidad:	7. Edad: 40
8. Dirección:	9. Teléfono:		

10. Motivo de consulta y enfermedad actual: *Examen médico de ingreso a la fuerza*
Trasladado al Hospital General de Bogotá por diagnóstico de
epilepsia y síndrome de Tourette. Diagnóstico de epilepsia y síndrome de
Tourette. Diagnóstico de epilepsia y síndrome de Tourette.
Epilepsia con crisis parciales simples y complejas.
Se ingresó a la fuerza militar en 2010.

11. Revisión por sistemas: *Problemas cardíacos: Síndrome de Brugada > 100*
Ho. "normal"

12. ANTECEDENTES PERSONALES							
ANTECEDENTE	SI	NO	CUAL	ANTECEDENTE	SI	NO	CUAL
Neonatal				Quirúrgicos	X		colecistectomía y colectomía
Crecimiento y desarrollo				Traumáticos			veredones
Desarrollo Psicomotor				Tropicales/infecc.			
Técnicos clínicos			celigco: ⊖	Neurológicos			
Salud mental				Cardiovasculares			
Medicamentos				Metabólicos			
Hipertensión - Diabetes - Leucopenia				Otros			

13. GINECO-OBSTÉTRICO							
G	P	A	C	V	FUP	FUR	Método de planificación

14. VACUNACIÓN							
DT	FA	PAI	HEP B	Otras			

14.11.2017 - Hb1AC: 6,55. Glucosa: 123.

25.09.17: Glucosa: 145mg/dl.

Laxopena - Poliquinif - wacoceto

15. ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES	SI	NO	COMENTARIOS
Cáncer		/	
Diabetes		/	
Hipertensión		/	
Enfermedad Coronaria		/	
Enfermedad Genética		/	
Psiquiátrico		/	
Tuberculosis		/	
Asma		/	
Epilepsia		/	
Cir		/	

16. ESTADO FÍSICO

TA: 150/90 FC: 76 FR: 16 TEMP: 37 PESO: 87 SAT O₂: 96

Estado general:

Discreto cansado y dolor

HMC 30-32

Cabeza y cuello:

O.R.L.:

(lesión escotada posterior de pro vascular rsg. + corvate hipertu.)

Ojos (pupilas):

normal

Cardio-pulmonar:

normal

Abdomen:

Abundante (proal) normal

Recto y ano:

no en

Genitourinario:

no en

Osteoarticular:

normal

Vascular periférico:

normal

Piel y uñas:

normal

Neurológico:

normal

Análisis:

normal

Diagnóstico:

01. Polipo vascular 12

02. Hipertensión controlada

03. Rinitis

04. Egl.

05. Insomnio

06. Alta? Daa?

07. Delirio

08. Otorrrea

09. Laxopena

DTA: P100 HbG: Creatina indu
EDS + Sp. VHT controlada
Do fono paroxística

17. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1a.

2a.

3a.

fractura #20.

Sorotipado #20.

Wagelkurt #30

atometasir #1.

lowa poci p 3da

18. PLAN

Nombre del médico

Firma

Registro médico

08 Otero dal

09 Laxopena

[Firma]



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
DISPENSARIO MEDICO DE MEDELLIN
HOJA EVOLUCION -HC-003



1. DATOS DE IDENTIFICACION

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	No HISTORIA
Muller	Valencia	Luis Hernando	16186770

Fecha Hora	EVOLUCION
16 II 18	Recepcion
14:40	Re recepcion " hipertrofia corneas. medias superiores". Eos: "Gastritis crónica aguda". Bp: "Gastritis crónica aguda aguda". H. 716017 0. Metoprolol 25mg oral "completa". 30-11-2017: Cl. 1, 16. Glucoemia: 108 2h (234) - 2h (199). Hb: 14.5g/dl 3400. Vch: 69. Marcado. Vch 0. Vch 0. Coronaria y Cerebral y Cerebral fobos con unidad.

→ La esta Ho de forma p con una.

→ La esta Ho p hematología y bioquímica
p: 92.5g. clus 4000 con 100/100.

Op Dulcoro. P huc off.

Estoplog: Metoprolol 25mg oral. Eos: 6.5g.

Leucopenia / marcada

Alexander Bandon Sepulveda
Médico Universidad de Antioquia
Reg. 4590-09

373335



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 1 de 2

Fecha y hora de generación: 05/12/2017 12:44:02

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

NÚMERO DE SOLICITUD REF-2017-12-103227

FECHA Y HORA DE SOLICITUD 12/5/17 12:43 PM

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

TIPO DE DOCUMENTO: CC

DIRECCIÓN: Carrera 54 51 31 N

CORREO ELECTRÓNICO: mily-2205@hotmail.com

MUNICIPIO: ANDES

REGIONAL: NOROCCIDENTE

GRADO: SP

ENTIDAD ADSCRITA: BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR REGIONAL DE MEDELLIN

FECHA DE NACIMIENTO: 26/01/1971

NÚMERO DE DOCUMENTO: 16786770

CELULAR O TELÉFONO: 6138001

DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA

CÓDIGO ESM O UPGD: 050018509280

ESTADO: Activo

FUERZA: EJC

SERVICIOS AUTORIZADOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN CUPS	ESPECIALIDAD	CANTIDAD
890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	Hematología - SSFM	1

OBSERVACIÓN

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS-CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLCIO 6,65 GLIC 123
HEMATOLOGÍA (NOV 2017) GB 4,27 HB 14,5 MCV 69 MCHC 22 NEUTRO FILOS 1,7 NEU 49% LIN 48% EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA
GLÓBULOS BLANCOS DISMINUIDOS EN NUMERO - HALLAZGO QUE ES REPETITIVO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TIPO	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
Impresión Diagnóstica	E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
Relacionado	R72X	ANORMALIDADES DE LOS LEUCOCITOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANAMNESIS

CONTROL

HALLAZGO

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS-CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLCIO 6,65 GLIC 123

EXÁMENES FÍSICOS

Abdomen:Normal, Cabeza y craneo:Normal, Cuello:Normal, Extremidades:Normal, Faneras:Normal, Genitourinario:Normal, Mamas:Normal, Mental:Normal, Nariz:Normal, Neurológico:Normal, Oídos:Normal, Ojos:Normal, Orofaringe:Normal, Tacto-rectal:Normal, Toráx:Normal, Condiciones generales:BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL CP SIN ALTERACIONES
RESTO CONSERVADO

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

No Registra

TRATAMIENTOS INSTAURADOS

PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS-CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLCIO 6,65 GLIC 123
HEMATOLOGÍA (NOV 2017) GB 4,27 HB 14,5 MCV 69 MCHC 22 NEUTRO FILOS 1,7 NEU 49% LIN 48% EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GLÓBULOS BLANCOS
DISMINUIDOS EN NUMERO - HALLAZGO QUE ES REPETITIVO



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

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO: MOM-CGFM-PROGTEC-DGSM-FU.95.1-6 v1

PROCESO: Proceso de Gestión Tecnológica -PROGTEC

Vigente a partir de:

Página 1 de 1

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

ORDEN No.	SSERV-2017-12-929491	FECHA DE	05-12-2017 12:43:45	GIE 10	E119	R72X	No registra	No registra
ESM QUE GENERA LA FORMULA	BATALLÓN DE A.S.P.C. NO. 04 HOSPITAL MILITAR			UNIDAD ORGANICA		No registra	CAMA	No registra
GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	N° HISTORIA	AFILIACIÓN	FUERZA	ARL	EPS	
SARGENTO PRIMERO	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA	46	16786770	Cotizante	Ejército	No registra	No registra	
CENTRO DE COSTOS	No registra							
ORDEN MEDICA								
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS-CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLCIO 6,65 GLIC 123 HEMATOLOGIA (NOV 2017) GB 4,27 HB 14,5 MCV 89 MCHC 22 NEUTRO FILOS 1,7 NEU 49% LIN 48% EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA GLÓBULOS BLANCOS DISMINUIDOS EN NUMERO HALLAZGO QUE ES REPETITIVO - VIH NEGATIVO								
PROCEDIMIENTO SOLICITADO						CODIGO	VALOR	CANTIDAD
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA					890386	No registra	1
PACIENTE MASCULINO DE 46 AÑOS-CON ANTECEDENTE DE HIPERGLICEMIA - ACUDE CON RESULTADOS DE LAB SOLICITADO 14 NOV 2017 HB GLCIO 6,65 GLIC 123								
2	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL					890301	No registra	1
PROGRAMA Y PYP DE RIESGO CARDIOVASCULAR								

NOMBRE MEDICO

RITA CARRERO MORA
C.E. 507102
Medicina Interna
Reg. 05-4309-15

FIRMA MEDICO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Referencia

Código:

Proceso:

Vigente a partir de:

Página 2 de 2

Fecha y hora de generación: 05/12/2017 12:44:02

DIAGNÓSTICOS

No Registra

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA REFERENCIA

NOMBRE DEL QUE SOLICITA: RITA ELIZABETH CARRERO MORA
TELÉFONO O CELULAR: 3695020
SERVICIO SOLICITADO: Hematología - SSFM

CARGO O ACTIVIDAD: Asistencial
SERVICIO QUE SOLICITA: MEDICINA GENERAL y/o FAMILIA

RITA CARRERO MORA
C.E. 507102
Medicina Interna
Reg. 05-4309-15



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 1 de 2

Fecha de Ingreso : 25-sep.-2017 6:39 am

Fecha de Impresión :

No de Orden : 925019
Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Documento Id : CC 16786770
Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 46 Años 7 mese Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
GLICEMIA BASAL	100	mg/dL	75	110
COLESTEROL	165	mg/dL	0	200
TRIGLICERIDOS	* 246	mg/dL	0	200
HDL COLESTEROL	38	mg/dL		
VALORES DE REFERENCIA				

VALORES DE REFERENCIA

HOMBRES : SIN RIESGO MAYORES DE 55 mg/dL MUJERES : SIN RIESGO MAYOR DE 65
RIESGO MODERADO DE 35 -55 mg/dL RIESGO MODERADO 45-65
RIESGO ALTO MENOR DE 35 mg/dL RIESGO ALTO MENOR A 45

LDL COLESTEROL	77.8	mg/dL	60.000	170.000
VLDL COLESTEROL	* 49.2	mg/dL	8.0	40.0

Firma Responsable

[Firma]
Dra. Karina Fuenmayor M
Reg: 23-8875-02 U de A.

HEMATOLOGIA
CUADRO HEMATICO

WBC	13.39	x 10 ³ /uL	4.50	11.00
RBC	5.61	x10 ⁶ /uL	4.20	5.40
HEMOGLOBINA	14.9	g/dL	14.0	18.0
HEMATOCRITO	45.6	%	40.0	54.0
MCV	69.0	fL	80.0	100.0
MCH	22.5	pg	26.0	34.0
MCHC	32.7	g/dL	32.0	38.0
PLAQUETAS	228	x10 ³ /uL	150.0	450.0
RDW-CV	15.0	%	12.0	14.0
DIRECTO DE ANCHO ERITROCITOS-SD	36.90	fL		
MPV	11.00	fL	9.00	13.00
NEUTROFILOS ABS.	* 1.3	10 ³ /uL	1.8	7.7
LINFOCITOS ABS.	2.49	10 ³ /uL	1.50	4.00
MONOCITOS #:	0.40	10 ³ /uL	0.20	0.80
EOSINOFILOS #:	0.18	10 ³ /uL	0.05	0.70
BASOFILOS #:	0.02	10 ³ /uL	0.00	0.30
NEUTROFILOS %	* 29.6	%	45.0	70.0
LINFOCITOS	* 56.7	%	20.0	40.0
%MONOCITOS	* 9.1	%	2.0	8.0
% EOSINOFILOS	4.1	%	1.0	5.0
% BASOFILOS	0.5	%		
DIFERENCIAL MANUAL				
% MONOCITOS ::10				
% NEUTROFILOS ::30				
% LINFOCITOS ::60				

POST 85

Firma Responsable



UROANALISTS

Preliminar



HOSPITAL MILITAR DE MEDELLIN
LABORATORIO CLINICO

Pag. 2 de 2

Fecha de Ingreso : 25-sep.-2017 6:39 am

Fecha de Impresion :

No de Orden : 925019
Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Documento Id : CC 16786770
Medico : CONSULTA EXTERNA

Edad : 46 Años 7 mese Sexo: M
Telefono : 3107745537

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
PARCIAL DE ORINA			
COLOR:	Amarillo P.	-	
ASPECTO:	Claro	-	
DENSIDAD:	1.020	-	
pH.:	5.00	-	
LEUCOCITOS:	25.00	Leuco/uL	
Nitritos	Ngativo.	-	
PROTEINAS	Ngativo.	mg/dL	
GLUCOSA:	Normal.	mg/dL	
C.CETONICOS:	Ngativo.	mg/dL	
Urobilinogeno	norm	mg/dL	
BILIRRUBINA:	Ngativo.	mg/dL	
ERTTROCITOS	Ngativo.	ery/uL	
SEDIMENTO MICROSCOPICO	C	-	
Bacterias : No obser			
Leucocitos : 6-8 AP			
Cel Bajas : 3-5 AP			

Firma Responsable


Dra. Maria Teresa Cortes C.
Reg: 8-2504 U de A



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
HOSPITAL MILITAR DE MEDELLÍN



PACIENTE : LUÍS HERNANDO MILLÁN VARELA
EDAD : 47 años
DI : 16'786.770 de Cali
FECHA : 30 de enero de 2018
TELÉFONO : 3107745537- 6138001
INDICACION : Dolor abdominal
SEDACIÓN : Propofol 150 mg

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

ESOFAGO:

Paso fácil por el cricofaríngeo. Mucosa, calibre, motilidad y distensibilidad normales. Línea Z regular a los 43 cms. Hiato diafragmático competente a los 43 cms

ESTOMAGO:

Lago gástrico claro escaso. Estructuras gástricas conservadas. Mucosa de fondo y cuerpo normales. Pliegues gástricos normales en forma y tamaño. Mucosa gástrica con parches claros y eritematosos.

DUODENO:

Bulbo duodenal y segunda porción normal

DIAGNÓSTICO:

GASTRITIS CRÓNICA ANTRAL

Patología: De antro

Doctor ÁLVARO PÍO QUINTERO VEGA
CIRUGÍA GASTROINTESINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TP 4910/93



Laboratorio Médico
Echavarría



ORDEN O CÓDIGO: 20112805
Página No: 1 de 1
Ingreso de Información: 01-feb-2018
Descripción del Reporte: Preliminar

Paciente:	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO	Médico:		Empresa:	HOSPITAL MILITAR REGIONAL MED - DI
Edad:	47 Años 0 meses 6 días	Teléfono:		Autorización:	13656
Género:	Masculino	Envío de resultados:		Sede:	Suramericana
Identificación:	16786770	Fax:	SIN DATO		
Teléfono:	3107745537				
Dirección:	TABLAZO				
E-mail:	LHM2601@HOTMAIL.COM				

El intervalo Biológico de referencia ha sido ajustado de acuerdo a la edad, género y metodología

Nombre de Examen

PATOLOGIA

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA UNA MUESTRA.

CONSECUTIVO BIOPSIA

L18-2126

SITIO ANATÓMICO BIOPSIA

ANTRO

ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA UNA MUESTRA

DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

Rotulado con el nombre del paciente se reciben 2 fragmentos de tejido blando obtenidos por endoscopia. Se procesa todo el material.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

Estómago: Quedan representados fragmentos de mucosa gástrica antral con focos de metaplasia intestinal completa. El epitelio presenta cambios reactivos. El moco de las foveolas no se encuentra colonizado por estructuras bacilares de tipo *Helicobacter pylori*. La lámina propia presenta infiltrado inflamatorio linfo-plasmocitario moderado sin formación de folículos linfoides. Además hay exocitosis de PMN neutrófilos a través del epitelio. Muestra negativa para displasia y malignidad.

DIAGNÓSTICO:

ESTÓMAGO, MUCOSA ANTRAL (BIOPSIA):
• GASTRITIS CRÓNICA ACTIVA MODERADA.
• *HELICOBACTER PYLORI* NEGATIVO.
• METAPLASIA INTESTINAL COMPLETA.

Fecha: Hora:

Toma de Muestra: 2018/02/01 10:42
Reporte: 2018/02/02 12:44
Técnica: MICROSCOPIA DE LUZ

GABRIEL ANTONIO GALLÓN JIMÉNEZ
Médico cirujano especialista en Patología
REG: 53094

RESULTADO VALIDADO Y EXPEDIDO POR EL LABORATORIO MÉDICO ECHAVARRÍA

Fecha: 2018/02/12 Hora: 13:32

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Mayo 5 de 2018

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16786770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: ORTOPEDIA

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: LUMBALGIA CRONICA Y GONALGIA CRONICA

DIAGNOSTICO: _____

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10

Oficial Asesor

TC. OMAR ARTURO GABRERA PAEZ 05/05/18 11:23:41

RECIBIO: millan Varela Luis

FECHA: 05-05-2018

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Mayo 5 de 2018

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16786770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: EVALUAR PATOLOGIA MENTAL

DIAGNOSTICO:

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10

Oficial de Sanidad

TC OMAR ARTURO GONZALEZ PAEZ 05/05/18 11:24:28

RECIBIO: Milan Varela

FECHA: 05-05-2018

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Mayo 5 de 2018

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16786770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: UROLOGIA

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: ATROFIA TESTICULAR DERECHA

DIAGNOSTICO: _____

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10

Oficial de Sanidad

TC. OMAR ARTURO CARRERA PAEZ 05/05/18 11:24:8

RECIBIO: Millan Varela Luis

FECHA: 05-05-2018

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Mayo 5 de 2018

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16786770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: AUDIOMETRIA TONAL SERIADA

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: HIPOACUSIA EN ESTUDIO

DIAGNOSTICO:

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10

Oficial de Sanidad

TC. OMAR ARTURO CARRERA PAEZ 05/05/18 11:24:19

RECIBIO: Millan Varela Luis H

FECHA: 05-05-2018

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá D.C, Mayo 5 de 2018

SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

AL : ESM

GRADO: SP UNIDAD: SIN UNIDAD APELLIDOS Y NOMBRES : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO CC: 16786770

MEDICINA LABORAL SOLICITA CONCEPTO POR EL SERVICIO DE: MEDICINA INTERNA

MOTIVO: RETIRO

OBSERVACIONES: DIABETES-MELLITUS TIPO 2- NO INSULINODEPENDIENTE OBESIDAD TIPO 1 SOSPECHA DE HTA
DISLIPIDEMIA GASTRITIS CRONICA CONFIRMADA CON EDVDA 2018 + METAPLASTIA INTESTINAL

DIAGNOSTICO:

NOTA: EL PERSONAL ARRIBA MENCIONADO SE ENCUENTRA EN SU PROCESO DE RETIRO POR LO QUE TIENE DERECHO A LA
EXPEDICION DEL CONCEPTO MEDICO (ARTICULO 8 DEL DECRETO 1796 DE 2000). SENOR PROFESIONAL DE LA SALUD
FAVOR RELACIONAR CLARAMENTE EL DIAGNOSTICO MEDICO Y EL CODIGO CIE-10

Oficial de Sanidad


TC OMAR ARTURO CABALLERA PAEZ 05/05/1811:23:14

RECIBIO:

Millan Varela L.H.

FECHA:

05-05-2018

OBSERVACIONES	ENFERMEDAD
	DIABETES
	ANEMIA
	EPILEPSIA
	DIPTERIA
	VENEREAS
	EPILEPSIA
	COMPLICACIONES EN EL CERO
	PERTURBACIONES VARIAS EXTERIORES
	NEFRODIAZIS
	ANEMIA
	COMPLICACIONES
	PARALISIS
	TRANSICIONES INMEDIATAS
	ARTROSIS
DETERIORA EN LA JOA	
INTIMIDAD CORPORAL	
INTERFERENCIA MENTAL	
ADICION AL ALCOHOL (NARCOTICOS)	

APELLIDOS Y NOMBRES: MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

CONTEXTURA	CARA				
	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	PARTICULARIDAD	NARIZ	BOCA
<input checked="" type="checkbox"/> GRESA <input checked="" type="checkbox"/> FURBUSTA <input type="checkbox"/> ATLEICA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> DELGADA PESO <u>12</u>	<input type="checkbox"/> REDONDO <input checked="" type="checkbox"/> OVALADO <input type="checkbox"/> CUADRADO <input type="checkbox"/> ASIMETRICO	<input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/> PIAZO <input checked="" type="checkbox"/> BRUNO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> AZULADO	<input type="checkbox"/> ACNE <input type="checkbox"/> CICATRIZ PONE <input type="checkbox"/> MANCHADA <input type="checkbox"/> PELUSA	<input type="checkbox"/> DEVIACION DERECHA <input type="checkbox"/> DEVIACION IZQUIERDA <input type="checkbox"/> ACHATADA <input type="checkbox"/> OPERADA	<input checked="" type="checkbox"/> GRANDE <input checked="" type="checkbox"/> BI PLANA <input type="checkbox"/> PEQUENA

COLOR <input type="checkbox"/> BLANCO <input checked="" type="checkbox"/> CAFE <input type="checkbox"/> GRIS <input type="checkbox"/> AZUL <input type="checkbox"/> VERDE	OJOS PARTICULARIDAD <input type="checkbox"/> NO DE VISO <input type="checkbox"/> ALTA VISION <input type="checkbox"/> ALTA VISION DEFECTUO <input type="checkbox"/> DEFICIENTE COLOR <input type="checkbox"/> PARRADO OBLICO	BARBA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CAPILARIDAD <input type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPELADA PARTICULARIDAD <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO	BIGOTE SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> CAPILARIDAD <input type="checkbox"/> POBLADA <input type="checkbox"/> DESPELADA PARTICULAR <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO	OREJAS <input type="checkbox"/> PELUDAS <input type="checkbox"/> PERFORADA <input type="checkbox"/> PROTESIS AUDITIVA
TAMANO <input checked="" type="checkbox"/> GRANDES <input checked="" type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> PEQUEÑOS	<input type="checkbox"/> CATAPATAS <input type="checkbox"/> BIZCO <input type="checkbox"/> CIEGO			

CABELLO		CALVICIE
COLOR	FORMA	
<input type="checkbox"/> ALBINO <input type="checkbox"/> CANO <input type="checkbox"/> ENTRECANO <input type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> CASTAÑO <input type="checkbox"/> ROJO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> TINTURADO COLOR	<input type="checkbox"/> LISO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> LARGO <input type="checkbox"/> CORTO	<input checked="" type="checkbox"/> TOTAL <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> FRONTAL <input type="checkbox"/> FRONTAL

SEÑALES PARTICULARES			
TIPO	SI	UBICACION	CARACTERISTICAS
LINARES			
PECAS			
MANCHAS			
QUEMADURAS			
TATUAJES			
CICATRICES			
HERIDAS CICATRIZACION			
PROTESIS			
MALEFORMACIONES			
DISCAPACIDADES			
AMPUTACIONES			
PROTESIS ESTOMAGO			
PROTESIS DENTES			
AUSENCIA DE UÑAS			
VELLOSIDAD			
FRACUTURAS CON MATERIAL DE OSTEOPLASTICO			
FRACUTURAS SIN MATERIAL DE OSTEOPLASTICO			
CIRCUITO SIDA			
LOGADURA DE INYECTAN			
ASEPTOMIA			
APENDICECTOMIA			
NEFRECTOMIA			

PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO
☐ PROTESIS

☐ TORNILLOS

☐ PROTESIS ALGUNAS PARTES DEL CUERPO

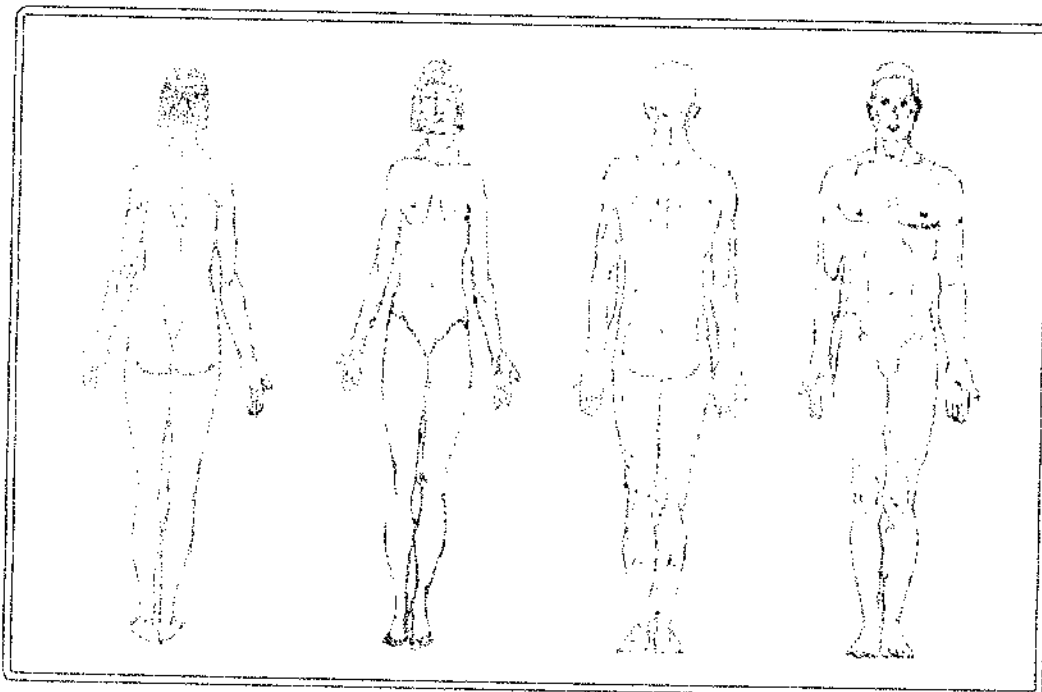
DISTRIBUCION GRAFICA

MARKER DE ALFABICO CON LAS SIGUIENTES CONVENCIONES EL SÍMBOLO DONDE SE ENCUENTRA LA LOCALIZACION EXACTA DE LAS SEÑALES PARTICULARES. EN LA PARTE DEL GRÁFICO DESCRIBA CLASE Y FORMA DE LA SEÑAL DE REFERENCIA. AN

APellidos y Nombres:

MILLAN VARELA Luis Hernando

ENTUPEZ	<T>	CICATRICES	<C>	LUNAR-S	<L>	MANCHAS	<M>
AMPUTACIONES	<A>	VALERIAMACIONES	<VL>	QUIMADURAS	<Q>	PROTODIS	<P>
HERIDAS	<H>	FRASURAS	<F>				



SEÑAL	CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES

MEDICO ELABORO:

Dra. Melina Alvarez
Medico general
C. 037.605.299
Unidad de Medicina Nueva Granada

RM: _____

INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

LÍNEA DE SONRISA	TIPO DE CARA	TIPO DE CRÁNEO	PERFIL	LABIOS	ATM
ALTA	ORTOGNATOPRO	X DOLICOCEFALO	X CONVEXO	X CON RILE	OTRINO ARTICULAR
X MEDIA	X MESOPROPO	MESOCÉFALO	CÓNCAVO	SIN RILE	ORTODON
BAJA	EUPROPO	BRACHICEFALO	NORMAL		X MOCIAL

CONVENCIONES: LAS CONVENCIONES ENVIADAS A CONTINUACIÓN DEBERÁN SER EMPLEADAS PARA EL ENTENDIMIENTO DEL DENTISTA.

AA AUSENTE ALGUNO + SPADI
AR AUSENTE ALGUNO
CC CARIES SUPERIOR SUPERIOR
DC DENTURACIÓN DENTURACIÓN
DL DEGRADO DE
DM DEGRADO DE
OS DENTURACIÓN DENTURACIÓN
EP ENFLEMATO PERIODONTAL
FA FRACTURA ALGUNO SUPERIOR
FR FRACTURA ALGUNO SUPERIOR
HI HIGIENIA
PG PROMEDIO DE
RG RENTRACIÓN LINGUAL
SA SANGRE ALGUNO
EX EXTENSIÓN
IN INFLAMACIÓN
VE VESICIÓN
RL ROTACIÓN DE

CE CATION MATERIAL DENTÉFICA
IE INCORUSTACIÓN DENTÉFICA SUPERIOR
IM INCORUSTACIÓN DENTÉFICA SUPERIOR
OE ORTOFACIA DENTÉFICA SUPERIOR
OT ORTOFACIA DENTÉFICA SUPERIOR
PE PROXIMAMENTE FORMADO
PI PILAR
PF PROTESIS Fija
PO PONTADO
PR PROTESIS REMOVIBLE
PT PROTESIS DENTAL
RR RENTRACIÓN LINGUAL
SF SANGRE ALGUNO
C C
D D
I INCISAL
L LINGUAL
M MESIAL

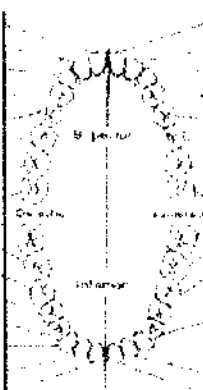
APELLIDOS Y NOMBRES:

MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

RM ROTACIÓN MODERADA
RS ROTACIÓN SEVERA
CC OCCLUSIÓN COMPLETA
AG AMALGAMA+SUPERFICIE

O OCLUSAL
P PALATINO
V VESTIBULAR

DLI	11
DLI	12
DLI	13
OET	14
OET	15
AGto	16
AGto	17
AGto	18
AGto	19
AGto	20
AGto	21
AA	22
OET	23
OET	24
DLI	25
DLI	26
DLI	27



21 DLI	
22 DLI	
23 DLI	
24 OET	
25 OET	
26 AGto	
27 AGto	
28 AGto	
29 OET	
30 OET	
31 AA	
32 OET	
33 OET	
34 DLI	
35 DLI	
36 DLI	

EXAMEN INTRAORAL (TEJIDOS BLANDOS)

MUCOSA SA

SURCO YUGAL SA

FRENILLOS SA

PISO DE BOCA SA

PALADAR BLANDO SA

ZONA RETROMOLAR SA

EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES:

Compatible con Gingivitis Simple.

EXAMEN TEJIDOS DUROS

PALADAR BLANDO SA

TÓRUS No presente

MAX.SUPERIOR FORMA Quilada

MAX.INFERIOR FORMA Quilada

CLASIFICACIÓN MOLAR

MORDIDA CRUZADA SI NO X

OBSERVACIONES No se toma

TAMAÑO Mediano

HALLAZGO Ninguno

TAMAÑO Mediano

HALLAZGO Ninguno

CLASIFICACIÓN CANINA Clase I Bilateral

MORDIDA ABIERTA SI NO X

HALLAZGO Bilateral pos.

EXAMEN CRANEOMAXILAR

LÍNEA MEDIA DENTAL

X COINCIDE

DESVIADA DERECHA

DESVIADA IZQUIERDA

PALADAR

X PARANOCIDE

EN U

CERRADO

SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS

PROTESIS TOTAL, REMOVIBLES, PARCIAL, TRATAMIENTO DE ENDODONCIA Y CIRUGÍA (VER PAG SIGUIENTE)

DESCRIBIR TIPO DE BRAQUETS, BANDAS Y TORNILLOS

SI OBSERVA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIRLOS EN EL PUNTO

AB ABRASIÓN	AF ABRASIÓN	PL PLACA ORTOFEDIA
BR BRAQUETS	CA CÁLCULOS	DI DIENTE INCLUIDO
ER EROSIÓN	AP APIÑAMIENTO	MA MACRODONCIA
MI MICRODONCIA	DA DIASTEMA	SU SUPERNUMERARIO
TP TALLA PREPROTÉSICA	FI FRAGMENTO INCOMPLETO	AT ATRICIÓN

DA En Zona de Diente 36-46.

ODONTÓLOGO ELABORÓ:

Juan Carlos Quiroga C.
Odontólogo U. San Martín
S.S.O. 1.030.557.507

RM: 850.

OPTOMETRÍA

OJO	VISION A DISTANCIA	REFRACCIÓN	VISION DE CERCA
DERECHO	20/20 CORRIGE A 20/20	POR LENT. ESF. DCL N	CORRIGE 20/20 CON +1.75
IZQUIERDO	20/20 CORRIGE A 20/20	POR LENT. ESF. DCL N	CORRIGE 20/20 CON +1.75
HETEROFORIA	ES. 0 EX. 0	PRM. COM. 0	HIP. OCH. 0 HIP. IZQ. 0
ACOMODACIÓN	PRM. DIV. 0	PRM. COM. 0	PRM. 0
DEFECHO	IZQUIERDO	VISION DE COLORES Normal	PERCEPCIÓN PROFUNDIDAD SIN CORREGIR Normal
CAMPO VISUAL	VISION NOCTURNA	LENTE ROJO	TENSIÓN INTRAOCULAR Normal

APELLIDOS Y NOMBRES: MILLAN VARELA LUIS HERNANDO C.C. 26.786.700

ANDES- DITDOQUA
03-22-2014

ITÓNE PERFIL ☒ NO ITÓNE PERFIL

PSICOLOGIA

JUSTIFICACIÓN: RESULTADO COQ: D1-4, D2-4, D3-5, D4-6, D5-6, D6-4, D7-4, D8-5, D9-6, SC-6, AS-4, PS-6.

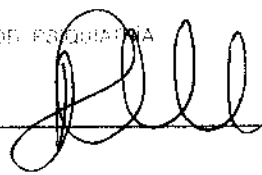
RESULTADO: PATRÓN DEL DOMINIO HORMONAL COHERENTE
NACIONAL, ADJUNTO, PROYECTO DE VIDA ESTABLECIDO
Y EN PROCESO, BOFETOS VITICULTO, ELLAS, RUCIO,
PANADIA ESTABLECIDO, ARGUMENTA SU DESEO DE
FIGURAR Y SEGUN ASCENDENTE

ACTUALMENTE OPTO PARA EL EJERCICIO

REQUIERE VALORACIÓN POR PSICOPATIA

SI ☐ NO ☒

PSICÓLOGO:



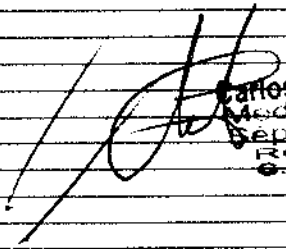
REGISTRO:

Diana Rocio Puentes Morán
Psicóloga UNA
T.A. 109245
C.C. 26.422.866

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)

DIN 7 MED LABORAL 25/Nov/2014

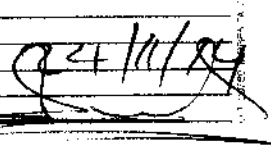
APTO



Carlos A. Hernández E
Medicina Laboral
Septima División
Reg: 729.88
C.C. 70.118.851

DR. JAVIER MURILLO S.
MEDICINA LABORAL
D.S.F.H.
Reg: 447/1990

nota: NO FIGURA, TAL - JML SML






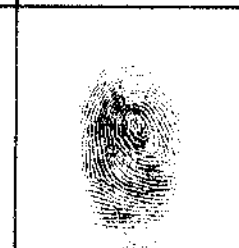
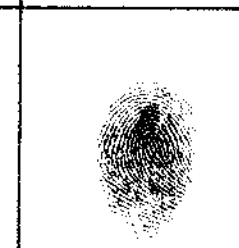
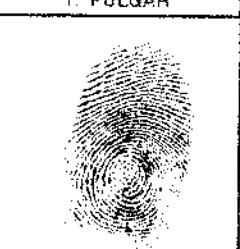
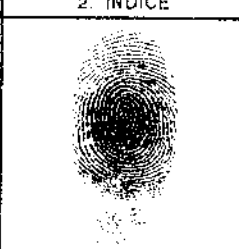
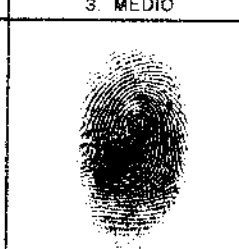
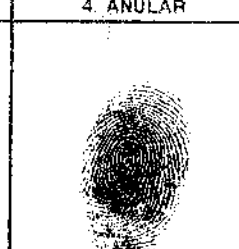
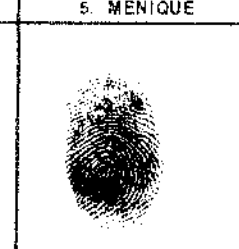
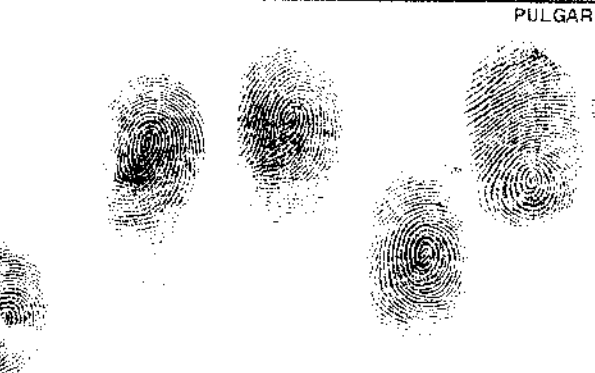
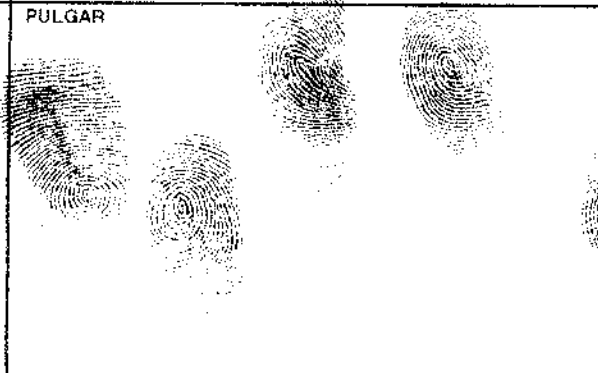
CALIFICADOR:

REGISTRO:

APELLIDOS Y NOMBRES: MILLAN VAZQUEZ LUIS HERNANDO

RESEÑA DACTILOSCÓPICA

FÓRMULA DACTILOSCÓPICA: PRIM _____ 2 SEC _____ 4 MED _____ 5 MAY _____ 7 EN _____ 9 CLAVE _____

MANO DERECHA				
1. PULGAR	2. ÍNDICE	3. MEDIO	4. ANULAR	5. MENIQUE
				
MANO IZQUIERDA				
1. PULGAR	2. ÍNDICE	3. MEDIO	4. ANULAR	5. MENIQUE
				
MANO IZQUIERDA			MANO DERECHA	
				
IMPRESIÓN SIMULTÁNEA			IMPRESIÓN SIMULTÁNEA	

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA TODO EL PERSONAL DEBERÁ ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:
COPIA DE SU CARNE DE VACUNACIÓN
EL PERSONAL FEMENINO DEBERÁ TRAER LA ÚLTIMA CITOLOGÍA REALIZADA.
EL PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS DEBERÁ REALIZARSE CADA 6 MESES, COEFICIENTE PARCIAL DE ORINA
EL PERSONAL QUE ESTÁ EXPUESTO A RADIACIÓN IONIZANTES DEBERÁ REALIZARSE SEMESTRALMENTE CUADRO HEMÁTICO Y CUENTAS DE LEUCOCITOS

Elaboró: Dra. Gabriela Quiroga
Comandante Rieseguridad DIOA/ESJ

Revisó: Teniente Coronel Darío Rojas Bravo
Suboficial Médico-Asistencia DIOA/ESJ

6. ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS

ASPECTOS CLÍNICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Usted ha sido valorado o tratado por psicología y/o psiquiatría?		X	
¿Presenta alteraciones en el sueño?		X	
¿Sus hábitos de alimentación son normales?	X		
¿Escucha voces, observa objetos o personas que nadie más ve?		X	
¿Presenta usted cambios constantes en su estado de ánimo?		X	
¿Consume alcohol? ¿con qué frecuencia?	X		CODE 20 DIAS 5 (CODE M.E.)
¿Ha consumido o probado algún tipo de droga ilícita? ¿cuál?		X	
¿Llora usted fácilmente o se deprime con facilidad?		X	
¿En su familia hay antecedentes de suicidio?		X	
¿En su familia hay antecedentes de enfermedad mental?		X	
¿Usted alguna vez ha intentado quitarse la vida?		X	
¿Usted en alguna ocasión ha pensado en quitarse la vida?		X	

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD - CAQ

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps
0	0	10	0	4	0	0				1	0
4	11	2	0	0	0	0				0	0

ESC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D1	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○
D2	○	○	○	●	○	○	○	○	○	○
D3	○	○	○	○	●	○	○	○	○	○
D4	○	○	○	○	○	●	○	○	○	○
D5	○	○	○	○	○	○	●	○	○	○
D6	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
D7	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Pa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Pp	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Sc	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
As	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ps	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

CONCEPTO FINAL PSICOLÓGICO: (Haga una descripción del examen mental, resultado de la entrevista, resultado de la prueba y emita un concepto final de si cumple o no perfil para ascenso).

PRESENTE A UNA APLICACIÓN DE DESEO DE ASCENSO, IN
ASUME COMO LA REALIZACIÓN DE SU PROYECTO DE
VIDA, COHERENTE, RACIONAL, APLOMADO, LENGUAJE
FLUIDO Y COHERENTE, DE COTIDIANO DENTRO DEL PROMEDIO
NORMAL, BUENOS VÍNCULOS FAMILIARES Y METAS
CLARAS Y ESTABLECIDAS.

ACTUALMENTE OPTO
PSICOLÓGICAMENTE

CUMPLE PERFIL ☒ NO CUMPLE PERFIL ☐

Firma, Sello y Unidad Psicólogo Evaluador
Diana Rocio Puentes Morales
Psicóloga UNA
T.P. 109245
C.C. 26.422.866

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD



FORMATO DE ENTREVISTA DE ASCENSO

UNIDAD: BITUT 11 CIUDAD Y FECHA EVALUACIÓN: CS-11-2014

La entrevista psicológica debe ser diligenciada por un psicólogo militar o civil que pertenezca a la Unidad. El objetivo de esta entrevista es verificar la aptitud psicológica del personal al momento del ascenso.

APELLIDOS Y NOMBRES: MILIAN VARELA LUIS HERNANDO C.C. 16.786.770
GRADO: S.V ARMA: CONDICION LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 26-01-1971-BOGOTÁ-BOGOTÁ
EDAD: 43 ESTADO CIVIL: CEBADO ESCOLARIDAD: BACHILLER-TECNICO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: 8/UMADENATEO-CONDICION TELÉFONO: 3103412152

1. ANTECEDENTES PERSONALES: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD: permita que el evaluado defina sus fortalezas y debilidades, áreas de ajuste, habilidades sociales, liderazgo, proyecto de vida, afrontamiento y manejo de situaciones críticas.

CONSIDERO QUE ES UNA PERSONA RESPONSABLE Y ORIENTADO, PERCIBO SU INTERÉS EN EL COMANDO, PROCURA QUE A SU FAMILIA PUEDA TENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA Y QUE SU FAMILIA PUEDA HACER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA.

FAMILIOGRAMA: (Dibuje el mapa de la estructura familiar, explicando los aspectos relevantes del funcionamiento familiar)



2. MOTIVACIÓN: Expectativas frente a su próximo ascenso. Qué cargos espera ocupar en este grado. Permanencia en el Ejército.

HOY PORQUE DE JOY PROYECTO DE VIDA Y SOBRE LA REALIDAD DE SU SUJETOS, OBTENER UNA BUENA CALIDAD DE VIDA Y COMETER POR DENTRO DE JOY COMETER, SU FAMILIA DE VIDA.

3. ÁREA LABORAL: Unidades donde ha sido orgánico.

UNIDAD	GRADO	ANOS	TIEMPO	CONDECORACIONES	SANCIONES
BASE 17	C.S	1998	2 AÑOS	FLO	FLO
BASE 2	C.S	2000	2 AÑOS	FLO	FLO
BASE 16	C.D	2002	18 MESES	FLO	FLO
CI 106	C.D	2003	6 MESES	FLO	FLO
CI 201A.R	S.S	2004	2 AÑOS	FLO	FLO
CI 201A.2	S.S	2006	2 AÑOS	FLO	FLO
CI 201A.3	S.S	2008	2 AÑOS	FLO	FLO
CI 201A.4	S.S	2010	2 AÑOS	FLO	FLO
CI 201A.5	S.S	2012	2 AÑOS	FLO	FLO
CI 201A.6	S.S	2014	2 AÑOS	FLO	FLO

- Participación en combates. SI ☐ NO ☒ Cuando?
- ¿Grado de afectación por los combates? NO
- Evalúe su desempeño en la Institución: NO
- Cursos o especializaciones NO
- ¿En la actualidad tiene un proceso judicial vigente? SI ☐ NO ☒ Explique? NO

4. ÁREA PERSONAL

Mencione un momento difícil en la vida militar NO
¿Esta situación ha cambiado aspectos de su vida? NO
¿Qué situaciones le estresan? NO
¿Qué situaciones le ponen triste? NO

5. ÁREA SOCIAL Y ECONÓMICA

Cómo son las relaciones con superiores, compañeros y subalternos? NO
Y ACERCA LAS RELACIONES COMO O ESTOQUE A REGIA.

Haga una descripción sobre su manejo del dinero SI SOBRE MANEJO DE DINERO TIENE ALGUNO

**LABORATORIO CLINICO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES
MUNICIPIO DE ANDES**

PACIENTE: MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
EDAD: 43 Años
HISTORIA: 16786770
ORDEN: 201411050252
EPS: BINUT
MÉDICO: LUIS FABIAN OTERO LOPEZ

SEXO: Masculino
FECHA INGRESO: 05/11/2014 09:08
FECHA IMPRESIÓN: 06/11/2014 09:36
DESTINO: HOSPITAL SAN RAFAEL
CAMA:

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
--------	-----------	--------	---------------------

Hematología

Hemograma

WBC	4.7	10 ⁹ /L	5.0 - 10.0
GRAN%	47.3	%	50.0 - 75.0
GRAN#	2.3	10 ⁹ /L	2.0 - 7.0
LYMPH%	45.3 ✓	%	20.0 - 45.0
LYMPH#	2.1	10 ⁹ /L	0.8 - 4.0
MID%	7.4	%	3.0 - 9.0
MID#	0.3	10 ⁹ /L	0.3 - 0.8
RBC	6.09	10 ¹² /L	4.00 - 5.20
HGB	14.8 ✓	g/dL	12.0 - 15.5
HCT	45.7 ✓	%	35.0 - 50.0
MCV	75.2	fL	82.0 - 95.0
MCH	24.3	pg	32.0 - 35.0
MCHC	32.3	g/dL	32.0 - 36.0
RDW-CV	14.7	%	11.5 - 14.5
RDW-SD	39.3	fL	35.0 - 56.0
PLT	218 ✓	10 ⁹ /L	150 - 450
MPV	9.6	fL	7.0 - 11.0
PDW	15.2		15.0 - 17.0
PTC	0.209	%	0.100 - 0.200

Hemoclasiación

Grupo sanguíneo "B"
Rh "POSITIVO"

Hemograma

Extendido de sangre periférica
Morfología de Globulos Rojos Microcitos + Hipocromia + *sin anemia*

Bacteriología sección:


MARIA DELY BRINDOSA OCHOA
BACTERIOLOGA U. DE ANTIOQUIA
REG. 570-88

Química

Creatinina en suero	0.97 ✓	mg/dL	0.70 - 1.30
Glucosa en suero	129	mg/dL	70 - 110
Nitrógeno uréico	15.5	mg/dL	6.0 - 22.0

LABORATORIO CLINICO
HOSPITAL SAN RAFAEL DE ANDES
MUNICIPIO DE ANDES

PACIENTE:	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO	SEXO:	Masculino
EDAD:	43 Años	FECHA INGRESO:	05/11/2014 09:08
HISTORIA:	16786770	FECHA IMPRESIÓN:	06/11/2014 09:36
ORDEN:	201411050252	DESTINO:	HOSPITAL SAN RAFAEL
EPS:	BINUT	CAMA:	
MÉDICO:	LUIS FABIAN OTERO LOPEZ		

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Urea	33		10 - 50

Bacteriologa sección:

Zenedy Murello C.
 ZENEDY MURELLO CAICEDO
 BACTERIOLOGA U. DE ANTIOQUIA
 REG. 5-0757-10

Uroanalysis

Parcial de orina

COLOR	AMARILLO	
ASPECTO	LIG TURBIO	
DENSIDAD EN ORINA	1020	
PH EN ORINA	5.0	
PROTEINAS EN ORINA	NEGATIVO	mg/dL
SANGRE EN ORINA	NEGATIVO	Cel/ul
NITRITOS EN ORINA	NEGATIVO	
LEUCOCITOS EN ORINA	+	Cel/ul
GLUCOSA EN ORINA	NORMAL	mg/dL
CETONAS EN ORINA	NEGATIVO	mg/dL
BILIRRUBINA EN ORINA	NEGATIVO	g/dL
UROBILINOGENO EN ORINA	NORMAL	UE/dL
MICROSCOPICO DE ORINA		
Celulas Epiteliales Altas	0 - 1 xc	
Leucocitos	4 - 6 xc	
Moco	+	
Bacterias	+	

Bacteriologa sección:

Zenedy Murello C.
 ZENEDY MURELLO CAICEDO
 BACTERIOLOGA U. DE ANTIOQUIA
 REG. 5-0757-10

Inmunologia

VDRL en Suero NO REACTIVO
 VIH Anticuerpos 1 y 2 NEGATIVO
 Esta prueba mide los anticuerpos de los virus HIV-1 y HIV-2 ante la sospecha clínica o contacto reciente y un resultado no reactivo es necesario realizar una nueva prueba en dos meses.
 Inmunocromatografía

Bacteriologa sección:

Zenedy Murello C.
 ZENEDY MURELLO CAICEDO
 BACTERIOLOGA U. DE ANTIOQUIA
 REG. 5-0757-10

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 16.786.770

MILLAN VARELA

APELLIDOS

LUIS HERNANDO

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ENE-1971

CANDELARIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

B+

G.S. RH

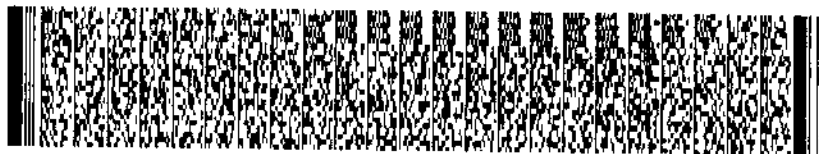
M

SEXO

31-MAY-1989 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00162811-M-0016786770-20090714

0013453486A 1

1190103501



EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO
FICHA MÉDICA UNIFICADA



DATOS PERSONALES

FECHA

18-XI-09.

APELLIDOS Y NOMBRES

MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

GRADO

SS

ARMA

Logístico

UNIDAD MILITAR

DIRECCION DE PERSONAL EJE

FECHA DE NACIMIENTO

ENERO 26 / 71

LUGAR DE NACIMIENTO

Candelaria (U)

CÉDULA

16 786 770

PROCEDENTE DE

ESTADO CIVIL

CASADO

NOMBRE DEL CÓNYUGE

Mileidy CASANOVA

NÚMERO DE HIJOS

2

NOMBRE DE LOS PADRES

ANSELMO MILLAN (F) ROSA VARELA

EDAD DE LOS HIJOS

9 Y 2 años

LUGAR DE RESIDENCIA

Calle 16 E BIS N° 108-57

DIRECCIÓN

FONIBON

EPS

DGSM

MÉDICO PARTICULAR (TEL.)

ESCOLARIDAD

BÁSICA SECUNDARIA

UNIVERSITARIO

☒ TÉCNICO

☐ POSGRADO

RELIGIÓN

ETNIA: NEGRA

blanca, negra, mestiza, oriental,
Indígena

DATOS OCUPACIONALES

MOTIVO DEL EXAMEN

ASCENSO

MILITARES HA SIDO ESCALAFONADO EN EL CUERPO LOGÍSTICO

CAMBIO DE ARMA DB/MM/AA

CARGO (ASPIRA O ACTUAL)

SARGENTO VICERRINERO

FUNCIONES DEL CARGO

ADMINISTRADOR DE PERSONAL

PROFESIÓN

NO ☒

FECHA

ANTIGÜEDAD EN EL CARGO

10 años y 1 mes

HORAS LABORALES

EMPLEOS TENIDOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS
(fecha de retiro)

EN CUAL PERMANECIÓ MÁS TIEMPO (MESES)

ANAMNESIS

CONDICIÓN AL INGRESO

Buen estado General

ANTECEDENTES PERSONALES (MARQUE CON UNA X ESPECIFICANDO LA FECHA DE APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD)

ENFERMEDAD

OBSERVACIONES

☐ DIABETES

☐ ASMA

☐ EPILEPSIA

☐ ÚLCERA

☐ VENÉREAS

☐ EPILEPSIA

☐ TUMORES

☐ FRACTURAS

☐ FORUNCOLOSIS

☐ GASTRITIS

☐ INTENTO SUICIDIO

☐ SUEÑO TRANQUILO

☐ DEPRESIÓN

☐ HIPERTENSIÓN

☐ PERTURBACIONES EN EL OÍDO

☐ PERTURBACIONES VÍAS DIGESTIVAS

☐ INFECCIONES URINARIAS

☐ AMNESIA

☐ HEMORROIDES

☐ PARÁLISIS

☐ TRANSTORNOS HEMATOLÓGICOS

☐ ARTRITIS

☐ DEFICIENCIA HEPÁTICA

☐ ENFERMEDAD CORONARIA

☐ ENFERMEDAD MENTAL

☐ ADICCIÓN (ALCOHOL, NARCÓTICOS)

Ninguno

APELLIDOS Y NOMBRES: Millan Varela Luis Hernando

ANTECEDENTES FAMILIARES (MARQUE CON UNA X)

ENFERMEDAD	PRESENTA	FAMILIAR
CÁNCER		
DIABETES		
HIPERTENSIÓN		
CARDIOPATÍAS		
ALERGIAS		
ASMA		
AUTOINMUNES		
ARTRITIS		
ENFERMEDADES RENALES		
ENFERMEDADES MENTALES		

UTILIZA ANTEOJOS
SI ☐ NO ☒

LATERALIDAD
DIESTRO ☒ ZURDO ☐

ES UD. GEMELO
SI ☒ NO ☐

OBSERVACIONES

ANTECEDENTE	(+) o (-)	FECHA	OBSERVACIONES
QUIRÚRGICOS			
TÓXICOS			
TRAUMÁTICO-HOSPITALARIOS			
TRANSFUSIONALES			
ESTOMATOLÓGICOS			
PRÓTESIS FUNCIONALES			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS (MUJERES)

EDAD DE LA MENARQUIA	GESTACIÓN: <input type="checkbox"/> PARTO: <input type="checkbox"/> ABORTO: <input type="checkbox"/>	VIVOS: <input type="checkbox"/>	CESÁREA: <input type="checkbox"/>
MENSTRUACIÓN DOLOROSA	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	MENSTRUACIÓN IRREGULAR	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>
FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA	ANUAL: <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL: <input type="checkbox"/>	
RESULTADO DE LA CITOLOGÍA:			
HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ALGUNA PATOLOGÍA:	SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>	CUÁL: <input type="checkbox"/>	
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN:			

POR MI PALABRA DE HONOR DOY FE DE QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERAZ Y AUTORIZO AL PERSONAL MÉDICO, HOSPITALES, ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD PARA QUE UTILICEN LA INFORMACIÓN PARA LOS FINES MÉDICO- LEGALES QUE CONSIDEREN CONVENIENTES

FIRMA DEL EXAMINADO

POSFIRMA DEL EXAMINADO

EXAMEN CLÍNICO

ESTATURA 165	PESO 79	PULSO 74x	TENSIÓN ARTERIAL 120/80	TEMPERATURA 36.5°
(marque con una x)	FECHA DEL EXAMEN:			

ÓRGANO O SISTEMA	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES
CABEZA, CARA, CUELLO Y CUERO CABELLUDO			
NARIZ Y SENOS			
BOCA Y GARGANTA			
OÍDOS			
OJOS			
PULMONES Y TÓRAX			
CORAZÓN Y VASOS GRANDES			
SISTEMA VASCULAR PERIFÉRICO			
SISTEMA LINFÁTICO			
ABDOMEN Y VÍSCERAS			
ANO Y RECTO			
SISTEMA ENDOCRINO			
GENITO-URINARIO			
EXTREMIDADES SUPERIORES			
EXTREMIDADES INFERIORES			
COLUMNA VERTEBRAL			
PIEL Y FANERAS			
NEUROLOGÍA			
TACTO RECTAL			
TACTO VAGINAL (mujeres)			

APellidos y Nombres: MILLAN VARELA JOSE HERNANDO

CARA

CONTEXTURA	CONTORNO	COLOR DE LA PIEL	PARTICULARIDAD	NARIZ	BOCA
<input checked="" type="checkbox"/> OBESA	<input checked="" type="checkbox"/> REDONDO	<input type="checkbox"/> ALBINO	<input type="checkbox"/> ACNÉ	<input type="checkbox"/> DESVIACIÓN DERECHA	<input type="checkbox"/> GRANDE
<input type="checkbox"/> ROBUSTA	<input type="checkbox"/> OVALADO	<input type="checkbox"/> BLANCO	<input type="checkbox"/> CICATRIZ ACNÉ	<input type="checkbox"/> DESVIACIÓN IZQUIERDA	<input checked="" type="checkbox"/> MEDIANA
<input type="checkbox"/> ATLÉTICA	<input type="checkbox"/> CUADRADO	<input checked="" type="checkbox"/> TRIGUENO	<input type="checkbox"/> MANCHADA	<input type="checkbox"/> ACHATADA	<input type="checkbox"/> PEQUEÑA
<input type="checkbox"/> MEDIANA	<input type="checkbox"/> ASIMÉTRICO	<input type="checkbox"/> NEGRO	<input type="checkbox"/> PECOSA	<input type="checkbox"/> OPERADA	
<input type="checkbox"/> DELGADA		<input type="checkbox"/> MORENO			
PESO <u>70</u> kg.		<input type="checkbox"/> AMARILLO			

COLOR	OJOS	BARBA	SI	NO	BIGOTE	SI	NO
<input type="checkbox"/> MIEL	PARTICULARIDAD	<input type="checkbox"/> CAPILARIDAD		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CAPILARIDAD		<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> CAFÉS	<input type="checkbox"/> OJO DE VIDRIO	<input type="checkbox"/> POBLADA			<input type="checkbox"/> POBLADA		<input type="checkbox"/> DESPOBLADO
<input type="checkbox"/> GRISES	<input type="checkbox"/> FALTA OJO IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> DESPOBLADA			<input type="checkbox"/> PARTICULAR		<input type="checkbox"/> ENTRECANO
<input type="checkbox"/> AZULES	<input type="checkbox"/> FALTA OJO DERECHO				<input type="checkbox"/> CANO		<input type="checkbox"/> ENTRECANO
<input type="checkbox"/> VERDES	<input type="checkbox"/> DIFERENTE COLOR	PARTICULARIDAD					
TAMAÑO	<input type="checkbox"/> PÁRPADO CAÍDO	<input type="checkbox"/> CANO					
<input checked="" type="checkbox"/> GRANDES	<input type="checkbox"/> CATARATAS	<input type="checkbox"/> ENTRECANO					
<input checked="" type="checkbox"/> MEDIANOS	<input type="checkbox"/> BIZCO						
<input type="checkbox"/> PEQUEÑOS	<input type="checkbox"/> CIEGO						

COLOR	CABELLO	FORMA	OREJAS
<input type="checkbox"/> ALBINO	<input type="checkbox"/> LACIO	<input type="checkbox"/> LISO	<input type="checkbox"/> PELUDAS
<input type="checkbox"/> CANO	<input type="checkbox"/> ONDULADO	<input type="checkbox"/> LISO	<input type="checkbox"/> PERFORADA
<input type="checkbox"/> ENTRECANO	<input type="checkbox"/> RIZADO	<input type="checkbox"/> LISO	<input type="checkbox"/> PRÓTESIS AUDITIVA
<input type="checkbox"/> RUBIO	<input type="checkbox"/> LACIOSO	<input type="checkbox"/> LISO	
<input type="checkbox"/> CASTAÑO	<input type="checkbox"/> RIZADO	<input type="checkbox"/> LISO	
<input type="checkbox"/> ROJIZO	<input type="checkbox"/> RIZADO	<input type="checkbox"/> LISO	
<input checked="" type="checkbox"/> NEGRO	<input type="checkbox"/> RIZADO	<input type="checkbox"/> LISO	
<input type="checkbox"/> TINTURADO			
COLOR			
TIPO			
LUNARES			
PECAS			
MANCHAS			
QUEMADURAS			
TATUAJES			
CICATRICES			
HERIDAS CICATRIZACIÓN			
PRÓTESIS			
MALFORMACIONES			
DISCAPACIDADES			
AMPUTACIONES			
PRESENTA ESTRÍAS			
CALLOSIDADES			
AUSENCIA DE UÑAS			
VELLOSIDAD			
FRACTURAS CON MATERIAL DE OSTEOSINTESIS			
FRACTURAS SIN MATERIAL DE OSTEOSINTESIS			
CIRCUNCISIÓN			
LIGADURA DE TROMPAS			
VASECTOMÍA			
APENDICECTOMÍA			
NEFRECTOMÍA			

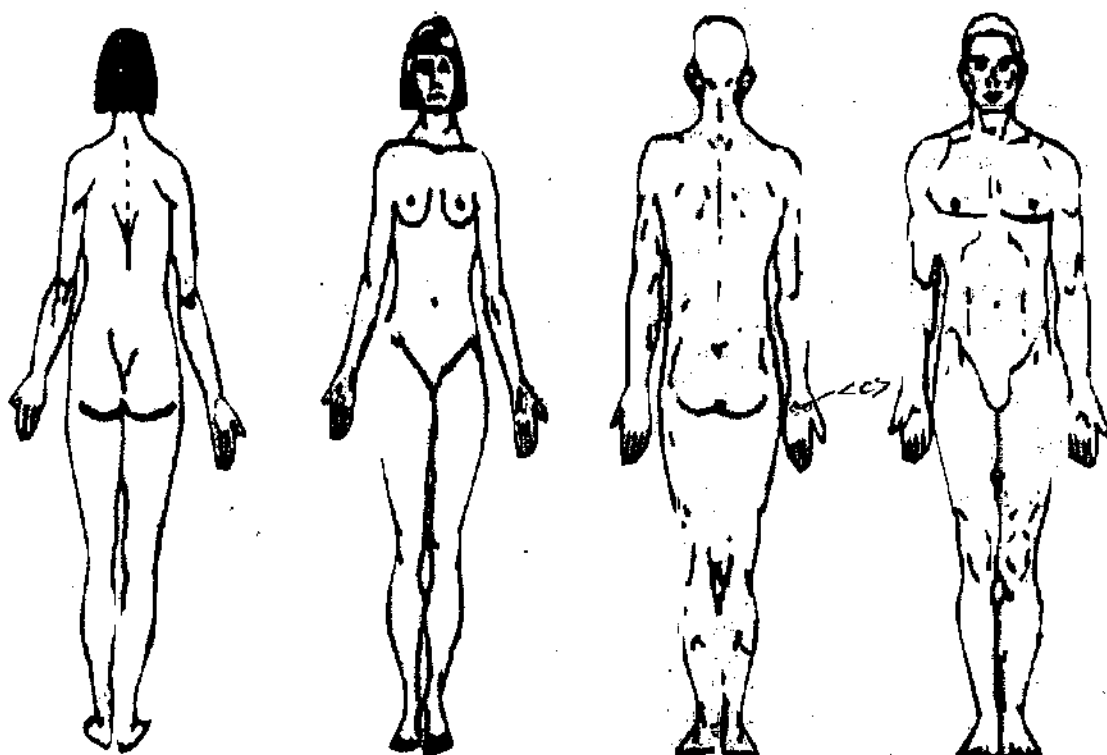
PARTES ARTIFICIALES DEL CUERPO		
<input type="checkbox"/> MARCAPASOS	<input type="checkbox"/> TORNILLOS	<input type="checkbox"/> PRÓTESIS EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO

DISTRIBUCIÓN GRÁFICA

MARQUE DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONVENCIONES EL SITIO DONDE USTED LOCALIZA CON EXACTITUD LAS SEÑALES PARTICULARES, EN LA PARTE DEL GRÁFICO DESCRIBA CLASE Y FORMA DE LA SEÑAL DE REFERENCIA, ASÍ:

APELLIDOS Y NOMBRES: **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO**

TATUAJES	<T>	CICATRICES	<C>	LUNARES	<L>	MANCHAS	<M>
AMPUTACIONES	<A>	MALFORMACIONES	<ML>	QUEMADURAS	<Q>	PRÓTESIS	<P>
VERRUGAS	<V>	FRACTURAS	<F>				

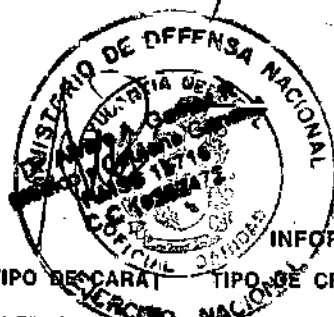


SEÑAL
Curatiz

CARACTERÍSTICAS DE LAS SEÑALES

Curatiz. formaciones Curatiz. Signa Tardias

MÉDICO ELABORÓ:



RM:

INFORMACIÓN ODONTOLÓGICA

LÍNEA DE SONRISA	TIPO DE CARAT	TIPO DE CRÁNEO	PERFIL	LABIOS	ATM
___ ALTA	___ LEPTOPROSOP	___ DOLICOCÉFALO	<input checked="" type="checkbox"/> CONVEXO	<input checked="" type="checkbox"/> CON SELLE	___ CLICKING ARTICULAR
<input checked="" type="checkbox"/> MEDIA	<input checked="" type="checkbox"/> MESOPROSOP	<input checked="" type="checkbox"/> MESOCÉFALO	___ CÓNCAVO	___ SIN SELLE	___ CREPITACIÓN
___ BAJA	___ EURIPROSOP	___ BRAQUICÉFALO	___ NORMAL		___ DOLOR
					<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL

CONVENCIONES: LAS CONVENCIONES ENUNCIADAS A CONTINUACIÓN DEBERÁN SER EMPLEADAS PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL ODONTOGRAMA

AA	AUSENTE ANTIGÜO ESPACIO
AR	AUSENTE RECIENTE
CC	CARIES+SUPER+G SEVERIDAD
DC	DESTRUCCIÓN CORONAL
DL	DESGASTE LEVE
DM	DESGASTE MODERADO
DS	DESGASTE SEVERO
EP	ENFERMEDAD PERIODONTAL
FA	FRACTURA ANTIGÜA+SUPERFICIE
FR	FRACTURA RECIENTE+SUPERFICIE
HI	HIPOPLASIA
PG	PIGMENTACIÓN
RG	RETRACCIÓN GINGIVAL
SA	SIN ALTERACIÓN
EX	EXTRUIDO
IN	INTRUIDO
VE	VERSIÓN
RL	ROTACIÓN LEVE

CE	CORONA MATERIAL ESTÉTICA
IE	INCRUSTACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
IM	INCRUSTACIÓN METÁLICA+SUPERFICIE
OE	OBTURACIÓN ESTÉTICA+SUPERFICIE
OT	OBTURACIÓN TEMPORAL+SUPERFICIE
PE	PARCIALMENTE ERUPCIONADO
PI	PILAR
PF	PRÓTESIS FIJA
PO	PONTICO
PR	PRÓTESIS REMOVIBLE
PT	PRÓTESIS TOTAL
RR	RESTO RADICULAR
SF	SELLANTE DE FOSETAS Y FISURAS
C	CERVICAL
D	DISCAL
I	INCISAL
L	LINGUAL
M	MESIAL

APELLIDOS Y NOMBRES:

Millan Varela Luis Hernando

TEST ISHIHARA (CONCEPTO):

Normal
Hipermetropía leve (Antomero)

OPTÓMETRA:

P. Sonia Bostomante N.

REGISTRO:

Sonia Bostomante R.
Licenciada en Audiología
C.S. - U.J.T.L.
Reg. 41.728.738

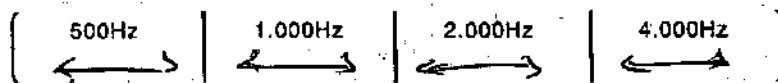
EXAMEN AUDIOLÓGICO

OTOSCOPIA

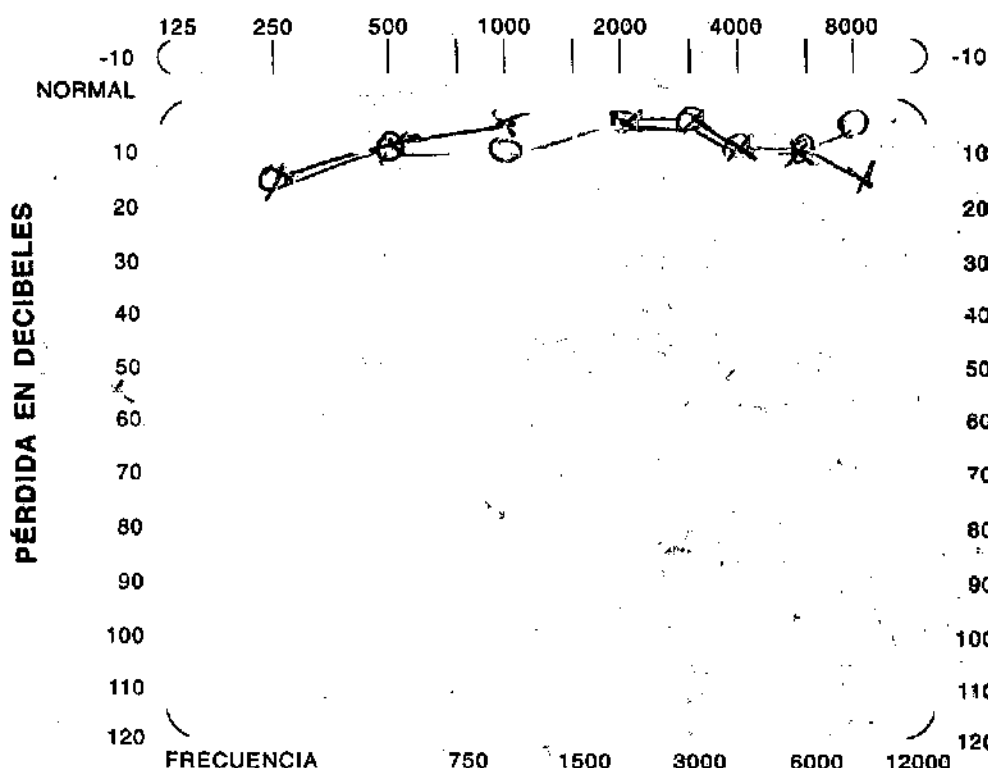
OÍDO DER. *normal*

OÍDO IZQ. *normal*

WEBER AUDIOMÉTRICO



AUDIOMETRÍA TONAL



OBSERVACIONES:

Sensibilidad auditiva dentro de los parámetros normales

CONVENCIONES

Convenciones	OD	OI
	Rojo	Azul
Vía aérea	○	X
Vía ósea]
Aérea con enmascaramiento	△	□

TIPO DE RUIDO

- ___ HELICÓPTEROS
- ___ VEHÍCULOS PESADOS
- ___ AVIONES NO PRESURIZADOS
- ___ PIEZAS ODONTOLÓGICAS
- ___ POLÍGONOS/ÁREAS DE INSTRUCCIÓN
- ___ RUIDO DE MAQUINARIA
- ___ COMBATE
- ___ MOTOS
- ___ RUIDOS SOCIALES (MP3, DISCOTECAS)

FONOAUDIÓLOGO:

[Signature]

REGISTRO:

Clara L. Bernal Vargas
FONOLOGO
Reg. 41.728.738

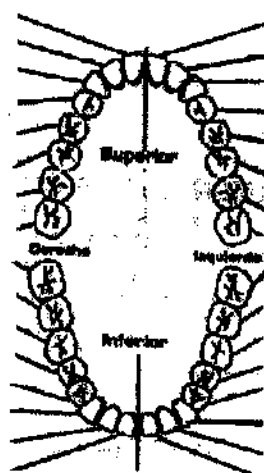
APELLIDOS Y NOMBRES:

Millan Varela Luis Hernando

RM ROTACIÓN MODERADA
RS ROTACIÓN SEVERA
CC CORONA COMPLETA
AG AMALGAMA+SUPERFICIE

O OCLUSAL
P PALATINO
V VESTIBULAR

DL I 11
SA 12
SA 13
SA 14
SA 15
AG 16
AG 17
AG 18
AG 19
AA 20
SA 21
SA 22
SA 23
SA 24
SA 25
SA 26
SA 27
SA 28
SA 29
SA 30
SA 31



21 DL I
22 DL I
23 DL I
24 DL I
25 SA
26 DE
27 AG
28 AG
29 DE
30 AG
31 SA

EXAMEN INTRAORAL (TEJIDOS BLANDOS)

MUCOSA: normal
SURCO YUGAL: normal
FRENILLOS: normal
PISO DE BOCA: normal
PALADAR BLANDO: normal
ZONA RETROMOLAR: normal
EXAMEN TEJIDOS PERIODONTALES: normal

EXAMEN TEJIDOS DUROS

PALADAR BLANDO: normal
TORUS: no
MAXSUPERIOR FORMA: enu
MAXINFERIOR FORMA: enu
CLASIFICACIÓN MOLAR: Ixer-No apli Dqno
MORDIDA CRUZADA: SI NO
OBSERVACIONES: Ortodencia activa superior e inferior

TAMAÑO: grande
TAMAÑO: grande
CLASIFICACIÓN CANINA: Ixer
MORDIDA ABIERTA: SI NO

HALLAZGO: 729 4
HALLAZGO: 729 4

EXAMEN CRANEOMAXILAR

LÍNEA MEDIA DENTAL: X COINCIDE
PALADAR: PARABOIDE

DESVIADA DERECHA: X EN U

DESVIADA IZQUIERDA: CERRADO

SEÑALES PARTICULARES ODONTOLÓGICAS

PRÓTESIS TOTAL, REMOVIBLES, PARCIAL, TRATAMIENTO DE ENDODONCIA Y CIRUGÍA (VER PAG. SIGUIENTE)
DESCRIBIR TIPO DE BRAKETS, BANDAS Y TORNILLOS.

SI OBSERVA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HALLAZGOS INCLUIRLOS EN EL PUNTO

AB	ABRASIÓN	AF	ABFRACCIÓN	PL	PLACA ORTOPEDIA
BR	BRACKETS	CA	CÁLCULOS	DI	DIENTE INCLUIDO
ER	EROSIÓN	AP	APIÑAMIENTO	MA	MACRODONCIA
MI	MICRODONCIA	DA	DIATEMA	SU	SUPERNUMERARIO
TP	TALLA PREPROTÉSICA	FI	FRAGMENTO INCOMPLETO	AT	ATRICCIÓN

ODONTÓLOGO ELABORÓ:

JULIA ESTEVA S.
ODONTÓLOGA GENERAL
RG. 11314

OPTOMETRÍA

VISIÓN A DISTANCIA
DERECHO 20/20 CORRIGE A 20/20
IZQUIERDO 20/20 CORRIGE A 20/20
REFRACCIÓN
POR LENT. ESF. CLL 4080
POR LENT. ESF. CLL 4080

VISIÓN DE CERCA
CORRIGE A CON
CORRIGE A CON
HIP. DCH. 4
P.C. 70
HIP. IZQ. 4
P.D.

ACOMODACIÓN
DERECHO IZQUIERDO
CAMPO VISUAL
VISIÓN DE COLOR
PERCEPCIÓN PROFUNDIDAD
LENTE ROJO
TENSIÓN INTRAOCULAR

APELLIDOS Y NOMBRES:

MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

REÚNE PERFIL

NO REÚNE PERFIL

PSICOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN:

11/09

Minimo 4 dentro de parámetros esperados. Ningún
síntoma o antecedentes que signifiquen compromiso
mental a la fecha. Se anexa Minimo 4.

REQUIERE VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA

SI

NO

PSICÓLOGO:

[Signature]
Psicóloga Esp. Familia
R.P. 40049455

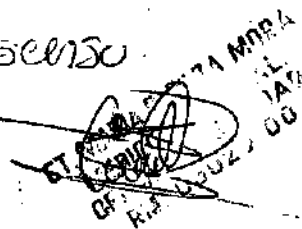
REGISTRO:

40049455.

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)

11-23/09

APTO x Med Lab. x a Ascenso



CALIFICADOR:

REGISTRO:

APELLIDOS Y NOMBRES:

Millan Varela Luis Hernando

RESEÑA DACTILOSCÓPICA

FÓRMULA DACTILOSCÓPICA

PRIM _____ 2 SEC _____ 4 MED _____ 5 MAY _____ 7 FIN _____ 0 CLAVE _____

MANO DERECHA

1. PULGAR

2. ÍNDICE

3. MEDIO

4. ANULAR

5. MEÑIQUE



MANO IZQUIERDA

1. PULGAR

2. ÍNDICE

3. MEDIO

4. ANULAR

5. MEÑIQUE



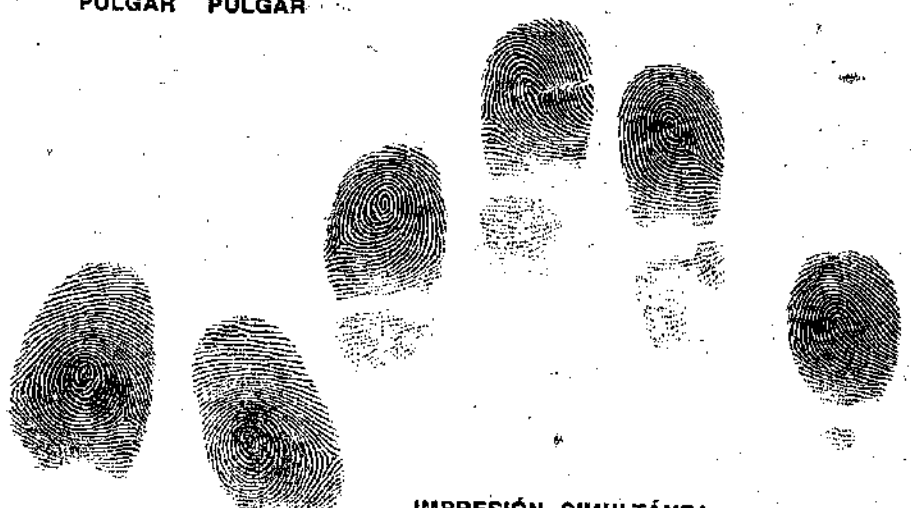
MANO IZQUIERDA

PULGAR PULGAR

MANO DERECHA



IMPRESIÓN SIMULTÁNEA



IMPRESIÓN SIMULTÁNEA

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EN EL MOMENTO DE REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA TODO EL PERSONAL DEBERÁ ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:
COPIA DE SU CARNÉ DE VACUNACIÓN.

EL PERSONAL FEMENINO DEBERÁ TRAER LA ÚLTIMA CITOLOGÍA REALIZADA.

EL PERSONAL MANIPULADOR DE ALIMENTOS DEBERÁ REALIZARSE CADA 3 MESES, COPROLÓGICO, PARCIAL DE ORINA.

EL PERSONAL QUE ESTÁ EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES DEBERÁ REALIZARSE SEMESTRALMENTE CUADRO HEMÁTICO Y RECUENTO DE RETICULOCITOS.

Elaboró: Doctora Sabrina Quiroga
Coordinadora Bioseguridad DISAN-EJC

Revisó: Teniente Coronel David Rojas Tirado
Subdirector Médico-Asistencial DISAN-EJC

INVENTARIO CLINICO MINIMULT.

Nombre **Luis Hernando Millán**

Unidad **DUPER**

Fecha **11-11-2009** Edad **38**

MINIMULT.

1. Tiene usted buen apetito
2. Se levanta por las mañanas descansado y como nuevo
3. Hay muchas cosas que resultan interesantes en su vida diaria
4. Trabaja usted bajo una tensión muy grande
5. De vez en cuando piensa cosas demasiado malas, para hablar de ellas
6. Sufre de estreñimiento
7. A veces ha deseado muchísimo abandonar el hogar
8. Tiene a veces exceso de risa y de llanto que no puede controlar
9. Sufre ataques de náuseas o vómito
10. Cree que nadie parece comprenderle
11. Siente a veces deseos de maldecir
12. Tiene a menudo pesadillas nocturnas
13. Le cuesta bastante trabajo concentrarse en una tarea o trabajo
14. Ha tenido usted experiencias peculiares y extrañas
15. Habría tenido más éxito, si los demás no la hubieran tomado consigo
16. Cuando usted era joven participó en algún tiempo en pequeños robos
17. Ha pasado usted períodos de días, semanas o meses en que no podía preocuparse de las cosas porque no tenía ánimo para nada
18. Su sueño es irregular y desasosgado
19. Cuando está con gente le molesta escuchar cosas muy curiosas
20. Es apreciado por la mayor parte de la gente que lo conoce
21. Ha menudo ha recibido ordenes de alguien que no sabía tanto como usted
22. Le gustaría ser tan feliz, como parecen ser los otros
23. Piensa que la mayoría de la gente exagera sus desgracias, para lograr la simpatía y la ayuda de los demás
24. Se enfada algunas veces
25. Le falta a usted confianza en sí mismo
26. Tiene molestias a causa de calambres o espasmos musculares
27. Le parece haber hecho algo malo o erróneo la mayor parte del tiempo
28. Es feliz la mayor parte del tiempo
29. Hay algunas personas tan mandonas, que le dan ganas de hacer lo contrario de lo que quieren aunque sepa que tienen la razón
30. Cree que se trama algo contra usted
31. Cree que la mayoría de la gente utilizará medios algo injustos para obtener un beneficio
32. Tiene frecuentes trastornos digestivos
33. Frecuentemente ha estado mal humorado sin saber por qué
34. A veces su pensamiento ha ido más rápido que sus palabras
35. Cree que su vida hogareña, es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conoce
36. Siente a veces que es verdaderamente un inútil
37. Durante los últimos años, ha estado sano casi siempre
38. Ha tenido épocas durante las cuales, ha realizado actividades que luego no ha recordado
39. Cree que frecuentemente ha sido castigado sin razón
40. Se ha sentido alguna vez mejor que ahora
41. Se preocupa por lo que los demás piensan de usted
42. Está bien de memoria
43. Le cuesta empezar una conversación, cuando conoce a alguien por primera vez
44. Se siente débil la mayor parte del tiempo
45. Tiene dolor de cabeza
46. Ha tenido dificultades, para mantener el equilibrio al andar
47. Le agradan todas las personas que conoce
48. Alguien está intentando aprovecharse de sus ideas
49. Le gustaría no ser tan tímido
50. Cree que sus pecados son imperdonables
51. Frecuentemente se encuentra preocupándose por algo
52. Han puesto a menudo sus padres reparos a la gente que frecuentaba
53. A veces chismorrean un poco.
54. A veces se siente capaz de tomar decisiones con extraordinaria facilidad
55. Nota palpitaciones o se le corta la respiración
56. Se encoleriza fácilmente aunque se le pasa pronto
57. Tiene períodos de desasosiego en que no puede estar sentada mucho tiempo en una silla
58. Sus padres y familiares le encuentran más defectos de los que tiene
59. Cree que nadie se preocupa por lo que le sucede a los demás
60. Culpa a una persona si se aprovecha de otra que se expone a ella
61. A veces está lleno de energías
62. Su vista es ahora tan buena como lo ha sido antes
63. Nota frecuentemente que le zumban los los oídos
64. Ha sentido alguna vez que lo han obligado a hacer algo, hipnotizándolo
65. Ha tenido épocas en las que se sentía más animoso que de costumbre sin que existiese una razón especial
66. Incluso cuando está con gente se siente solo la mayor parte del tiempo
67. Piensa que casi todo el mundo diría una mentira para evitar problemas
68. Es más sensible que la mayoría de la gente
69. A veces su mente parece trabajar más despacio que de costumbre
70. Le decepciona la gente con frecuencia
71. Ha abusado de bebidas alcohólicas

Total

	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
1				N	N	N					
2				N	N	N			N		
3					N	N	N		N	N	
4					S			S	S	S	S
5				S	S						
6							S		S	S	S
7								S	S	S	S
8							S				
9								S			
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
50											
51											
52											
53											
54											
55											
56											
57											
58											
59											
60											
61											
62											
63											
64											
65											
66											
67											
68											
69											
70											
71											

15 2303933005

Concepto:

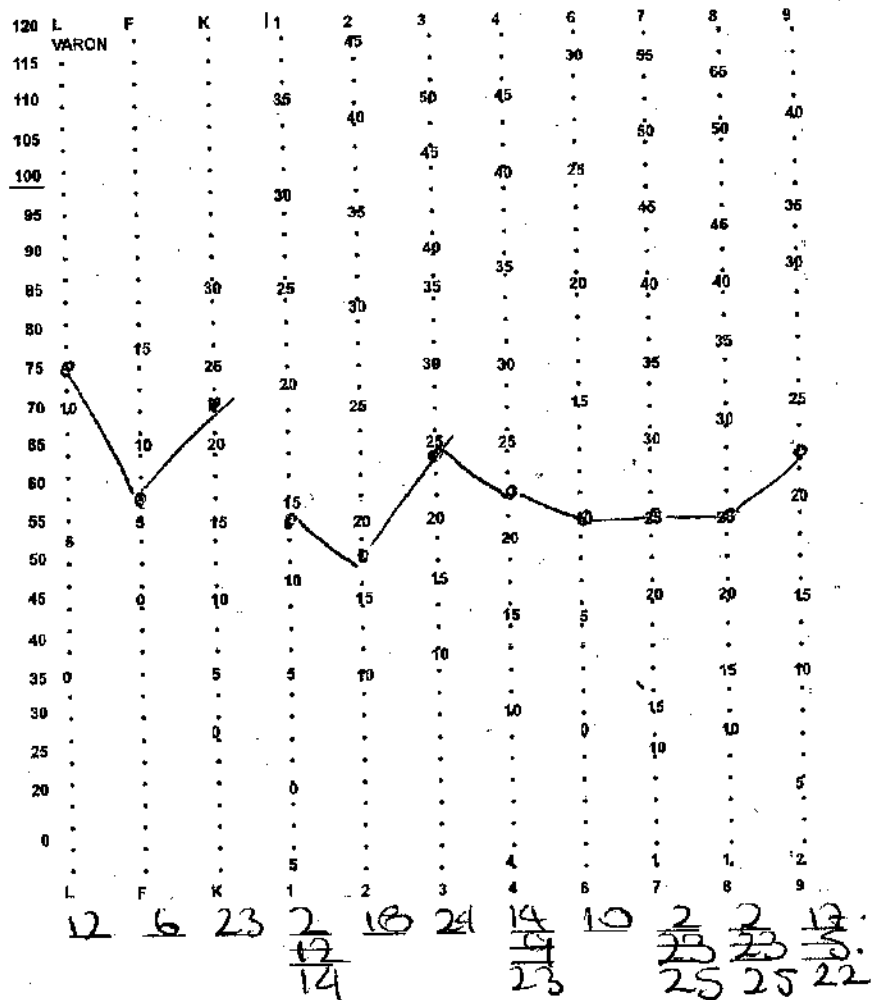
Favorable:

No Favorable:

Parámetros expresados

Mano de J. J. Díaz
Policia de la Familia
R.P. 40049455

K	0.5k	0.4k	0.2k	PD	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
								HS	D	HI	DP	PA	PT	ES	MA
30	15	12	6	0	2	2	4	2	13	10	0	5	6	2	8
29	15	12	6	1	4	4	5	4	15	11	11	7	4	4	10
28	14	11	6	2	6	6	7	6	16	13	13	8	6	7	11
27	14	11	5	3	8	9	8	8	18	15	14	10	9	10	13
26	13	10	5	4	10	11	10	10	20	16	16	12	11	13	15
25	13	10	5	5	12	14	11	12	22	18	18	14	13	15	17
24	12	10	5	6	16	13	14	24	19	20	20	15	16	18	18
23	12	9	5	7	18	14	16	26	21	21	21	17	18	21	20
22	11	9	5	8	21	15	18	28	22	23	23	19	20	24	22
21	11	8	4	9	23	17	20	27	24	25	25	21	23	26	24
20	10	8	4	10	25	18	22	31	25	26	26	22	25	29	25
19	10	8	4	11	28	20	23	33	27	28	28	24	27	32	27
18	9	7	4	12	30	21	25	35	29	30	30	26	30	35	29
17	9	7	3	13	33	23	27	38	30	32	32	28	32	37	
16	8	6	3	14	35	24	29	39	32	33	33	29	34	40	
15	8	6	3	15	37	26		40	33	35			37	43	
14	7	6	3	16		27		42	35	37			39	46	
13	7	5	3	17				44	36	39				48	
12	6	5	2	18				46	38	40				51	
11	6	4	2	19				48	40					54	
10	5	4	2	20				50	41					57	
9	5	4	2	21					43						
8	4	3	2	22					44						
7	4	3	1	23					46						
6	3	2	1	24					47						
5	3	2	1	25					49						
4	2	2	1												
3	2	2	1												
2	1	1	0												
1	1	1	0	Total											





FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACION

LABORATORIO CLINICO

Página N°

: 2

Fecha de ingreso : 11/11/2009 07:23

Fecha de impresión: 12/11/2009 12:33

No. de Orden : 111100645

Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

Documento Id : 16786770

Edad : 38 Años

Telefono : 3103412152

Medico : FICHA MEDICA ASCENSO

Tipo usuario: ACTIVO

Examen

Resultado Unidades Valor de referencia

DOCTORA: *Marina Gomez B.*
Bacteriologa U. Javeriana
Registro 1947

UROANALISIS

PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICO-QUIMICO

COLOR:	AMARILLO	-
ASPECTO:	LIMPIDO	-
DENSIDAD:	1.020	-
pH.:	5	-
LEUCOCITOS:	neg	Leuc/uL -
NITRITOS:	neg	-
PROTEINAS	neg	mg/dl -
GLUCOSA:	norm	mg/dl -
C.CETONICOS:	neg	mg/dl -
UROBILINOGENO:	norm	mg/dl -
BILIRRUBINA:	neg	mg/dl -
ERITROCITOS	neg	Ery/uL -

SEDIMENTO MICROSCOPICO

CLAS

CELULAS EPITELIALES BAJAS

OCASIONALES

LEUCOCITOS

OCASIONALES

BACTERIAS

+

MOCO

+

DOCTORA: *Ornela De Montoya*
Bacteriologa U. Metropolitana
Reg. 0262



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
CENTRO DE REHABILITACION

LABORATORIO CLINICO

Página N° : 1

Fecha de ingreso : 11/11/2009 07:23

Fecha de impresión: 12/11/2009 12:33

No. de Orden : 111100645

Paciente : MILLAN VARELA LUIS HERNANDO

Documento Id : 16786770

Edad : 38 Años

Telefono : 3103412152

Medico : ETCHA MEDICA ASCENSO

Tipo usuario: ACTIVO

Examen Resultado Unidades Valor de referencia

QUIMICA

CREATININA 1.05 mg/dL
VALORES DE REFERENCIA MUJERES : 0.50 - 0.90 mg/dL.
VALORES DE REFERENCIA HOMBRES : 0.90 - 1.2 mg/dL.
VALORES DE REFERENCIA NIÑOS :
DE 2 - 12 Meses : 0.17 - 0.42 mg/dL.
DE 1 - <3 AÑOS : 0.24 - 0.41 mg/dL.
DE 3 - <5 AÑOS : 0.31 - 0.47 mg/dL.
DE 5 - <7 AÑOS : 0.32 - 0.59 mg/dL.
DE 9 - <15 AÑOS : 0.39 - 0.87 mg/dL

DOCTORA:

[Firma]
Dra. Ana Carolina Olaya H
Bacteriologa UNIVALLE
Reg. 762118

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

LEUCOCITOS 4.57 x 4.50 - 11.00
GLOBULOS ROJOS 6.92 x10⁶/uL 4.50 - 5.60
HEMOGLOBINA 15.9 g/dL 11.0 - 18.0
HEMATOCRITO 49.7 % 36.0 - 54.0
VOL. CORP. MEDIO 71.8 fL 80.0 - 100.0
ANISOCITOSIS LIGERA CON PRESENCIA DE MICROCITOS
HGB. CORPUSCULAR MEDIA 23.0 pg 27.0 - 31.0
CONC. HGB. CORP. MEDIA 32.0 g/dL 33.0 - 37.0
PLAQUETAS 248 x10³/uL 150 - 450
ANCHO DISTRIB ERITROCITOS 16.8 % 11.5 - 15.0
VOL. MEDIO PLAQUETARIO 11.60 fL 9.00 - 13.00
NEUTROFILOS #: 1.8 10³/uL 1.9 - 8.0
LINFOCITOS #: 2.04 10³/uL 0.90 - 5.20
MONOCITOS #: 0.48 10³/uL 0.00 - 1.00
EOSINOFILOS #: 0.22 10³/uL 0.00 - 0.70
BASOFILOS #: 0.02 10³/uL 0.00 - 0.20
% NEUTROFILOS 39.7 % 35.0 - 70.0
% LINFOCITOS 44.6 % 20.0 - 45.0
% MONOCITOS 10.5 % 0.0 - 10.0
% EOSINOFILOS 4.8 % 0.0 - 7.0
% BASOFILOS 0.4 % 0.0 - 0.2

DOCTORA:

[Firma]
Dra. Angela Gómez
Bacteriologa U C M C
Registro 251790

INMUNOLOGIA

SEROLOGIA

NO REACTIVA



PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe llenarse en los exámenes para ingreso y reingreso)

Léase la nota final del reverso antes de escribir

1. Apellidos y Nombres MILLAN VARELA Luis Hernando			2. Grado Cabo Primero		3. Cédula o T.I. 16 786.770		
4. Dirección de la residencia habitual Calle 42A # 29-08			5. Motivo del examen ASCENSO		6. Fecha del examen 03-01-2005		
7. Sexo M		8. Raza Mestizo		9. Nombre de los padres y residencia habitual Anselmo Millan Rosa Elena Varela		10. Lugar de nacimiento Candelaria (U)	
11. Fecha de nacimiento Día 26 Mes 01 Año 71			12. Total años de servicio Militar 7 años Civil		13. Unidad o repartición donde se hace el examen Bat. Inf. GARCIA ROVIRA		
14. Cargo que aspira SARGENTO SEGUNDO			15. Cómo juzga el examinado su salud? EXCELENTE				

HISTORIA FAMILIAR								
PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD EN QUE MURIO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre			NATURAL	60	Tuberculosis		X	
Madre	62	Excelente			Sifilis		X	
Esposa	23	Excelente			Diabetes		X	
Hermanos	23	Excelente			Cáncer		X	
	35	Excelente			Enfermedades del riñón		X	
	38	Excelente			Enfermedades del Corazón		X	
Hijos	04	Excelente			Enfermedades del Estómago		X	
					Reumatismo		X	
					Alergias		X	
					Epilepsias		X	
					Suicidios		X	
					Enfermedades mentales (locos)		X	

HISTORIA MEDICO PERSONAL											
HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO
Difteria			X	Pérdidas de Conocimiento			X	Forunculosis			X
Asma			X	Perturbaciones de la nariz			X	Cojeras			X
Tosferina			X	Resfriados frecuentes			X	Mareos de carro, tren, avión, mar			X
Perturbaciones del oído			X	Loterías			X	Pérdida de la memoria			X
Perturbaciones de las vías digestivas			X	Cáncer			X	Adicto a bebidas alcohólicas en exc.			X
Coto			X	Sangre en la orina			X	Es tartamudo			X
Cólicos			X	Deformidad hueso, articul. u otros			X	Ha sido sonámbulo			X
Apendicitis			X	Epilepsia o Ataques			X	MUJERES			
Hemorroides o enfermedad del recto			X	Depresión o angustia			X	Edad de la menarquia			
Micciones frecuentes o dolorosas			X	Enuresis nocturna			X	Ha sido tratada por algún			
Enfermedades venéreas			X	Usa aparatos para oír			X	desorden del propio sexo			
Parálisis			X	Ha intentado suicidio			X	Ha estado embarazada			
Frecuente sueño intranquilo			X	Tuberculosis			X	Tiene menstruaciones dolorosas			
Es adicto o narcóticos			X	Palpitaciones			X	Ciclo actual			
Usa aparato ortopédico			X	Perturbaciones de la vista			X	Ha tenido flujos vaginales			
Sangra excesivamente por extracciones dentales o pequeñas heridas			X	Perturbaciones de la garganta			X	Menstruaciones irregulares			
Enfipeta			X	Bronquitis crónica			X	Fecha última menstruación			
Dolor o inflamación de articulaciones			X	Tumores			X	Menstruación	Normal	Excesiva	
Que empleo ha tenido en los tres (3) últimos años.	Suboficial del Ejército			En cual permaneció más tiempo. Meses	Suboficial - 84 meses			Cuál es su oficio actual?	Suboficial	Es usted derecho	Es usted zurdo
								D.M. 36	X		

MÁRQUESE SI O NO, SI SE MARCA "SI" DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?	SI	NO X
Es sensible a productos químicos, polvo, luz de sol, etc.?		X
Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		X
Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		X
Por otras razones de orden médico, es inhábil?		X
Ha sido rechazado en algún empleo por causa de su salud?		X
Ha sido herido? Qué clase de arma? Qué sitio de la herida?		X
Se le ha negado algún seguro de vida?		X
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique una operación? Cual?		X
Ha estado internado por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? en caso afirmativo especificar cuándo y dónde, por qué y nombre del médico y señas completas de los hospitales.		X
Ha tenido otra enfermedad distinta a las anotadas? En caso afirmativo dar detalles		X
Se ha tratado usted mismo por enfermedades benignas como resfriados? Qué otra enfermedad?		X
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? dar detalles		X
Ha sido pensionado o tiene pensión pendientes por inhabilidad? Dar detalles.		X

OBSERVACIONES

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, Clínicas y Hospitales mencionados para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro.

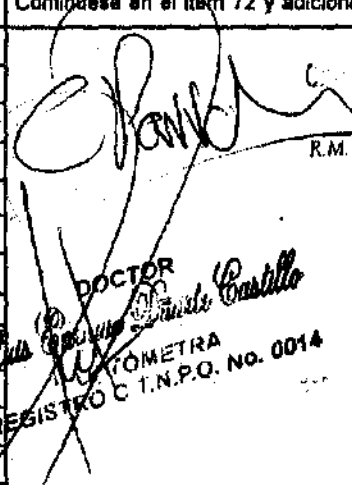
Nombre de examinado - Letra de imprenta

Luis Hernando Millán Varela

Enero - 07 - 2005 - Pamplona
Fecha y Lugar


Firma del examinado

FICHA MEDICA
(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y nombres completos MILLAN VARELA Luis HERNANDO			2. Grado cargo DIH-36 CP. Jefe Reyes		3. Identificación C.C. o LM 16786770				
4. Dirección del domicilio - Ciudad calle 42ª # 27-08 cali (valle)			5. Causa del examen ASCENSU		6. Fecha del examen 07-01-2005				
7. Sexo M	8. Nacionalidad colombiano	9. Tiempo de servicio 7 años	10. Fuerza (EJC-ARM-FAC) EJERCITO		11. Unidad o repartición QUINTA ZONA DIH-36				
12. Fecha de nacimiento Enero-26-71		13. Lugar de nacimiento Candelaria (V)		14. Nombre y dirección del pariente más cercano Rosa Elena Varela - calle 42ª # 27-08					
15. Dependencia médica donde se practica el examen Dispensario Medico BIGRU			16. Cargo al que aspira o promueve SARGENTO SEGUNDO		OBSERVACIONES				
EVALUACION CLINICA Normal Anormal Regístrese cada ítem, en la columna aprop. Anot. NE si no se evaluó.						NOTA: Describir cada anomalía detalladamente. (Anótase cada número del ítem, pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem 72 y adicione hojas si es necesario.			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo				 DOCTOR DR. MONTOYA Otorrinolaringólogo Ciudad del Valle R.M. 63. C.C. 15.448218 Cúcuta			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Nariz							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Senos (Max. Front., Mastoides)							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Boca y garganta							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Oído en general							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Timpanos							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Ojos en general							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Oftalmológico examen							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Pupilas							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Movilidad ocular							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Pulmones y tórax							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Corazón y grandes vasos							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Sist. Vascular periféricos y linfáticos							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Abdomen y vísceras							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Ano y recto							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Sistema endocrino							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Gánito urinario							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Extremidades superiores							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Extremidades inferiores							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Pies							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Columna vertebral y esqueleto en general							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Señales, cicatrices, tatuajes							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Piel y faneras							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Neurología							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Psiquiatría							
PARAMUJER		42. Pelvis	Vagina	Rectal	43. Enfermedades que haya tenido en el servicio				
O Caries		+ Obturadas	X No tratables	A Ausente	T para tratamiento	II Prótesis Fija () Prótesis removible			
44. Dentadura: Colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente					Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias				
DERECHO			IZQUIERDO			Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado genl de la boca
+	+	+	+	+	+	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+	+	+	+	+	+	Anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRUEBAS DE LABORATORIO									
45. ORINA					46. Rayos X, pulmones, fecha, lugar, No. Radioscopia, resultado		47. Serología (especifique las pruebas empleadas y resultados)		
Albumina	Azúcar	Sedimento			NO		NO reactiva		
48. Moco y linfa		49. Tipo de sangre y factor RH			50. Otras pruebas				
		B +			VITAMINAS (B1, B2, B6, B12)				

Fotocopia

Dr. Med. C. C. 2258344

Los ítem 58 a 59 inclusive, solo se requieren para pilotos y oficiales especialistas. En los demás casos basta con tomar la presión y el pulso en una sola posición.									
51. Estatura	Peso kilos	52. Color cabello	53. Color ojos	54. Raza H.C.S.T. 1, 2, 3	55. Temperatura				
1.68	70	VERDE	CAFE	CAUCASO					
56. Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón)			57. Pulso						
Sentado		Sist.	Acostado	Sist.	De pie	Sist.	Sentado	Des. ejérc.	Acostado
Diasl.				Diasl.	3 minutos	Diasl.		2 minutos después	Después de 30 min. de pie
58. Visión a distancia			59. Refracción			60. Visión de cerca			
Derecho 20/ 20 Corrige a 20/ -			Por lent. Est. N Cil.			Corrige a con			
Izquierdo 20/ 20 Corrige a 20/ -			Por lent. Est. N Cil.			Corrige a con			
61. Heterocinias (especificar la distancia)	Es.	Ex.	Hip. Och.	Hip. izq.	Pm. Div.	Pm. Conv.	P.C.	F.D.	
	+	+	+	+	N				
62. Acomodación Derecho		Izquierdo	63. Visión de color		64. Percepción de profundidad		Sin control. OMETRA		
							RECOMENDACIONES No. 0014		
65. Campo Visual		66. Visión Nocturna		67. Lente rojo		68. Tensión intraocular			
69. Capacidad auditiva		70. AUDIOMETRIA						71. Psicología y Psicomotor (especificar las pruebas usadas y el puntaje obtenido)	
		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	
		256	512	1024	2028	3896	4096	8192	
Audición Normal		Derecho	10	10	5	15	15	10	10
Audición Normal		Izquierdo	5	10	5	5	10	15	5
72. OBSERVACIONES									
(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)									
Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)									
Recomendaciones (Indique los exámenes de especialistas que sean necesarios).					ASPECTOS FISICOS				
					Paignts Cabeza				
					Estet. Organos				
SI NO es apto enumérense los defectos que lo incapacitan.					CONDICION				
0202056pto. Caudal y...					Aptitud completa				
					Aptitud para los servicios				
					No apto				
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTOLOGO u Oficial de Sanidad Odont. (Indique cual).					Firma				
Dr. Luis Andres Leyton Z.					Firma				
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina de Ofic. San.					Firma				
CARLOS E. PARRA MONTOVA					Firma				
Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina de Ofic. San.					Firma				
Kelly Caballero Cortina					Firma				
Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor					Firma				

SEÑALES PARTICULARES. Describa la ubicación de señales particulares del individuo a identificar (cicatrices quirúrgicas traumáticas, lunares, verrugas, tatuajes, manchas, amputaciones, malformaciones congénitas o adquiridas, prótesis, amuletos, entre otros). Indicando la localización exacta, forma, tamaño y color.

TATUAJES

NO

LUNARES

NO

CICATRICES

NO

MANCHAS - MALFORMACIONES - OTROS

NO

Dra. María Ceballos
Médico
C.C. 22583445

FICHA ODONTOLÓGICA

Describe el estado actual de cada diente indicando ausencias, enfermedades de tejidos duros (caries, abrasión, atrición, erosión, reabsorción): Obturaciones plásticas o rígidas; presencia de restauraciones protésicas con su respectiva clasificación y materiales; alteraciones de tamaño, forma, color, posición, alteraciones en la cronología de la erupción. **NO UTILIZAR ABREVIATURAS.**

18	Amalgam
17	Amalgam
16	Amalgam
15	Amalgam
14	Amalgam
13	Amalgam
13	Amalgam
12	Amalgam
11	Amalgam
21	Amalgam
22	Amalgam
23	Amalgam
24	Amalgam
25	Amalgam
26	Amalgam
27	Amalgam
28	Amalgam
38	Amalgam
37	Amalgam
36	Amalgam
35	Amalgam
34	Amalgam
33	Amalgam
32	Amalgam
31	Amalgam
41	Amalgam
42	Amalgam
43	Amalgam
44	Amalgam
45	Amalgam
46	Amalgam
47	Amalgam
48	Amalgam

OBSERVACIONES. Describa aspectos importantes relacionados con: Fisiología dentales presentes en la boca: Estado de las mismas (ubicación, clasificación, dientes que reemplaza materiales); odontología periodontal (Gingivitis, periodontitis, retracción gingival, cálculos, placa bacteriana, entre otros); tipo de oclusión; anomalías dentofaciales (Alteraciones de tamaño de maxilares, prognatismo, retrognatismo, apinamiento); alteraciones de tejidos blandos. (lengua y mucosa)

16/02/2016 16:00 h

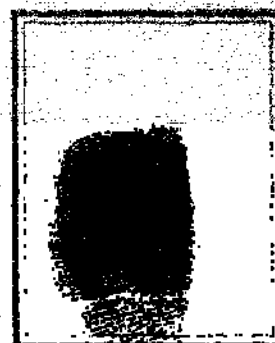
CONSENTIMIENTO DEL IDENTIFICADO

Yo Luis Hernando Millan V identificado con la cédula de ciudadanía No. 16786730
De cali (valle) declaro que estoy enterado sobre la naturaleza y propósito del presente formato
y certifico que lo manifestado por mí, en cuanto a datos personales y antecedentes médicos es cierto

Luis Hernando Millan V
FIRMA DEL IDENTIFICADO



HUELLA DIGITAL
INDICE IZQUIERDO



HUELLA DIGITAL
INDICE DERECHO

FECHA DE LA ELABORACION DE LA FICHA

UNIDAD MILITAR DONDE SE ELABORO LA FICHA

NOMBRE Y SELLO DEL MEDICO EXAMINADOR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL MEDICO EXAMINADOR

NOMBRE Y SELLO DEL ODONTOLOGO EXAMINADOR

DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL ODONTOLOGO EXAMINADOR

Kelly Camilleri
27/02/2016
Dr. Kelly Camilleri
Odontólogo
C.O.C.
658234567

Dr. Juan Carlos Páez
27/02/2016
GRADO, APELLIDO, NOMBRE Y DOCUMENTO DE
IDENTIDAD DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA
RESEÑA DACTILOSCOPIA (JEFE DE INTELIGENCIA
Y CONTRAINTELIGENCIA DE LA UNIDAD MILITAR)

Dr. Juan Carlos Páez
27/02/2016
GRADO, APELLIDO, NOMBRE Y DOCUMENTO DE
IDENTIDAD DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE
DEL PERFECTO DILENCIAMIENTO DEL
PRESENTE FORMATO (JEFE DE RECURSOS
HUMANOS O DE PERSONAL DE LA UNIDAD
MILITAR)

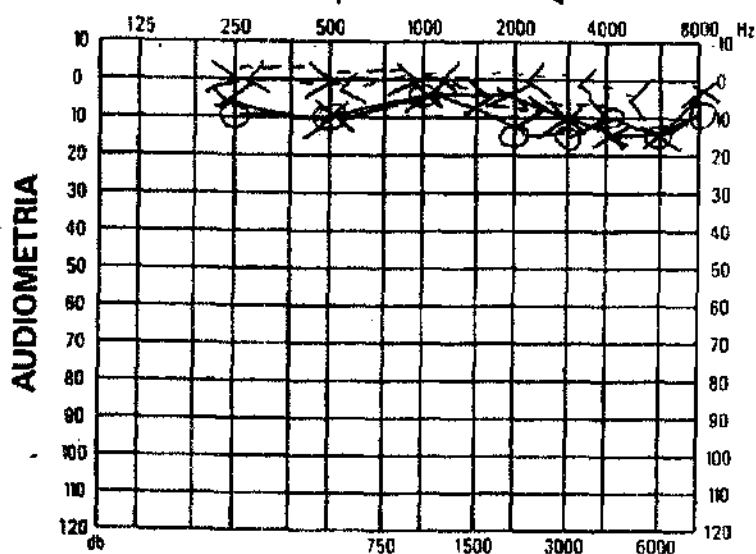


CENTRO AUDIOLOGICO
COOSONORI

NIT. 800.226.683-3
Licencia de Funcionamiento 032
Res. 1712 de 30 Noviembre/94
Personería Jurídica 0636 23 Marzo/94

Fecha: 29 de 06/05 Nombre: Luis Hernando Millan V. Edad: 33a.

Ocupación: Suboficial Jefe Entidad: Particular

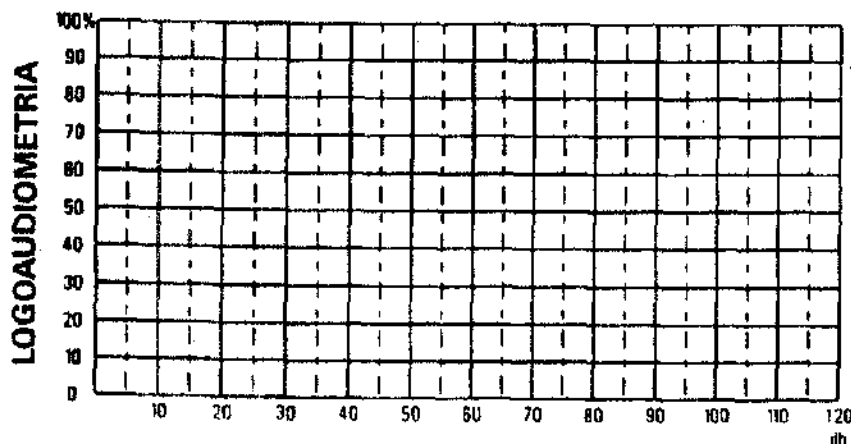


NOMENCLATURA

DER		IZ
<input type="radio"/>	AEREA	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ENMASC. V.A.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	OSEA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ENMASC V.O.	<input type="checkbox"/>

OTOSCOPIA

O.D. Normal
O.I. Normal



WEBER

OD	250	500	1000	2000	4000	OI
----	-----	-----	------	------	------	----

	OD	OI
U. VOZ		
U. PALABRA		
U. DISCRIMINACION		
% DISCRIMINACION		

ANTECEDENTES Negativos

OBSERVACIONES

RESULTADOS DEL EXAMEN DE OPTOMETRIA

FECHA DIA 07 MES 01 AÑO 2005

NOMBRE DEL PACIENTE LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

EDAD 33 SEXO M

MOTIVO DE LA CONSULTA Examen Agudeza Visual para ASCENSO,
ASINTOMATICO.

	O.D.	20/20		O.D.	0.50 M	
A.V.H.	V.L.	O.I.	20/20	V.P.	O.I.	0.50 M
	A.O.	20/20		A.O.	0.50 M	

EXAMEN EXTERNO Las estructuras del segmento anterior de ambos ojos son normales.

OFTALMOSCOPIA Fondo de ojo normal en ambos ojos.

VISION CROMATICA Normal

QUERATOMETRIA O.D.: 40.50 / 41.00 X 0°
O.I.: 40.50 / 41.00 X 0°

REFRACCION O.D.: N
O.I.: N

DIAGNOSTICO O.D.: EMETROPE
O.I.: EMETROPE

TRATAMIENTO NINGUNO.

DOCTOR
Luis Enrique Duarte Castillo
OPTOMETRA
REGISTRO C.T.N.P.O. No. 0014

LUIS ENRIQUE DUARTE CASTILLO O.D.

REG. C.T.N.P.O.: 0014

REG. N. De S.: 055

DISPENSARIO BATALION GARCIA ROVIRA

Fecha: 06 JAN 2005 No. 16786720

Nombre del Paciente: Lee Harold Mallon

Grado: C1 Edad: 33

Unidad de Origen: _____

Cuadro Hemático

Hemoglobina: 14 mg/dl neutrophils: 54%

Hematocrit: 42% Hemoglobin: 5.1%
Leucocytes: 46%

Leucocytes: 6200/mm³
mononuclear: 76%
polynuclear: 0%

Parcial de Orma

Ornitho-ly. lumbri

Ph: 6.0 demudat: 1025

Alaska 0-100 Hemats: see

lemons: etc. butters: etc

Hemolysification: "B" positive

Ag, HB: Negative

Immunology (RPR): No Reaction

glucose 108 mg/dl,

BUN: 12 mg/dl.

Creatinine: 0.6 mg/dl.

Dra. Yuleima Y. Ovalles Gómez
Enfermera y Laboratorio Clínico
Ref. 444



Centro
Médico
Norte

Carlos Eduardo Para Montoya
OTORRINOLARINGOLOGO

Universidad del Valle
Miembro Activo SCORL - COOSONORL
Miembro de la Academia Americana de Otorlaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Nombre: Mallón Janelá Luis Hernando Fecha: En 6/05

R: 33 años

Nariz - SPN: bien Técnica control
C.Ord - faringe: bien
Cuello - faringe: bien
Oídos: bien Audición Normal

Centro Médico Norte
Calle 13 No. 13-450111
R.M. S. 02.13.450111
CPA
572

PRESENTE ESTA FORMULA EN SU PRÓXIMO CONTROL

Av. 1ª No 17-93 Cons. 211 - Tel: 5713690 - 5713367 - Búscapersonas: 5760000 - Celular: 315-3812526 Cúcuta - Colombia.
CLINICA PAMPLONA Tel: 5680609 - 5681990 Miércoles en la Tarde.

PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe llenarse en los exámenes para Ingreso y Reingreso)

Léase la nota final del reverso antes de escribir

1- Apellidos y nombres Millan Varela Luis Hernando		2- Grado cabo segundo	3- Cédula o T.I. 16 786 770
4- Dirección de la residencia habitual Calle 42ª # 29-08		5- Motivo del examen Ascenso	6- Fecha de examen
7- Sexo M	8- Raza	9- Nombre de los padres y residencia habitual Anselmo Millan Raza & varela - sandelaria (valle)	
11- Fecha de nacimiento Día 26 Mes 01 Año 71		12- Total años de servicio Militar Civil	13- Unidad o repartición donde se hace el examen
14- Cargo que aspira cabo Primero		15- Cómo juzga el examinado su salud? Excelente	

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD A QUE MURO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre	58		Natural	58	Tuberculosis		X	
Madre	62	Excelente			Siña		X	
Esposa	19	Excelente			Diabetes		X	
Hermanos	33	Excelente			Cáncer		X	
	31	Excelente			Enfermedades del riñón		X	
	29	Excelente			Enfermedades del corazón		X	
Hijos	8 mes	Excelente			Enfermedades del estómago		X	
					Reumatismo		X	
					Alergias		X	
					Epilepsia		X	
					Suicidios		X	
					Enfermedades mentales (locos)		X	

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Difteria		X	Pérdidas de conocimiento		X	Forunculosis		X
Arona		X	Perturbaciones de la nariz		X	Cojera		X
Tos ferina		X	Resfriados frecuentes		X	Mareos de carro, tren, avión, mar		X
Perturbaciones del oído		X	Ictericia		X	Pérdida de la memoria		X
Perturbaciones de las vías digestivas		X	Cáncer		X	Adicto a bebidas alcohol en exceso		X
Cola		X	Sangre en la orina		X	Es tartamudo		X
Cólicos		X	Deformidad huesos, articulación u otros		X	Ha sido sorínbulo		X
Apéndice		X	Epilepsia o ataques		X	MUJERES		
Hemorroides o enfermedad del recto		X	Depresión o angustia		X	Edad de la menarquia		
Micciones frecuentes o dolorosas		X	Enuresis nocturna		X	Ha sido tratada por algún desorden propio		
Enfermedades venéreas		X	Uso aparatos para oír		X	del sexo		
Parálisis		X	Ha intentado suicidio		X	Ha estado embarazada		
Frecuente sueño intranquilo		X	Tuberculosis		X	Tiene menstruaciones dolorosas		
Es adicto a narcóticos		X	Palpitaciones		X	Ciclo actual		
Uso aparato ortopédico		X	Perturbaciones de la vista		X	Ha tenido flujos vaginales		
Sangre excesivamente por extracciones dentales o procedimientos		X	Perturbaciones de la garganta		X	Menstruaciones irregulares		
Erisipela		X	Bronquitis crónica		X	Fecha última menstruación		
Dolor o inflamación de articulaciones		X	Tumores		X	Menstruación		
		X	Fracturas		X	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Excesiva		
Qué empleo ha tenido en los 3 últimos años? cabo segundo & T.C			En cuál permaneció más tiempo. Meses cabo segundo			Cuál es su oficio actual cabo segundo		
						Es Ud. derecho <input checked="" type="radio"/>		
						Es Ud. zurdo <input type="radio"/>		

MARQUESE SI O NO, - SI SE MARCA "SI" DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

	SI	NO
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?		<input checked="" type="checkbox"/>
b) Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc.		<input checked="" type="checkbox"/>
c) Tiene dificultades para ejecutar algunos movimientos?		<input checked="" type="checkbox"/>
d) Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		<input checked="" type="checkbox"/>
e) Por otras razones de orden médico, es inhabil?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha sido herido? Qué clase de arma? Qué año de la herida?		<input checked="" type="checkbox"/>
Se le ha negado algún seguro de vida?		<input checked="" type="checkbox"/>
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cuál?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha estado interno por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, por qué y nombre del médico y señas completas de los Hospitales.		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>
Se ha tratado Ud. mismo por enfermedades benignas como resaca? Qué otra enfermedad?		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>
Ha sido pensionario o tiene pensión pendiente por invalidez? Dar detalles.		<input checked="" type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, Clínicos y Hospitales mencionados para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro.

Nombre del examinado - Letra de imprenta

ss Milton Varela Luis Hernandez

Diciembre - 12 - 66 B/Culla
FECHA Y LUGAR

[Firma]
FIRMA DEL EXAMINADO

REPUBLICA DE COLOMBIA

ARMADA FUERZAS MILITARES

FICHA MEDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1. Apellidos y nombres completos Millan Varela Luis Hernando			2. Grado o cargo Cabo Segundo		3. Identificación C. D. L. M. etc. 16 FEB 79	
4. Dirección del domicilio - Ciudad Calle 42 # 29-08 Cali (valle)			5. Causa del examen ASCENSO		6. Fecha del examen 13-12-00	
7. Sexo Masculino	8. Nacionalidad Colombiano	9. Tiempo de servicio 3 años	10. Fuerza (Ejér. Arm. Fac.) Ejército		11. Unidad a la que pertenece 38502	
12. Fecha de nacimiento 28-01-71		13. Lugar de nacimiento Candelaria (C)		14. Nombre y dirección del pariente más cercano		
15. Dependencia médica donde se practicó el examen Disminuido B22			16. Cargo a que aspira o promueve Cabo Primero		OBSERVACIONES:	

EVALUACION CLINICA		
Normal	Anormal	Regístrese cada ítem, en la columna apr. o Anol. NE si no sea evaluó.
✓		17. Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo
✓		18. Nariz
✓		19. Senos (Max. front., mastoides)
✓		20. Boca y garganta
✓		21. Oído en general
✓		22. Timpanos
✓		23. Ojos (en general)
✓		24. Oftalmológico examen
✓		25. Pupilas
✓		26. Movilidad ocular
✓		27. Pulmones y tórax
✓		28. Corazón y grandes vasos
✓		29. Sist. vascular periférica y linfática
✓		30. Abdomen y vísceras
✓		31. Ano y recto
✓		32. Sistema endocrino
✓		33. Genito urinario
✓		34. Extremidades superiores
✓		35. Extremidades inferiores
✓		36. Piel
✓		37. Columna vertebral y esqueleto en gen.
✓		38. Señales eléctricas, tónicas
✓		39. Piel y faneras
✓		40. Neurología
✓		41. Psiquiatría
PARA MUJER		42. Pélvis
		Vagina
		Recto
43. Enfermedades que haya tenido en el servicio		

NOTA: Describir cada anomalía detalladamente. Anotar cada número del ítem, pertinente, antes de cada comentario. Continuar en el ítem 72 y adicione hojas si es necesario.

XII-12-1000
O. 21.
17-18-19-20-21-22
Normal

[Firma]
Dr. Luis E. Alonso Ortega
Médico Generalista
Registro No. 13594

Examen Físico Normal

0 Caries • + Obturadas • X No tratables • A Ausentes • T Para tratamiento • II Prótesis fija • I I. Prótesis removible

44. Dentadura: colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente		Observaciones y otros defectos y enfermedades dentales			
DERECHO		IZQUIERDO		Articulación	Oclusión
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Normal		Normal	
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	Anormal		Anormal	

PRUEBAS DE LABORATORIO			
45. ORINA		46. Rayos X pulmones, fecha, lugar, No. radiografía, resultado.	47. Serología (especialmente pruebas empílicas y resultados)
Albumina	Azúcar	Sedimento	
		Normal	No
48. Masa y tipo		49. Tipo de sangre y factor Rh	50. Otras pruebas
		O Rh +	

Los ítem 58 a 68 inclusive, solo se requieren para pilotos y oficiales especialistas. En los demás casos basta con tomar la presión y el pulso en una sola ocasión.

51 - Estatura 1.68 Peso kilos 72.5 52 - Color cabello Negro 53 - Color ojos Cafés 54 - Raza Mestizo 55 - Temperatura

56 - Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón) 57 - Pulso
Sentado Sist. 120 Acostado Sist. 120 De pie Sist. 110 Sentado Des. ejero. Acostado Des. ejero. 2 minutos después Acostado Des. ejero. 3 m. de pie

58 - Visión a distancia 59 - Refracción 60 - Visión de cerca
Derecho 20/20 Corrija a 20/20 Por lent. Esf. Cil. Corrija con
Izquierdo 20/20 Corrija a 20/20 Por lent. Esf. Cil. Corrija con

61 - Meteorología (especificar la distancia) Es. 2x. Hlb. Oct. Hlb. fan. Prim. Div. Prim. Conv. P. C. P. D.

62 - Acomodación Derecho Izquierdo 63 - Visión de color 64 - Percepción de profundidad Sin corrección Con corrección

65 - Campo visual 66 - Visión nocturna 67 - Lente roja 68 - Tensión intraocular

69 - Capacidad Auditiva 70 - AUDIOMETRIA 71 - Psicología y Psicomotor (especificar las pruebas, usadas y el puntaje obtenido)

Servicio de Foncaudiología

12-04-00

12-04-00

72 - OBSERVACIONES AUDICION VOETAL BILATERAL.

(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)

Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)

Recomendaciones (Indíquese los exámenes de especialistas que sean necesarios)

Si NO es así, enumérese los defectos que lo incapacitan

18/1/01 gnto

ASPECTOS FISICOS					
Palmas	Cabeza	Extrem.	Constit.	Estad.	Otros
CONDICION FISICA				No apto	
Aptitud completa	Aptitud con defectos	Aptitud para los servicios	No apto		

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTÓLOGO

u Oficial de Sanidad Odont. (Indíquese cuál)

CLAUDIA MARIA PEÑADANDA NIXA

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del Olo. San.

Gonzalez fab Herminio

Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Olo. San.

uy Nibola Tomylo Sanchez

Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor

CT MED. Abel Segura

Firma: Claudia Maria Peñadanda Nixa
Firma: Gonzalex fab Herminio
Firma: uy Nibola Tomylo Sanchez
Firma: CT MED. Abel Segura

No. de hojas adicionales

42

REPÚBLICA DE COLOMBIA - SANIDAD F.F. MILITARES

PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe llenarse en los exámenes para Ingreso y Reingreso)

Léase la nota final del reverso antes de escribir

1- Apellidos y nombres Millan Varela Luis Hernando		2- Grado Alumno	3- Cédula o T.I. 16' 786.770.
4- Dirección de la residencia habitual c/ 42 # 29-08 Cali		5- Motivo del examen Ascenso.	6- Fecha de examen 27 - XI - 92
7- Sexo M.	8- Raza Triguero	9- Nombre de los padres y residencia habitual Anselmo Millan - Rosa Elena Varela.	
		10- Lugar de nacimiento Candelaria (Valle)	
11- Fecha de nacimiento Día 26 Mes 01 Año 71		12- Total años de servicio Militar 1 1/2 Civil	13- Unidad o repartición donde se hace el examen ESSUB.
14- Cargo que aspira Cabo Segundo.		15- Cómo juzga el examinado su salud? Excelente.	

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO LA CAUSA	EDAD A QUE MUERTO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE	SI	NO	PARENTESCO
Padre			Natural	58	Tuberculosis		X	
Madre	59	Buena			Sirola		X	
Esposas					Diabetes		X	
Hermanos	37	Buena			Cáncer		X	
	35	Buena			Enfermedades del riñón		X	
	34	Buena			Enfermedades del corazón		X	
Hijos					Enfermedades del estómago		X	
					Reumatismo		X	
					Alergias		X	
					Epilepsia		X	
					Suicidios		X	
					Enfermedades mentales (psicosis)		X	

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE	SI	NO
Diabetes		X	Pérdidas de conocimiento		X	Forunculosis		X
Asma		X	Perturbaciones de la nariz		X	Cóleras		X
Tos ferina		X	Resfriados frecuentes		X	Mareos de carro, tran, avión, mar		X
Perturbaciones del oído		X	Ictericia		X	Pérdida de la memoria		X
Perturbaciones de las vías digestivas		X	Cáncer		X	Adicto a bebidas alcohol en exceso		X
Cólico		X	Sangre en la orina		X	Es tartamudo		X
Cólicos		X	Deformidad huesos, articulación u otros		X	Ha sido sonámbulo		X
Apendicitis		X	Epilepsia o ataques		X	MUJERES		
Hemorroides o enfermedad del recto		X	Depresión o angustia		X	Edad de la menarquia		
Micciones frecuentes o dolorosas		X	Enuresis nocturna		X	Ha sido tratada por algún desorden propio del sexo		
Enfermedades venéreas		X	Uso aparatos para oír		X	Ha estado embarazada		
Parálisis		X	Ha intentado suicidio		X	Tiene menstruaciones dolorosas		
Frecuente sueño intranquilo		X	Tuberculosis		X	Ciclo actual		
Es adicto a narcóticos		X	Palpitaciones		X	Ha tenido flujos vaginales		
Uso aparato ortopédico		X	Perturbaciones de la vista		X	Menstruaciones irregulares		
Sangre excesivamente por extracciones dentales o pequeñas heridas		X	Perturbaciones de la garganta		X	Fecha última menstruación		
Erisipela		X	Bronquitis crónica		X	Menstruación		
Dolor o inflamación articulares		X	Tumores		X	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Excesiva		
		X	Fracturas		X			

Qué empleo ha tenido en los 3 últimos años?

Electricista

En cuál permaneció más tiempo. Meses

Electrico. 24 meses

Cuál es su oficio actual

Alumno ESSUB

Es Ud. derecho

☒

Es Ud. zurdo

☐

MARQUESE SI O NO, - SI SE MARCA "SI" DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

	SI	NO
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?		X
b) Es sensible a productos químicos, polvo, luz del sol, etc.		X
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		X
d) Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		X
e) Por otras razones de orden médico, es inhabil?		X
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?		X
Ha sido herido? Qué clase de arma? Qué año de la herida?		X
Se le ha negado algún seguro de vida?		X
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cuál?		X
Ha estado internado por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, por qué y nombre del médico y señas completas de los Hospitales.		X
Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles.		X
Se ha tratado Ud. mismo por enfermedades benignas como resfriados? Qué otra enfermedad?		X
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles.		X
Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles.		X

OBSERVACIONES

Declaro por mi palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, Clínicas y Hospitales mencionados para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro.

Nombre del examinado - Letra de imprenta

Luis Hernando Millan Varela

27 - XI - 97

FECHA Y LUGAR

Luis Hernando Millan V

FIRMA DEL EXAMINADO

REPUBLICA DE COLOMBIA

SANIDAD FUERZAS MILITARES

FICHA MEDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

HILLAN JAREIN JUIS HERNANDO

1- Apellido y nombres completos			2- Grado o cargo	3- Identificación C.C., L.M., etc.
CH-429 #29-08			ALUMNO	16-186778
4- Dirección del domicilio - Ciudad			5- Causa del examen	6- Fecha del examen
7- Sexo			8- Nacionalidad	9- Tiempo de servicio
M			COL	
10- Fuerza (B.M., Arm., Fac.)			11- Unidad o repartición	
12- Fecha de nacimiento			13- Lugar de nacimiento	
26-1-73			CANDELARIA (VALLE)	
14- Nombre y dirección del pariente más cercano			15- Dependencia médica donde se practica el examen	
			DISPENSARIO ESSUB	
16- Cargo a que aspira o promueve			OBSERVACIONES:	
CS				

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem, en la columna apropiada. Anot. NE si no se evaluó
		17- Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo
		18- Nariz
		19- Senos (Max. front., mastoides)
		20- Boca y garganta
		21- Oído en general
		22- Timpano
		23- Ojos en general
		24- Oftalmológico (examen)
		25- Pupilas
		26- Movilidad ocular
		27- Pulmones y tórax
		28- Corazón y grandes vasos
		29- Sist. vascular periférico y linfático
		30- Abdomen y vísceras
		31- Ano y recto
		32- Sistema endocrino
		33- Genito urinario
		34- Extremidades superiores
		35- Extremidades inferiores
		36- Piel
		37- Columna vertebral y esqueleto en gen.
		38- Señales, cicatrices, tatuajes
		39- Piel y faneras
		40- Neurología
		41- Psiquiatría

NOTA: Describir cada anomalía detalladamente. (Anótase cada número del ítem, pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem. 72 y adicione hojas si es necesario).

PARA MUJER	42- Pélvis	Vagina	Recto	43- Enfermedades que haya tenido en el servicio
------------	------------	--------	-------	---

O Caries - + Obturadas - x No tratables - A Ausentes - T Para tratamiento - II Prótesis fija - () - Prótesis removible

44- Dentadura: colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores o inferiores respectivamente

DERECHO										IZQUIERDO										Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado gen. de la boca
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Normal	Normal	Normal	Normal
+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Anormal	Anormal	Anormal	Normal

PRUEBAS DE LABORATORIO

45- Rayos X, pulmones, fecha, lugar, No. radioscopio, resultado		46- Serología (especifique las pruebas empleadas y resultados)	
47- Tipo de sangre y factor Rh		48- Otras pruebas	
Azúcar		Sedimento	
Hem. 8-10-73		Hem. 11-11	
49- Tipo de sangre y factor Rh		50- Otras pruebas	
		REACTIVO	
		B. C. coli. +	



Los ítem 56 a 69 inclusive, solo se requieren para pilotos y oficiales especialistas. En los demás casos basta con tomar la presión y el pulso en una sola posición

51- Estatura		y		Peso idios		52- Color cabello		53- Color ojos		54- Raza		55- Temperatura			
56- Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón)												57- Pulso			
Sentado		Sist. 110		Acostado		Sist.		De pie		Sist.		Sentado			
		Diat. 70				Diat.		3 minutos		Diat.		Des. ajero			
												2 minutos después			
												Después 3 m. de pie			
58- Visión a distancia				59- Refracción				60- Visión de cerca							
Derecho 20'		20		Corrige a 20'		20		Por lent. Est.		H		Cil.			
Izquierdo 20'		20		Corrige a 20'		20		Por lent. Est.		H		Cil.			
61- Metariorias (especificar la distancia)		Es.		Ex.		Hip. Dch.		Hip. Izq.		Pm. Div.		Pm. Conv.			
		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
62- Acomodación		Derecho		Izquierdo		63- Visión de color		64- Percepción de profundidad		Sin corregir		Con corrección			
		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
65- Campo visual				66- Visión nocturna				67- Lente rojo				68- Tensión intraocular			
69- Capacidad Auditiva				70- AUDIOMETRIA								71- Psicología y Psicomotor (especificar las pruebas, usadas y el puntaje obtenido)			
				250				500				1000			
				258				512				1024			
								2000				3000			
								4000				6000			
								4096				6192			
15 dn.				Derecho				15				15			
16. 6dn				Izquierdo				15				15			

AKI: SERPA
Fonología, Rep. No. 6313
REMBU

72- OBSERVACIONES

(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)

Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)

Recomendaciones (Indique los exámenes de especialistas que se requieran)

SI NO es apto enumérense los defectos que lo incapaciten

Deje en blanco (Debe llenar al Jefe de Sanidad de Fuerza)

ASPECTOS FISICOS

Paisajis	Cabeza	ExSup	Const.	Exint.	OrgSan

CONDICION FISICA

Aptitud completa	Aptitud con Defectos	Aptitud para los servicios	NO Apto

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTOLOGO u Oficial de Sanidad Odont. (Indique cual)

Dra. Claudia P. Paredes

Firma:

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del Of. San.

ET. CARLOS GOMEZ

Firma:

Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Of. San.

TE. Abel. Geronimo Renc

Firma:

Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor.

Firma:

No. de hojas adicionales

Enero 29 01
revisado Archivos no
aparece Antecedentes

REPUBLICA DE COLOMBIA - SANIDAD FF MILITARES

PLIEGO DE ANTECEDENTES

(Debe llenarse en los exámenes para ingreso y ingreso)
Léase la nota final reverso antes de escribir

2595



1-Apellidos y nombres		2-Grado	3-Cédula o T. I.
Millan Varela Luis Hernando		CS	16 786 770
4-Dirección de la residencia habitual		5-Motivo del examen	6-Fecha del examen
CHe 421 129-08		ASCENSO	12-01-01
7-Sexo	8-Raza	9-Nombre de los padres y residencia habitual	
M		Anselmo Millan (Callebudo) Rosa E Varela Candelaria (valle)	
11-Fecha de nacimiento		12-Total años de servicio	13-Unidad o repartición donde se hace el examen
Día 26 Mes 01 Año 91		Militar 3 Civil	MA5ER2
14-Cargo que aspira		15-Cómo juzga el examinado su salud?	
Cabo Primero		Excelente	

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	ESTADO SALUD	SI MUERTO, LA CAUSA	EDAD A QUE MUERTO	HA HABIDO CASOS EN LA FAMILIA DE:	SI	NO	PARENTESCO
Padre	58		Natural		Tuberculosis		X	
Madre	62	Excelente			Sifilis		X	
Esposa	19	Excelente			Diabetes		X	
Hermanos					Cáncer		X	
					Enfermedades del riñón		X	
					Enfermedades del corazón		X	
Hijos	9 meses	Excelente			Enfermedades del estómago		X	
					Reumatismo		X	
					Alergias		X	
					Epilepsia		X	
					Suicidios		X	
					Enfermedades mentales (loco)		X	

HISTORIA MEDICO PERSONAL

HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO	HA SUFRIDO USTED O SUFRE DE		SI	NO
Difteria			X	Pérdidas de conocimiento			X	Furunculosis			X
Asma			X	Perturbaciones de la nariz			X	Cojeras			X
Tos ferina			X	Resfriados frecuentes			X	Mareos de carro, tren, avion, mar			X
Perturbaciones del oído			X	Ictericia			X	Pérdida de la memoria			X
Perturbaciones de las vías digestiv.			X	Cáncer			X	Adicto a bebidas alcoh. en exce			X
Coto			X	Sangre en la orina			X	Es tartamudo			X
Cálculos			X	Deformidad huesos, artic. u otros			X	Ha sido sonámbulo			X
Apendicitis			X	Epilepsia o ataques			X	MUJERES		SI	NO
Hemorroides o enfermed. del recto			X	Depresión o angustia			X	Edad de la menarquia			
Micciones frecuentes o dolorosas			X	Enuresis nocturna			X	Ha sido tratada por algún desor-			
Enfermedades venéreas			X	Usa aparatos para oír			X	den propio del sexo			
Parálisis			X	Ha intentado suicidio			X	Ha estado embarazada			
Frecuente sueño intranquilo			X	Tuberculosis			X	Tiene menstruaciones dolorosas			
Es adicto a narcóticos			X	Palpitaciones			X	Ciclo actual			
Usa aparato ortopédico			X	Perturbaciones de la vista			X	Ha tenido flujos vaginales			
Sangre excesivamente por extrac-			X	Perturbaciones de la garganta			X	Menstruaciones irregulares			
ciones dentales o pequeñas heridas			X	Bronquitis crónica			X	Fecha última menstruación			
Erisipela			X	Tumores			X	Menstruación		<input type="radio"/> Normal	
Dolor o inflamación articulaciones			X	Fracturas			X			<input type="radio"/> Excesiva	
Que empleo ha tenido en los 3 últimos años?				En cuál permaneció más tiempo. Meses				Cuál es su oficio actual		Es Ud. derecho <input checked="" type="radio"/>	
Cabo Segundo				Ejército de Colombia				Suboficial		Es Ud. zurdo <input type="radio"/>	

MARQUESE SI O NO, - SI SE MARCA "SI" DEBE EXPLICARSE AL FRENTE

	SI	NO
a) Ha estado incapacitado para desempeñar algún trabajo?		
b) Es sensible a productos químicos, solvo, luz del sol, etc.		2
c) Tiene dificultad para ejecutar algunos movimientos?		2
d) Tiene dificultad para adquirir cierta postura?		2
e) Por otras razones de orden médico, es inhábil?		2
Ha sido rechazado de algún empleo por causa de su salud?		2
Ha sido herido? Que clase de arma? Qué sitio de la herida?		2
Se le ha negado algún seguro de vida?		2
Se le ha practicado o le han aconsejado que practique alguna operación? Cual?		2
Ha estado interno por su voluntad o por orden en un Hospital de enfermedades mentales? En caso afirmativo especificar cuándo y dónde, por qué y nombre del médico y señas completas de los Hospitales.		2
Ha tenido otra enfermedad distinta de las anotadas? En caso afirmativo dar detalles.		2
Se ha tratado Ud. mismo por enfermedades benignas como resfriados? Qué otra enfermedad?		2
Ha sido rechazado para el servicio militar por causas médicas, mentales u otras? Dar detalles.		2
Ha sido pensionado o tiene pensión pendiente por inhabilidad? Dar detalles.		2

OBSERVACIONES

Declaro por palabra de honor, que he revisado la información anterior, que es verdadera hasta donde alcanzan mis conocimientos y autorizo a los señores médicos, Clínicas y Hospitales mencionados para suministrar una completa transcripción de mi historia clínica, para información del Estado con relación al cargo que aspiro.

Nombre del examinado - Letra de imprenta

Luis Hernando Millán Varela

12-01-01 VB/201112
FECHA Y LUGAR


FIRMA DEL EXAMINADO

Los ítem 58 a 59 inclusive, solo se requieren para pilotos y oficiales especialistas. En los demás casos basta con tomar la presión y el pulso en una sola posición.

51 - Estatura 1.68 y Peso kilos 71 kg 52 - Color cabello NEGRO 53 - Color ojos NEGRO 54 - Raza MEST 55 - Temperatura 37.5

56 - Presión sanguínea (en el brazo a la altura del corazón)

57 - Pulso

Sentado Sist. 110 Diast. 80 Acostado Sist. 110 Diast. 80 De pie Sist. 110 Diast. 80 3 minutos Sentado Des. ejérc. 2 minutos después Acostado Des. ejérc. 2 minutos después

58 - Visión a distancia Normal

59 - Refracción

60 - Visión de cerca Normal 20/20

Derecho 20/15 Corrige a 20/15

Por lent. Est. +0.50 Cil.

Corrige a 20/20 con 20/20

Izquierdo 20/15 Corrige a 20/15

Por lent. Est. +0.50 Cil.

Corrige a 20/20 con 20/20. Vaseda Rf.

61 - Heteroforias (especificar la distancia)

Ex.

Ex.

Hla. Dch.

Hla. Izq.

Prm. Div.

Prm. Conv.

P. C.

P. C.

62 - Acomodación Derecho Izquierdo

63 - Visión de color

64 - Percepción de profundidad

Sin corregir Con correc.

65 - Campo visual

66 - Visión nocturna

67 - Lente rojo

68 - Tensión intraocular

69 - Capacidad auditiva

70 - AUDIOMETRIA

71 - Psicología y Psicomotor (especificar las pruebas, usadas y el puntaje obtenido)

250	500	1000	2000	3000	4000	8000
258	512	1024	2028	3896	4096	8192
Derecho	10dB	10dB	5dB	10dB	5dB	10dB
	5dB	10dB	5dB	10dB	5dB	5dB
Izquierdo	5dB	10dB	5dB	10dB	5dB	5dB
	5dB	10dB	5dB	10dB	5dB	5dB

72 - OBSERVACIONES

(Usense hojas adicionales de papel blanco, si es necesario)

Resumen de defectos y diagnósticos (Enumere los diagnósticos con el No. del ítem)

07-02-01 Apto

DR. GUILLERMO ARIAS RESTREPO
MEDICO LABORAL D.SAN
Voz. Med. 19-150.760

Recomendaciones (Indíquese los exámenes de especialistas que sean necesarios)

ASPECTOS FISICOS	Palqui	Cabeza	ExSup	Censt.	Frenal.	Orgaos
CONDICION FISICA	Aptitud completa	Aptitud con defectos	Aptitud para los servicios	Voz	Avis	Avis

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del ODONTOLOGO

Firma:

o Oficial de Sanidad Odont. (Indíquese cual)

Jos Adriana Pinilla Rubiano

Firma: José Adriana Pinilla Rubiano

Grado y nombre en letras de imprenta o a máquina del Ofo. San.

Firma:

Gutierrez porro Hernan

Firma: Gutierrez porro Hernan

Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Ofo. San.

Firma:

Te. Claudia Pérez

Firma: Te. Claudia Pérez

Grado y nombre a máquina o en letra de imprenta del Oficial o Revisor

Firma:

Bibiana Pulido

Firma: Bibiana Pulido

No. de hojas adicionales

REPUBLICA DE COLOMBIA

SANIDAD FUERZAS MILITARES

FICHA MEDICA

(Debe llenarse en todas las incidencias del servicio)

1 - Apellidos y nombres completos Millan Varela Luis Hernando			2 - Grado o cargo Cabo Segundo		3 - Identificación C. C. L. M. etc. 16 788 770	
4 - Dirección del domicilio - Ciudad Calle 42a y 29 - 08 Cali (Valle)			5 - Causa del examen ASCENSO		6 - Fecha del examen 12-01-01	
7 - Sexo H	8 - Nacionalidad Colombiano	9 - Tiempo de servicio 3 años	10 - Fuerza (Ejér., Arm., Fae.) Ejército		11 - Unidad o repartición BAJES	
12 - Fecha de nacimiento Enero 26 - 71		13 - Lugar de nacimiento Candelaria (V)		14 - Nombre y dirección del paciente más cercano		
15 - Dependencia médica donde se practicó el examen Dispensario Médico BAJES 2			16 - Cargo a que aspira o promueve Cabo Primero		OBSERVACIONES:	

EVALUACION CLINICA

Normal	Anormal	Regístrese cada ítem, en la columna apropiada. Anot. NE si no sea evaluó.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 - Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 - Nariz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 - Senos (Max. front., mastoides)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 - Boca y garganta
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 - Oído en general
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 - Timpanos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 - Oídos (en general)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 - Oftalmológico examen
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 - Pupilas
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 - Movilidad ocular
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27 - Pulmones y tórax
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 - Corazón y grandes vasos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29 - Sist. vascular periférico y linfático
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30 - Abdomen y vísceras
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 - Ano y recto
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32 - Sistema endocrino
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33 - Génito urinario
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34 - Extremidades superiores
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 - Extremidades inferiores
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36 - Pies
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 - Columna vertebral y esqueleto en genl.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38 - Señales, cicatrices, tatuajes
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 - Piel y uñas
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40 - Neurología
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41 - Psiquiatría

NOTA: Describir cada anomalía detalladamente. (Anótase cada número del ítem, pertinente, antes de cada comentario. Continúese en el ítem. 72 y adicione hojas si es necesario).

I-12-2000
O. R. L.
7-18-19-20-21-22
Normal
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
MILITARES Y AERONAUTICAS
Bogotá, D. C.
1950

Examen Físico Normal

PARA MUJER	42 - Pelvis	Vagina	Rectal	43 - Enfermedades que haya tenido en el servicio
------------	-------------	--------	--------	--

0 Caries - + Obturados - X No tratables - A Ausentes - T Para tratamiento - II Prótesis fija - () - Prótesis removible

44 - Dentadura: colocar los signos apropiados arriba y abajo del número de los dientes superiores e inferiores respectivamente		Observaciones y otros defectos y enfermedades dentarias			
		Articulación	Oclusión	Partes blandas	Estado genl. de la boca
DERECHO 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		Normal <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
IZQUIERDO 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8		Anormal <input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PRUEBAS DE LABORATORIO

45 - ORINA			46 - Rayos X pulmones, fecha, lugar, No. radioscopia, resultado.	47 - Serología (especificar las pruebas empleadas y resultados)
Albumina NO	Azúcar NO	Sedimento Normal	Rayos X: OK	NEGATIVA
48 - Moco y linfa NO		49 - Tipo de sangre y factor Rh O (24 C+)	50 - Otras pruebas	NO Reactivos



Bogotá D.C, 17 de septiembre de 2019

OBSP-19 - 5.005-RUI - 27262

Señores

BANCO FINANDINA S.A. O FINANDINA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Kilómetro 17 Carretera Central Del Norte

Chía, Cundinamarca

POLIZA:	994.000.000.006
TOMADOR:	BANCO FINANDINA S A
ASEGURADO:	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
RECLAMACION:	No. 665 - 16 - 2019 - 30570

Respetados Señores:

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000006, con ocasión de la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por la Junta Médico Laboral del Ejército de Colombia, en la que determina incapacidad permanente para el señor Luis Hernando Millán Varela y califica su disminución de capacidad laboral total con un 71.06%.

Sobre el particular nos referimos en los siguientes términos:

La póliza de seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000006 tiene como objeto proteger los deudores del Banco Finandina, contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente y cuya realización pueda aparejarle a la entidad bancaria un perjuicio económico.

En este caso, es preciso señalar que el señor Luis Hernando Millán Varela, firmó la declaración de asegurabilidad contenida en el formulario de la solicitud individual de seguro, requerida por el Banco Finandina, para el trámite del crédito solicitado, el 02 de abril de 2018 manifestando no padecer antecedentes médicos.

Una vez revisada la documentación aportada, entre otros, el Dictamen, se estableció que el asegurado, es calificado por trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos, las cuales esta diagnosticadas antes del año 2017.

Conforme a lo anterior, es claro que, para la fecha de otorgamiento del crédito No. 1150326214, existían las mencionadas patologías sin ser declaradas, aun teniendo pleno conocimiento de las mismas; esta omisión de información vulnera el principio de ubérrima buena fe, al no declarar sinceramente su estado de salud y la consecuente información exacta y precisa del estado del riesgo, que reclama el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)”

OBSP-19 - 5.005-RUI - 27262

Ahora bien, el artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

“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.”

Así fue considerado por la corte suprema de justicia en la sentencia SC2803 de 2016 en la plantea entre otros aspectos el siguiente:

“El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual [e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.”

OBSP-19 - 5.005-RUI - 27262

En concordancia con lo enunciado, lamentamos informar que, no es posible atender de manera favorable la solicitud de reconocimiento indemnizatorio, ya que para el caso en concreto no se declaró el estado del riesgo, sustento de la base del contrato de seguro, por lo que Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, objeta formalmente a reclamación y declina el pago pretendido.

Con toda atención,



**GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

*Copia NEGOCIOS CORPORATIVOS FINANADINA
Intermediario: PROMOTEC S.A.*

*Revisó: GADIAZ
Elaboró: JSANCHEZ*

Chía - Cundinamarca, 25 de noviembre de 2019

Señor

LUIS HERNANDO MILLAN

Correo: Lhm2601@Hotmail.Com

Teléfono: 3014861778

Dirección: Cll 42a 29 08

Cuidad: Copacabana

Ref.: Respuesta a solicitud GOP-DC- 159117-19 CF-T

Cordial saludo:

En respuesta a la solicitud presentada por usted ante esta Entidad Financiera el pasado 21 de noviembre 2019, nos permitimos manifestarle lo siguiente:

Según su solicitud, frente a la documentación de la obligación con número **1150326214**, nos permitimos adjuntar al presente comunicado los siguientes documentos:

- Documentos crédito de libranza

Cualquier inquietud adicional, con gusto será atendida a través de nuestra línea nacional: 018000912886 y en Bogotá: 2191919.

En los anteriores términos esperamos haber atendido la solicitud presentada por Usted.

Cordialmente,



NELSY CONSUELO VELASQUEZ MONTAÑO

Analista de Operaciones Financieras

Gerencia de Operaciones

BANCO FINANDINA UN BANCO DIGITAL Y A DOMICILIO

El código QR reemplaza la firma que avala esta certificación



PAGARE



00010000185252

PAGARÉ No. 115032621A

Yo(Nosotros), mayor(es) de edad, con domicilio en la ciudad de _____, identificado(s) como aparece(mos) al pie de mi(nuestras) firma(s), actuando en mi (nuestro) propio nombre, o en la condición indicada al pie de mi(nuestras) firma(s), declaro(amos): **PRIMERO:** Que me(nos) obligo(amos) a pagar solidaria, indivisible, irrevocable e incondicionalmente a la orden del **BANCO FINANDINA S.A.**, en adelante **EL ACREEDOR**, o a quien represente sus derechos, el día _____ (____) del mes de _____ del año _____, en sus oficinas del país o en los puntos de pago autorizados expresamente para el efecto, las siguientes sumas de dinero:

POR CAPITAL: _____

(\$ _____) M.C.

POR INTERESES CAUSADOS Y NO PAGADOS: _____

(\$ _____) M.C.

POR OTROS CONCEPTOS: _____

(\$ _____) M.C.

SEGUNDO: Que pagare(mos) intereses moratorios a la tasa máxima legalmente autorizada sobre la suma de capital insoluto. **TERCERO:** Que acepto(amos) expresamente cualquier endoso o cesión que de este pagaré haga **EL ACREEDOR** y reconozco(amos) desde ya al endosatario o cesionario dentro de cualquier proceso judicial. **CUARTO:** Como deudor(es) renuncio(amos) expresamente a cualquier requerimiento para ser constituido(s) en mora en los casos de ley. **QUINTO:** **EL ACREEDOR** se podrá acoger a los términos del artículo 886 del Código de Comercio para el cobro de intereses. El presente pagaré no está sujeto a la presentación para su pago, ni al aviso de rechazo, ni al protesto para todos los efectos legales y se suscribe para ser llenado por **EL ACREEDOR** o su representante según las instrucciones impartidas por mi(nosotros), las cuales están contenidas en la carta de autorizaciones e instrucciones adjunta al presente documento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, en un (1) original, con destino al **BANCO FINANDINA S.A.**, el día 20 (20) del mes de Marzo del año 2018.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Luis Hernando Millan Varela

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) 16.786.770

NOMBRE RTE LEGAL O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO Cr 37 # 47-261 int 301
3107745537

HUELLA Y FIRMA



[Handwritten signature]

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA



Avalo(amos) la presente obligación, conviniendo y aceptando anticipada e irrevocablemente todas sus prórrogas, novaciones, reestructuraciones, renovaciones y refinanciaciones.

AVALISTA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

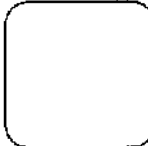
IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA



VIGILADO

CARTA DE INSTRUCCIONES

CARTA DE INSTRUCCIONES



Señores
BANCO FINANDINA S.A.
Bogotá D.C.

Asunto: AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES PERMANENTES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL PAGARÉ No. _____

Yo(Nosotros), mayor(es) de edad, con domicilio en la ciudad de _____, identificado(s) como aparece(mos) al pie mi(nuestras) firma(s), actuando en mi(nuestro) propio nombre, o en la condición indicada al pie de mi(nuestras) firma(s), declaro(amos): Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio, por medio del presente documento autorizo(amos) irrevocablemente y de manera permanente al **BANCO FINANDINA S.A.**, en adelante el ACREEDOR o a quien represente sus derechos, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco y demás aspectos generales y particulares del pagaré indicado en la referencia, el cual he(mos) otorgado a su orden con espacios en blanco y del que hago(hacemos) entrega con efectos negociables, teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

1- El pagaré podrá ser llenado cuando exista incumplimiento o mora en el pago de cualquier obligación a mí (nuestro) cargo, individual o conjuntamente, en los casos estipulados en la ley, en el pagaré mismo y demás documentos suscritos por mí (nosotros). Podrá también ser endosado, previo a su diligenciamiento, en razón de ser negociado cualquier derecho de crédito a mí (nuestro) cargo, individual, conjunta y solidariamente.

2- La fecha de vencimiento del título valor será aquella que corresponda al día en que sea llenado el pagaré. El ACREEDOR determinará la fecha de vencimiento del Pagaré y esta corresponderá a un día cierto, de tal manera que a partir de la misma serán exigibles de inmediato todas las obligaciones contenidas en el Pagaré materia de estas instrucciones.

3- El espacio relacionado con el valor de capital se llenará con el monto de todas las sumas que por concepto de saldo insoluto de capital deba (mos) al ACREEDOR, en forma separada, conjunta y solidaria, el día en que sean diligenciados los espacios en blanco, conforme a la liquidación que el ACREEDOR efectúe, derivadas de todas las obligaciones exigibles a mí(nuestro) cargo y a favor del ACREEDOR, en especial la correspondiente al mutuo que hemos recibido de parte del ACREEDOR.

4- El espacio relacionado con los intereses causados y no pagados será el que corresponda por este concepto, tanto de intereses de plazo como de mora, derivados de las obligaciones a mí(nuestro) cargo, conforme a la liquidación que el ACREEDOR efectúe.

5- El espacio relacionado con el valor de otros conceptos se llenará con el monto de todas las sumas que por cualquier otro concepto yo(nosotros) deba(amos) al ACREEDOR sin atención a su naturaleza o fuente, en especial las relacionadas con los siguientes rubros: (i) Los valores que por mi(nuestra) cuenta haya cancelado el ACREEDOR, por concepto de prima(s) de los seguros que se hayan contratado por mi(nuestra) cuenta. (ii) El monto de cualquier gasto pagado por el ACREEDOR por mi(nuestra) cuenta, especialmente impuestos, timbre, honorarios de abogados, comisiones, gastos administrativos y de cobranzas, así como cualquier otra suma que se deba por concepto distinto de intereses, salvo aquellos intereses que sea permitido capitalizar.

6- En el evento de que en desarrollo de esta facultad se cometieren errores involuntarios en el diligenciamiento del pagaré, el ACREEDOR queda expresamente facultado para aclararlos, enmendarlos y corregirlos de manera tal que el mismo responda a sus exigencias legales.

7- En caso de incumplimiento, retardo o existencia de cualquier causal de aceleración contemplada en los pagarés, contratos y reglamentos, frente a cualquiera de las obligaciones a mí(nuestro) cargo, el ACREEDOR queda autorizado para acelerar el vencimiento y exigir anticipadamente el valor de las demás obligaciones de las que sea (amos) deudor(es), garante(s) o avalista(s), individual, conjunta o solidariamente, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial para constituir en mora, así como para incorporarlas al Pagaré.

8- Así mismo, autorizo(amos) diligenciar los espacios en blanco correspondientes al número del pagaré, el cual corresponderá a aquel que le asigne el Banco y que identifique cualquiera de las obligaciones a mí(nuestro) cargo: así como al de mi(nuestro) domicilio, mi(nuestro) nombre y dirección. Declaro(amos) expresamente haber recibido copia del presente documento para todos los efectos legales.

El pagaré llenado conforme a estas instrucciones, será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin más requisitos y requerimientos.

Declaro(amos) que conozco(amos) y acepto(amos) los Reglamentos y/o Contratos de los productos, así como que he(mos) recibido copia de esta carta de instrucciones.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, a los 20 días del mes de Mayo del año 2018

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Luis Hernando Millan Uribe

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) 16.786.790

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO Cr 37 # 47-261 int 301

HUELLA Y FIRMA 3107745537



AVALISTA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

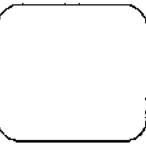
IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

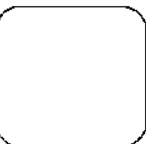
IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____





1150326214

20 03 2018

Bogota

-Edwin-

357756

FORMULARIO DE VINCULACION



00030000185252

Cremil

67.000.000

106

Luis

Hernando

millan

varela

16.786.770

26 01 1971

Candelaria Valle

Pensionado

Cr 37 # 47 -261. inte 301 Tablazo

Copa Cabana 1

Antioquia

3107745537

3107745537

lhm2601@hotmail.com

INFORMACIÓN PERSONAL

Empresa o entidad / Nombre

Cremil

Cr 13 # 27-00

Ciudad o municipio / Departamento

Bogotá

Departamento / Municipio / Ciudad / Negocio

Cundinamarca

Teléfono fijo / Celular / Hogar

353 7300

Teléfono fijo / Negocio

Teléfono Celular

Actividad Económica Empresa / Negocio

Comercio
Financiero

Industria
X Petróleo

Transporte
Código CIU

Construcción
010

Agricultura

Servicios

Otros

Si es empleado, diligencie la siguiente información:

Empresa

Cargo

Fecha de ingreso

Empresa anterior

Cargo anterior

Fecha de ingreso

Fecha de salida

Si es pensionado o jubilado, diligencie la siguiente información:

Empresa o entidad / Fondo de pensiones

Fecha de ingreso

Fecha de salida

Fecha de ingreso

Fecha de salida

INFORMACIÓN FINANCIERA

Salario base

2.892.396

Salario adicional

0

Otros ingresos

0

Salario total

—

Salario base

0

Salario adicional

50.000

Otros ingresos

50.000

Salario total

250.000.000

Salario base

1.000.000

Salario total

2.892.396

Salario base

X

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

Declaro que los bienes y/o fondos que he declarado en esta declaración son de origen lícito y legal, y que no han sido obtenidos a través de actividades ilícitas o ilegales, ni a través de actividades que violen la moral o los principios éticos.

Declaro que los bienes y/o fondos que he declarado en esta declaración son de origen lícito y legal, y que no han sido obtenidos a través de actividades ilícitas o ilegales, ni a través de actividades que violen la moral o los principios éticos.

Declaro que los bienes y/o fondos que he declarado en esta declaración son de origen lícito y legal, y que no han sido obtenidos a través de actividades ilícitas o ilegales, ni a través de actividades que violen la moral o los principios éticos.

Declaro que los bienes y/o fondos que he declarado en esta declaración son de origen lícito y legal, y que no han sido obtenidos a través de actividades ilícitas o ilegales, ni a través de actividades que violen la moral o los principios éticos.

OTROS BIENES Y/O FONDOS

Declaro que los bienes y/o fondos que he declarado en esta declaración son de origen lícito y legal, y que no han sido obtenidos a través de actividades ilícitas o ilegales, ni a través de actividades que violen la moral o los principios éticos.

Declaro que los bienes y/o fondos que he declarado en esta declaración son de origen lícito y legal, y que no han sido obtenidos a través de actividades ilícitas o ilegales, ni a través de actividades que violen la moral o los principios éticos.

Cr 37 # 47-261 int 301

Copacabana

\$ 200.000.000=

REFERENCIAS

Referencia:

Nombre:

Yurian Andrea Correa
Cañada
Cv 37 # 42-29

316 831 2507
Medellin

Antioquia

2

Referencia:

Nombre:

Patro Bueno Carrizosa
Amigo
Tr 53 # 31-72

3105591427
Medellin

Antioquia

Referencia:

Nombre:

DILIGENCIE ÚNICAMENTE SI SOLICITA CRÉDITO Ó LEASING DE VEHÍCULO

Información del vehículo

Uso

Tipo de vehículo

Valor chasis \$

Estado

Valor carrocería \$

Opción de compra %

Monto a financiar \$

Cuota inicial \$

Valor vehículo \$

Tipo de producto

Otro plan de financiación

Protección Mecánica

Seguro de vehículo

Días garantía cuota

Concesionaria

ESTIMACIÓN DE ORDEN DE SIRO

La estimación de los costos de adquisición de un vehículo se realiza a partir de la información proporcionada por el cliente y no garantiza la exactitud de los datos ni el cumplimiento de los plazos de entrega.

Valor de compra \$

\$0

\$0

Valor de compra \$

67.000.000

Valor de compra \$

\$0

Valor de compra \$

☒ Seguro de compra

☒

Tipo de financiación: Crédito / Leasing / Otro

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

Valor de compra \$

[Faint, mostly illegible text from a document, possibly a report or letter, with some visible words like "Informe", "datos", "se", "de", "los"]

20

Marzo 2018

Bogotá

[Handwritten signature]
16786770



Bogotá

20 03 2018 10:00

Ejecutiva Ibranzas

Lina Paola Vanegas

53.088039

"*[Handwritten signature]* 1"



00040000185252

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.786.770**

MILLAN VARELA


APELLIDOS
LUIS HERNANDO

NOMBRES

FIRMA



fiel copia del original
"Luis Hernando Millan Varela"



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1971**

CANDELARIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-MAY-1989 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Adriel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADRIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00162811-M-0016786770-20090714 0013453486A 1 1190103501

Luis Hernando Millan Varela





00050000185252

**CONTRATO DE CRÉDITO DE DESCUENTO POR LIBRANZA**

Son partes del siguiente contrato el BANCO FINANDINA S.A., en adelante EL ACREEDOR, y la persona relacionada en el correspondiente formato de vinculación o solicitud de producto, quien a su vez suscribe el presente contrato en calidad de CLIENTE.

El presente Contrato tiene como objetivo regular las condiciones generales bajo las cuales opera el producto de crédito de libranza celebrado entre EL ACREEDOR, como ENTIDAD OPERADORA, y EL CLIENTE como titular y DEUDOR de la misma, quien en virtud de la correspondiente solicitud de crédito y la autorización de descuento, se obliga al cumplimiento de las condiciones aquí pactadas, sin perjuicio de la aplicación de las normas determinadas en el Código de Comercio, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables sobre la materia.

Los términos y condiciones particulares del crédito serán las informadas y aceptadas por el CLIENTE en el documento denominado "Términos y Condiciones Crédito de Libranza".

1. Definiciones:

Las siguientes definiciones se observarán para los efectos de aplicación del presente Contrato:

- a) **Empleador o entidad pagadora:** Es la persona natural o jurídica, de naturaleza pública o privada, que tiene a su cargo la obligación del pago del salario, cualquiera que sea la denominación de la remuneración, en razón de la ejecución de un trabajo o porque tiene a su cargo el pago de pensiones en calidad de administrador de fondos de cesantías y pensiones.
- b) **Cliente:** Es la persona empleada o pensionada, titular del crédito de libranza que se obliga a atender las obligaciones adquiridas en virtud de la misma, a través de la modalidad de libranza o descuento directo.

2. Condiciones del Desembolso:

- 2.1. El desembolso se realizará una vez sea verificado el cumplimiento de los requisitos de aprobación de la solicitud de crédito presentada por EL CLIENTE, quien de acuerdo a las condiciones determinadas con la ENTIDAD PAGADORA, decidirá en mutuo acuerdo con EL ACREEDOR la fecha y la forma en que se realizará la entrega de los dineros solicitados, pudiendo estos efectuarse por cualquiera de los siguientes medios:
 - a. Transferencia a cuenta corriente o cuenta de ahorros del Banco Finandina S.A. o de otras entidades financieras según la elección del CLIENTE. La transferencia se realizará en la medida que los medios determinados por EL ACREEDOR y la entidad financiera receptora lo permitan, de lo contrario el pago se hará por medio de la expedición de un cheque de gerencia.
 - b. Entrega de Cheque de Gerencia a nombre del cliente, o a nombre de cualquier Entidad Financiera autorizada para realizar operaciones en la República de Colombia, Cooperativas, Fondos de empleados y en general entidades de carácter público o privado designadas por el cliente y autorizadas por EL ACREEDOR.
 - c. Abono total o parcial de deuda a obligaciones vigentes celebradas con anterioridad entre EL CLIENTE y EL ACREEDOR.

El deudor acepta y autoriza al Banco el cobro del costo de la transferencia y/o el valor del cheque de gerencia el cual se genera en el momento del desembolso del crédito. Dichas tarifas se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en la red de oficinas del Banco a nivel nacional.

- 2.2. El desembolso del monto de la obligación se encontrará sujeto a las políticas de crédito vigentes del ACREEDOR, así como a su disponibilidad de fondos, y el mantenimiento de las circunstancias que hayan sido determinantes para el otorgamiento del crédito.
- 2.3. El CLIENTE no podrá desistir del crédito una vez se haya realizado el desembolso, la no utilización del monto de desembolso no lo exime de su obligación de pagar las cuotas y los montos pactados con EL ACREEDOR.

3. Condiciones de pago:

- 3.1. Los instalamentos o cuotas de la obligación serán mensuales, la ENTIDAD PAGADORA determinará la fecha en que se efectuará por parte de ésta el pago de las cuotas establecidas, la cual podrá ser distinta a la fecha en que se realice el descuento del salario o mesada pensional del CLIENTE.
- 3.2. Con ocasión a las características propias del producto de libranza, es posible que el descuento realizado sobre el salario o mesada del CLIENTE correspondiente a la primera cuota del crédito, ocurra con posterioridad a la fecha pactada para el pago de la misma, evento en el cual se entenderá que opera un periodo de gracia en el cual no serán exigibles las cuotas del crédito, pero sí se causarán los intereses y las primas de seguro que se generen durante el mencionado periodo; en dicho caso EL ACREEDOR aumentará el plazo en el número de cuotas mensuales que hagan falta para la cancelación total de la obligación.
- 3.3. LA ENTIDAD PAGADORA que tenga a su cargo el pago del salario o de la mesada pensional del CLIENTE realizará los descuentos por concepto del pago de las cuotas mensuales del crédito de libranza otorgado por EL ACREEDOR al CLIENTE, según el formato de autorización de descuento por libranza otorgado por EL CLIENTE para tal efecto.
- 3.4. Salvo lo determinado en el numeral 3.2 del presente contrato, se entenderá que en el evento en que LA ENTIDAD PAGADORA no realice los pagos a favor del ACREEDOR, o EL CLIENTE solicite vacaciones, licencias, o se retire de la empresa o en general ocurra cualquier evento no atribuible al ACREEDOR que ocasione que este no reciba los recursos correspondiente al pago de la cuota mensual exigible, EL CLIENTE está obligado a realizar el pago oportuno de la misma a través de las oficinas del ACREEDOR o cualquiera de los puntos de su red autorizada de recaudos. La omisión de dicha actuación causará a cargo del CLIENTE intereses de mora sobre el saldo vencido a la tasa

máxima legal certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia y ocasionará la aplicación de las disposiciones determinadas en el numeral 6° del presente Contrato.

- 3.5. EL CLIENTE podrá efectuar abonos parciales y/o totales en cualquier momento, sin ningún tipo de sanción o penalización. En ese sentido los abonos extraordinarios parciales realizados por EL CLIENTE se aplicarán a capital, reduciendo el plazo del crédito, siempre y cuando la obligación se encuentre al día y no se haya causado la siguiente cuota, pues en ese evento se cubrirá el monto de la cuota causada y el valor restante, si hay lugar a ello, se aplicará a capital.
- 3.6. En caso de que LA ENTIDAD PAGADORA realice descuentos mayores a los pactados, o realice descuentos con posterioridad a la cancelación de la obligación se realizará el siguiente procedimiento:
 - a. En caso de que EL CLIENTE tenga saldos pendientes de pagos por otras obligaciones celebradas con EL ACREEDOR, se abonarán dichos montos al saldo de dichas obligaciones.
 - b. En caso contrario, EL ACREEDOR devolverá el dinero al CLIENTE mediante los mecanismos dispuestos en el numeral 2.1 del presente Contrato, sin que haya lugar al reconocimiento de algún tipo de remuneración.

4. Condiciones en caso de desvinculación del CLIENTE de la ENTIDAD PAGADORA:

- 4.1. Cuando EL CLIENTE se desvincule de la ENTIDAD PAGADORA o cese la relación laboral con EL EMPLEADOR por cualquier motivo, dicha Entidad o Empleador descontará del valor final de la liquidación los valores adeudados en el saldo total que tenga EL CLIENTE frente al ACREEDOR por concepto del crédito de libranza, se entenderá que dicho descuento podrá realizarse sobre vacaciones, salarios, indemnizaciones, primas y en general cualquier tipo de prestación laboral que adeude la ENTIDAD PAGADORA a favor del CLIENTE, tomando para ello el 100% del valor total de la liquidación.
- 4.2. En caso que el pago de dicha liquidación no sea suficiente para cubrir el saldo de la obligación, el crédito de libranza pasará a ser un crédito ordinario de consumo, en el cual EL CLIENTE continuará obligado al pago de los saldos exigibles mediante los mecanismos ordinarios de recaudo dispuestos por EL ACREEDOR, así mismo EL ACREEDOR podrá facultativamente aplicar a la obligación la tasa más alta establecida para este tipo de crédito.
- 4.3. EL CLIENTE podrá darle continuidad a la libranza notificándole al ACREEDOR el cambio de ENTIDAD PAGADORA o EMPLEADOR manteniendo de esa forma la tasa de libranza originalmente otorgada, no obstante EL CLIENTE deberá pagar autónomamente las cuotas que se causen durante la implementación del mecanismo de descuento a la tasa máxima establecida para créditos de consumo.

5. Condiciones sobre Seguros

- 5.1. EL CLIENTE se obliga a pagar junto con el valor de la cuota del crédito, el valor de las primas correspondientes al Seguro de Vida Deudores que contratará por medio del ACREEDOR para asegurar la totalidad de la obligación contratada con este, por lo que EL CLIENTE autoriza su inclusión dentro de las pólizas colectivas que EL ACREEDOR haya contratado para tal efecto. EL CLIENTE se compromete a pagar el valor que por los anteriores conceptos certifique el intermediario y/o compañía de seguros respectiva, aceptando para el efecto como suficiente prueba de tales obligaciones dichos certificados.
- 5.2. En caso de que la libranza se solicite para la financiación de un vehículo automotor, EL CLIENTE deberá pagar al ACREEDOR junto con el valor de la cuota del crédito y el valor del Seguro de Vida, el valor correspondiente al costo de la prima del Seguro Todo Riesgo que se contrate a través del ACREEDOR para asegurar el bien otorgado en garantía, asegurando la totalidad del saldo de la obligación.
- 5.3. EL CLIENTE podrá endosar las anteriores pólizas, siempre y cuando las constituya frente a una compañía de seguros debidamente autorizada para operar por la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual ampare los saldos de las obligaciones contratadas con EL ACREEDOR, siendo este el principal beneficiario de la misma.
- 5.4. EL ACREEDOR cuenta con la facultad discrecional de tomar las pólizas de seguros de vida y de vehículo anteriormente descritas durante la vigencia de la obligación, u ordenar su contratación cuando EL CLIENTE no le presente la póliza y su respectivo recibo de pago antes del desembolso del crédito o con antelación de un (1) mes a la fecha de vencimiento cuando se trate de su renovación.
- 5.5. EL ACREEDOR podrá, previa aceptación del CLIENTE, incluir junto con cada instalamento, la suma periódica por concepto de las primas de cualquier otro seguro adicional a los anteriores, que EL CLIENTE solicite a su favor, incluyendo pero sin limitarse a: Seguro de Protección Financiera, Auto Plus Finandina, Security Gap Finandina, Doble Vida, Auto Protección, entendiéndose que el valor de la financiación será cargado a la obligación principal haciéndose exigible junto con la misma.
- 5.6. EL CLIENTE pagará las sumas que por los conceptos mencionados en el presente numeral acredite de igual forma haber cancelado EL ACREEDOR y hasta la cancelación total de las obligaciones del CLIENTE, en el evento de haberse hecho exigibles las mismas por el incumplimiento o mora de parte del CLIENTE. Así mismo, la mora en el pago de las primas generará los efectos establecidos en el artículo 1068 del Código de Comercio respecto a la terminación automática del seguro.

6. Condiciones en caso de incumplimiento

- 6.1. En caso de mora de cualquiera de las obligaciones a cargo del CLIENTE o del incumplimiento de cualquiera de ellas, se causarán a la obligación los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, sin perjuicio de las acciones legales que el tenedor del título valor que instrumente la obligación pueda presentar para exigir el pago de la misma y obtener el pago de la indemnización total de los perjuicios que con su incumplimiento, acción u omisión se le hubiera generado al tenedor.
- 6.2. EL ACREEDOR podrá acogerse a los términos del artículo 886 del Código de Comercio para el cobro de intereses.
- 6.3. Serán a cargo del CLIENTE los impuestos que se ocasionen con motivo del otorgamiento del producto financiero, los costos y demás gastos que la cobranza implique, incluidos los honorarios de abogado que para el efecto se pactan en un 20% del saldo pendiente de pago, y en todo caso no menor al mínimo fijado por EL ACREEDOR para la iniciación del cobro judicial en las tablas que tengan vigentes para el efecto con sus abogados, así como el valor que el ACREEDOR inicialmente pague por concepto de arancel judicial o su equivalente de acuerdo con la ley.
- 6.4. EL ACREEDOR podrá debitar de cualquier saldo a favor que adeude al CLIENTE o de cualquier producto del pasivo que tenga contratado con este, incluyendo, pero sin limitarse a: Depósito a término, cuenta corriente, cuenta de ahorro, el valor de las obligaciones mutuas exigibles que este tenga con EL ACREEDOR.
- 6.5. La duración del presente contrato será la vigencia del crédito, no obstante EL ACREEDOR queda facultado para dar por terminado el plazo pactado y/o exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente del valor de la(s) obligación(es) pendiente(s) del CLIENTE, sus intereses,

seguros, gastos de cobranza, honorarios, gastos de recaudo, o cualquier otro gasto en contraprestación de servicios adicionales que le hubieran prestado y demás obligaciones accesorias, en los siguientes casos, sin perjuicio de otras causales estipuladas para el efecto en otros documentos suscritos por EL CLIENTE, sin necesidad de requerimiento privado o judicial, o constitución en mora, sin consideración al vencimiento y plazos pactados, a los cuales EL CLIENTE renuncia de manera expresa en razón a su claro conocimiento de los términos convenidos de su(s) obligación(es) para con EL ACREEDOR o quien haga sus veces:

6.6.

- a. Si se presentare el incumplimiento de cualquier obligación que directa o indirectamente tenga EL CLIENTE, o mora de una o más de las cuotas convenidas para el pago de su(s) obligación(es), o de cualquiera otra obligación que directa o indirectamente exista a cargo del deudor, sus avalistas, codeudores, fiadores o garantes para con EL ACREEDOR o quien haga sus veces.
- b. Si EL CLIENTE fuere demandado ante cualquier autoridad y por cualquier persona, o si se encontrare en notorio estado de insolvencia o liquidación a juicio de EL ACREEDOR y se negare a prestar caución o mejorar la garantía de sus obligaciones;
- c. Si EL CLIENTE gira o entrega cheques a favor del ACREEDOR sin provisión de fondos, o si el(los) cheque(s) no es(son) pagado(s) por cualquier causa imputable al librador, caso(s) en el(los) cual(es) EL CLIENTE reconocerá y acatará la sanción prevista en el Art. 731 del Código de Comercio aún cuando el(los) cheque(s) girado(s) provenga(n) de terceros, y
- d. Si se cometieren inexactitudes o adulteraciones en los balances, informes, declaraciones o documentos que EL CLIENTE hubiera presentado al ACREEDOR o no le entregare la documentación adicional que en cualquier tiempo les solicitara EL ACREEDOR la cual está obligado a entregar.
- e. Por la muerte del CLIENTE.
- f. La no actualización por parte del CLIENTE, por lo menos anualmente, de la información suministrada para el análisis del crédito, cuando exista alguna variación, o cuando el ACREEDOR así lo requiera.
- g. La inclusión del CLIENTE en la Lista Clinton o Lista SDNT, que es publicada y actualizada por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, Oficina de Control de Activos Extranjeros (U.S. Department of Treasury, Office of Foreign Asset Control) o en cualquier otra que cumpla con los mismos fines. Así mismo, en caso de que una de las operaciones del CLIENTE, sea reportada por cualquier entidad a la Unidad de Información y Análisis Financiero adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (UIAF) como sospechosa, o cuando se profiera una sentencia o cualquier decisión en contra del CLIENTE por parte de autoridad competente, por la comisión de delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito, extinción de dominio y los establecidos en el Cap. II y V del Título X y Cap. II del Título XIII del Libro Segundo del C.P.
- h. Si se evidencia falsedad en los documentos suministrados para el análisis de riesgo crediticio efectuado con ocasión a la operación de crédito de libranza que aquí se instrumenta, o respecto a las declaraciones efectuadas por EL CLIENTE mediante el numeral séptimo (Declaraciones) del presente documento.

7. Declaraciones

EL CLIENTE, mediante la suscripción del presente documento, declara bajo la gravedad del juramento que no ha solicitado ni tramitado ningún producto de financiación con alguna otra entidad durante la solicitud, estudio, análisis, celebración y desembolso de la operación de libranza que se instrumenta mediante el presente contrato, como tampoco descuento alguno sobre su salario, remuneración o mesada pensional. Así mismo, manifiesta que entiende que cualquier falta de veracidad, total o parcial, en la declaración aquí contenida, o en los documentos suministrados para su análisis de riesgo crediticio, generará un incumplimiento contractual, que facultará a EL ACREEDOR para proceder de conformidad con lo indicado en el numeral sexto (Condiciones en caso de incumplimiento) del presente acuerdo, así como para interponer la denuncia penal respectiva por la vulneración del tipo penal de falsedad en documento privado (Artículo 289, Ley 599 de 2000), o el que corresponda.

8. Otras condiciones y autorizaciones

- 8.1. En el evento en que al CLIENTE le fuera otorgada alguna prórroga de su(s) obligación(es), EL ACREEDOR queda facultado para prorrogar el plazo de vencimiento de las obligaciones sin necesidad de que EL CLIENTE firme la nota respectiva, y sin que ello implique una extinción de las garantías en ningún caso. EL CLIENTE hace constar que la responsabilidad de los avalistas se extenderá en caso de prórrogas, renovaciones y novaciones o de cualquier modificación a lo aquí estipulado. La prórroga del plazo para el pago de las obligaciones de que trata el presente documento, el recibo de abonos parciales o el pago mediante cheques, no implica novación ni dación en pago.
- 8.2. EL CLIENTE autoriza al ACREEDOR para registrar los abonos parciales en el sistema que emplee EL ACREEDOR. Así como el aumento del plazo de acuerdo a lo previsto en el numeral 3.2. del presente documento.
- 8.3. Los abonos realizados por EL CLIENTE serán imputados a los siguientes conceptos en el siguiente orden: a gastos y costas, comisiones, primas de seguros, intereses de mora, intereses corrientes, y finalmente a capital, sin perjuicio de que EL ACREEDOR pueda imputar dichos abonos en forma preferente a otras obligaciones contraídas por EL CLIENTE en forma directa o como garantes a cualquier título.
- 8.4. EL CLIENTE autoriza irrevocablemente y en todo tiempo al ACREEDOR o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, para consultar ante cualquier operador de base de datos o central de riesgo, toda la información sobre su comportamiento crediticio y comercial, hábitos de pago y cumplimiento de sus obligaciones. Así mismo para que informe y reporte a dichas entidades el comportamiento de pago, cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias, o de sus deberes legales de contenido patrimonial, respecto a todas las operaciones que bajo cualquier modalidad haya celebrado o llegue a celebrar en el futuro con EL ACREEDOR, o respecto de obligaciones a mi cargo cuyo acreedor sea EL ACREEDOR, de tal forma que aquellas entidades presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de su desempeño como deudor, codeudor o avalista.
- 8.5. EL CLIENTE autoriza irrevocablemente que los datos de carácter personal de su titularidad que se obtengan en virtud de la relación comercial que mantenga o que haya mantenido con EL ACREEDOR, sean tratados en una o varias bases de datos administrada por EL ACREEDOR, quien será responsable de su administración junto con los encargados que éste designe, e implementará las medidas de seguridad necesarias para la conservación y protección de los mismos. Así mismo, EL CLIENTE declara que se le ha informado que sus datos personales han sido y serán recopilados para fines operativos, comerciales y de mercadeo, de prevención de riesgo y estadísticos, por EL ACREEDOR y/o por cualquiera de sus aliados comerciales, y en general para permitir el cumplimiento de las obligaciones que EL ACREEDOR haya adquirido en virtud de la presente relación contractual o que le sean exigibles por disposiciones legales o reglamentarias. De igual forma EL CLIENTE autoriza que, para las finalidades descritas, EL ACREEDOR pueda suministrar su información a los siguientes tipos de personas: a) Operadores de bases de datos, crediticio, financiero, comercial o de servicios o a otras entidades financieras nacionales

o extranjeras b) Terceros que en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, presten servicios tecnológicos, logísticos, operativos, de seguridad o de apoyo, y en general que en ejercicio de su servicio deban tener acceso a la información por EL CLIENTE suministrada, c) Las personas naturales o jurídicas accionistas del ACREEDOR y a las sociedades controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, d) Las autoridades nacionales o extranjeras que en ejercicio de sus competencias y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular, denuncia, demanda, convocatoria a arbitramento, queja o reclamación, e) toda persona natural que EL CLIENTE expresamente autorice. Adicionalmente EL CLIENTE autoriza todo tipo de tratamiento que sea necesario para cumplir las finalidades anteriormente mencionadas y declara que ha sido informado de la posibilidad que tiene como titular de la información de conocer en cualquier momento los datos de su titularidad con los que cuenta EL ACREEDOR, con el fin de actualizarlos, corregirlos o rectificarlos, así como de la posibilidad que tiene de solicitar su eliminación o revocación, en los casos previstos en la ley. Adicionalmente EL CLIENTE declara que ha sido informado de las políticas y procedimientos que tiene EL ACREEDOR para el manejo de su información y conoce que las mismas pueden ser consultadas permanentemente en www.bancofinandina.com o en las oficinas principales del Banco.

- 8.6. EL ACREEDOR pondrá a disposición del CLIENTE los estados de cuenta del crédito de libranza a través de los canales determinados para tales efectos. No obstante EL CLIENTE podrá en cualquier momento solicitar el estado de cuenta de su producto a través de los canales de contacto de servicio al cliente dispuestos por EL ACREEDOR, asumiendo los costos que ello conlleve.
- 8.7. El deudor acepta y autoriza al Banco, mediante la suscripción de la presente comunicación el cobro del estudio de crédito.
- 8.8. EL CLIENTE declara que conoce y acepta las tarifas de los servicios financieros prestados por EL BANCO, y reconoce que dichas tarifas están sujetas a modificaciones que le serán informadas por el medio que EL BANCO tenga establecido. Así mismo, manifiesta que ha sido informado de la posibilidad con la que cuenta de consultar permanentemente las tarifas a través de la página de internet www.bancofinandina.com, las cuales también se encuentran publicadas en las oficinas del ACREEDOR.

EL ACREEDOR se reserva el derecho unilateral de modificar, limitar, ampliar, reducir y eliminar las condiciones y términos del presente Contrato, dichas variaciones serán debidamente notificadas al CLIENTE, con una antelación mínima de treinta (30) días calendario por el medio de notificación más adecuado, incluyéndose pero sin limitarse a: Avisos a través de los estados de cuenta, mensajes de texto (SMS), correos físicos o electrónicos, avisos en la página web y en las oficinas del ACREEDOR.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes de Marzo del año 2018.

Acepto (aceptamos) en calidad de CLIENTE:

Firma: [Firma manuscrita]

Nombre Titular: Luis Hernando Millan Varela

Cedula de Ciudadanía: 16.786.770



Bogotá, 20 de Marzo de 2018



Señor(a)

Luis Hernando Millan

La Ciudad

RESUMEN TERMINOS Y
CONDICIONES



00060000185252

Referencia: Términos y Condiciones del Crédito de Libranza

Apreciado(a) señor(a)

Luis Hernando Millan

A continuación nos permitimos presentarle los términos y condiciones que regirán el Crédito de Libranza aprobado por el Banco Finandina S.A.:

1. El valor del crédito asciende a la suma de

sesenta y siete millones de pesos

(\$ 67.000.000), monto sobre el cual se aplicará la tasa de interés remuneratoria.

2. Durante la vigencia del crédito la tasa de interés remuneratoria será fija y corresponderá al 1.29 % N.M.V., la cual equivale al 16.63 % E.A..

3. La tasa de interés de mora corresponderá a la máxima legal permitida.

4. El plazo del crédito es de 107 meses, el cual podrá aumentar en el evento en que el descuento correspondiente a la primera cuota de la operación por parte del empleador y/o la entidad pagadora, ocurra con posterioridad a la fecha pactada para el pago de la misma.

5. Número de cuotas: 106

6. El valor de cada una de las cuotas es de Un millón doscientos sesenta y cinco mil novecientos noventa y tres pesos (\$ 1.255.993), pagaderas en las fechas y en la periodicidad convenida con la entidad pagadora, conforme se estableció en el Contrato de Crédito de Descuento por Libranza.

7. Los valores de las primas mensuales del Seguro de Vida y del Seguro Desempleo o Incapacidad Total Temporal con Anexo de Enfermedades Graves Seguro de Protección Financiera son de (\$ 77.720) y de (\$), respectivamente.

8. El deudor acepta y autoriza al Banco, mediante la suscripción de la presente comunicación el cobro del estudio de crédito.

9. El desembolso se realizará una vez sea verificado el cumplimiento de los requisitos de aprobación de la solicitud de crédito presentada por EL CLIENTE, quien decidirá la forma en que se realizará la entrega de los dineros solicitados, pudiendo estos efectuarse por cualquiera de los siguientes medios:

- Transferencia a cuenta corriente o cuenta de ahorros del Banco Finandina S.A. o de otras entidades financieras según la elección del CLIENTE. La transferencia se realizará en la medida que los medios determinados por EL ACREEDOR y la entidad financiera receptora lo permitan, de lo contrario el pago se hará por medio de la expedición de un cheque de gerencia.
- Entrega de Cheque de Gerencia a nombre del cliente, o a nombre de cualquier Entidad Financiera autorizada para realizar operaciones en la República de Colombia.
- Abono total o parcial de deuda a obligaciones vigentes celebradas con anterioridad entre EL CLIENTE y EL ACREEDOR.

El deudor acepta y autoriza al Banco el cobro del costo de la transferencia y/o el valor del cheque de gerencia el cual se genera en el momento del desembolso del crédito. Dichas tarifas se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en la red de oficinas del Banco a nivel nacional.

10. Periodicidad de pago del crédito: Mensual.


11. El crédito no exige ningún término de permanencia, por lo cual podrá efectuar abonos parciales y/o totales en cualquier momento, sin ningún tipo de sanción o penalización. En ese sentido y para su comodidad, los abonos extraordinarios parciales y/o totales se aplicarán a capital, reduciendo el plazo del crédito, siempre y cuando la obligación se encuentre al día y no se haya causado la siguiente cuota, pues en ese evento se cubrirá el monto de la cuota causada y el valor restante, si hay lugar a ello, se aplicará a capital.

12. Sus derechos como deudor, así como los derechos del Banco en caso de incumplimiento en el pago de la obligación, serán aquellos que estén contemplados en la Ley y en el Contrato de Crédito de Descuento por Libranza, documento que se encuentra a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y del cual podrá solicitar una copia física en cualquiera de las oficinas del Banco a nivel nacional.

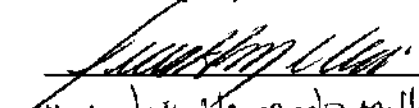
13. Las tarifas de los servicios financieros prestados por el Banco se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en las oficinas del Banco a nivel nacional.

14. Las políticas y mecanismos establecidos por el Banco para la gestión de la cobranza prejudicial y judicial de las obligaciones, el momento a partir del cual se iniciará dicha gestión, los gastos derivados de la misma, las dependencias internas y las entidades externas autorizadas por esta entidad financiera para adelantar la gestión de cobranza, la facultad con la que estas cuentan para efectuar acuerdos de pago conforme con las políticas vigentes del Banco, los canales a través de los cuales se podrán realizar los pagos, entre otra información se encuentra permanente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com.

Cordialmente,


Nombre: Lina Paola Varegas
Cargo: Ejecutiva Libranza

Recibo y acepto estas condiciones,


Nombre: Luis Hernando Millan
Identificación (C.C., C.E.): 96786770



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS




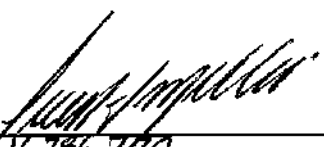
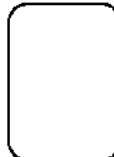
Ciudad y fecha _____

Señores:

Entidad Empleadora / Pagadora:

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de Interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregarla(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y retenga y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiriere para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.
- En caso de retiro, incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicán tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuaran en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Deudor Nombre del deudor: <u>Luis Hernando Millan Varela</u>  Firma:  C.C.: <u>16.786.710</u>	Codeudor Nombre del codeudor: _____  Firma: _____ C.C.: _____
--	---

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____.	
Nombre del empleador: _____ Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador: _____ Nombre del Representante: _____ C.C.: _____ Calidad en la que actúa: _____	Sello del empleador: _____ Observaciones: _____

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS



Ciudad y fecha _____

Señores:

Entidad Empleadora / Pagadora:

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de Interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregará(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y retenga y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiriere para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.
- En caso de retiro, incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicán tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuaran en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Nombre del deudor: <u>Luis Hernandez Pulido Varela</u>	Nombre del codeudor: _____
Firma <u>[Firma]</u>	Firma _____
C.C. <u>16.786.770</u>	C.C. _____

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____

Nombre del empleador:

Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador:

Nombre del Representante:

C.C.

Calidad en la que actúa:

Sello del empleador:

Observaciones:

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS



Ciudad y fecha _____

Señores.

Entidad Empleadora / Pagadora:

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregarla(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, Incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y retenga y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiriere para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.
- En caso de retiro, Incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicán tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuarán en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Nombre del deudor:

Nombre del codeudor:

Firma

Firma

C.C.

C.C.

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____

Nombre del empleador:

Sello del empleador:

Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador:

Observaciones:

Nombre del Representante:

C.C.

Calidad en la que actúa:

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA COMPROBANTE DE NÓMINA
POR INTERNET O INTRANET**

Señores
BANCO FINANDINA
Ciudad

Con la presente me permito autorizar voluntaria, expresa e irrevocablemente al BANCO FINANDINA, para ingresar a la página web de Cremil y/o _____ y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con el propósito que BANCO FINANDINA acceda y consulte mis desprendibles de pago para efectos de continuar con el análisis del crédito que adelanto con esta entidad. En el evento de que BANCO FINANDINA no pueda consultar los desprendibles de pago de nómina con mi número de identificación y clave, me comprometo a suministrar la información necesaria para que la entidad pueda realizar dicha verificación a través de la mencionada página web.

Cordialmente,

FIRMA:

NOMBRE:

C.C. No.:

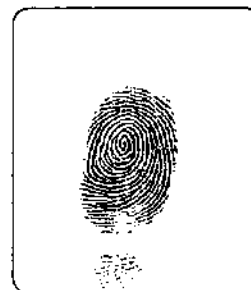
CLAVE:

[Firma manuscrita]

Luis Hernando Millan Varela

16.786.770

Maurend 2601



HUELLA INDICE DERECHO

Caso #360636



Nombre: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Identificación: 16786770

Oficina: FND02 - FINANADINA ANDROID

Fecha radicación: 20/03/18 @ 04:20:36

Fecha respuesta: 20/03/18 @ 04:25:29

Radicador: d76a1cf5d7d78be1

Impresor: edwin vela

Resultado: SIN PROBLEMA - CEDULA ORIGINAL

Observaciones:



(https://www.cremil.gov.co/)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 20-03-2018 05:25 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	28022018
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro.Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	61013	Grado	SP	Nro.Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.592.498
	*Partidas Computables			2.115.702
	**Base Liquidacion			3.708.200
	***% de Liquidacion			76
001	001	01022018	28022018	2.892.396
TOTAL DEVENGADO				2.892.396

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	201802	201802	28.824
110	DTOSERMEDIC4%	201802	201802	115.696
TOTAL DEDUCCION				144.520
NETO				2.747.776

Nota.* : Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 48.5% * PRIMA DE ANTIGÜEDAD 22% * SUBSIDIO FAMILIAR 39% * DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$355,992

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Aplicada la protección del 80% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$1,981,578 para nuevos descuentos.

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubíquelo en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=24005620&cedula=16786770&print>



**MUNICIPIO DE
COPACABANA**



Certificado: SC 4483-1



Certificado: 2

MTT 880 980.787-3
Carrera 80 No 30-15
TELÉFONO (412) 74 80 88

g-mail: haberdad@copacabana.gov.co

DETERMINACIÓN OFICIAL DEL IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO

RESOLUCIÓN FACTURA No.
110003324710



COPACABANA SOMOS TODOS



Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com>

EXCEPCION CLIENTE MONTO 67 MM CREMIL - LIBRE INVERSION CASO 357756 - LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Jose Fransisco Moyano Vergara <jose.moyano@bancofinandina.com>
Para: Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com>

23 de marzo de 2018, 18:17

OK AURORIZADO RADICAR

sustentar respaldo patrimonial
radicar SIN ERRORES



 **José Francisco Moyano Vergara**
Dirección Gestión de Convenios y
venta de Libranzas Pais
 **jose.moyano@bancofinandina.com**
PBX 6511919 Ext 1545
Banco Finandina S.A
 Kilómetro 17 Carretera Central del
Norte Bogotá - Chia
www.bancofinandina.com
 Bogotá - Chia, Colombia

El 23 de marzo de 2018, 9:26, Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com> escribió:
Buena tarde jefe, envío conocimiento de cliente relacionado en asunto para radicar por 67.000.000 de la asesora LINA
VANEGAS para su VoBo y continuar con proceso

Caso: 357756
Nombre Cliente LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
Cédula: 16786770
Convenio: CREMIL
Monto solicitado: \$67.000.000
Plazo: 106 MESES
Ingresos: \$ 2.892.396
Calificación: A
Acierta: 868
Tasa política: 1.29%
Fecha inicio trámite en LP / BPM: 21/03/2018
Ejecutivo: Lina Paola Vanegas
Coordinación: SALA 3 - ANGIE MALAGON FRANCO
Justificación (Detallado): **Crédito Libre inversión** para mejoras de vivienda y negocio respaldo patrimonial por
200.000.000 representados en una casa en Copacabana - Antioquia

Mil gracias

La Marca De Una Banca Diferente.



Angie Malagón Franco
COORDINADORA DE LIBRANZA FMV



angie.malagon@bancofinandina.com
(+571) 6511919 Ext. 1429
3188759453



Banco Finandina S.A
Calle 93B N. 19-31 Piso 2



Bogotá D.C. Colombia
www.bancofinandina.com



Ayúdenos a conservar nuestros árboles



Antes de imprimir, piense en su responsabilidad y compromiso con el **MEDIO AMBIENTE**

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente, excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente,

excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente, excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

Chía - Cundinamarca, 25 de noviembre de 2019

Señor

LUIS HERNANDO MILLAN

Correo: Lhm2601@Hotmail.Com

Teléfono: 3014861778

Dirección: Cll 42a 29 08

Cuidad: Copacabana

Ref.: Respuesta a solicitud GOP-DC- 159117-19 CF-T

Cordial saludo:

En respuesta a la solicitud presentada por usted ante esta Entidad Financiera el pasado 21 de noviembre 2019, nos permitimos manifestarle lo siguiente:

Según su solicitud, frente a la documentación de la obligación con número **1150326214**, nos permitimos adjuntar al presente comunicado los siguientes documentos:

- Documentos crédito de libranza

Cualquier inquietud adicional, con gusto será atendida a través de nuestra línea nacional: 018000912886 y en Bogotá: 2191919.

En los anteriores términos esperamos haber atendido la solicitud presentada por Usted.

Cordialmente,



NELSY CONSUELO VELASQUEZ MONTAÑO

Analista de Operaciones Financieras

Gerencia de Operaciones

BANCO FINANDINA UN BANCO DIGITAL Y A DOMICILIO

El código QR reemplaza la firma que avala esta certificación



PAGARE



00010000185252

PAGARÉ No. 115032621A

Yo(Nosotros), mayor(es) de edad, con domicilio en la ciudad de _____, identificado(s) como aparece(mos) al pie de mi(nuestras) firma(s), actuando en mi (nuestro) propio nombre, o en la condición indicada al pie de mi(nuestras) firma(s), declaro(amos): **PRIMERO:** Que me(nos) obligo(amos) a pagar solidaria, indivisible, irrevocable e incondicionalmente a la orden del **BANCO FINANDINA S.A.**, en adelante **EL ACREEDOR**, o a quien represente sus derechos, el día _____ (____) del mes de _____ del año _____, en sus oficinas del país o en los puntos de pago autorizados expresamente para el efecto, las siguientes sumas de dinero:

POR CAPITAL: _____

(\$ _____) M.C.

POR INTERESES CAUSADOS Y NO PAGADOS: _____

(\$ _____) M.C.

POR OTROS CONCEPTOS: _____

(\$ _____) M.C.

SEGUNDO: Que pagare(mos) intereses moratorios a la tasa máxima legalmente autorizada sobre la suma de capital insoluto. **TERCERO:** Que acepto(amos) expresamente cualquier endoso o cesión que de este pagaré haga **EL ACREEDOR** y reconozco(amos) desde ya al endosatario o cesionario dentro de cualquier proceso judicial. **CUARTO:** Como deudor(es) renuncio(amos) expresamente a cualquier requerimiento para ser constituido(s) en mora en los casos de ley. **QUINTO:** **EL ACREEDOR** se podrá acoger a los términos del artículo 886 del Código de Comercio para el cobro de intereses. El presente pagaré no está sujeto a la presentación para su pago, ni al aviso de rechazo, ni al protesto para todos los efectos legales y se suscribe para ser llenado por **EL ACREEDOR** o su representante según las instrucciones impartidas por mi(nosotros), las cuales están contenidas en la carta de autorizaciones e instrucciones adjunta al presente documento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, en un (1) original, con destino al **BANCO FINANDINA S.A.**, el día 20 (20) del mes de Marzo del año 2018.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Luis Hernando Millan Varela

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) 16.786.770

NOMBRE RTE LEGAL O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO Cr 37 # 47-261 int 301
3107745537

HUELLA Y FIRMA



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA



Avalo(amos) la presente obligación, conviniendo y aceptando anticipada e irrevocablemente todas sus prórrogas, novaciones, reestructuraciones, renovaciones y refinanciaciones.

AVALISTA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

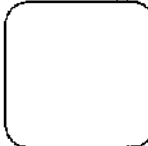
IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA



VIGILADO

CARTA DE INSTRUCCIONES

CARTA DE INSTRUCCIONES



Señores
BANCO FINANDINA S.A.
Bogotá D.C.

Asunto: AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES PERMANENTES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL PAGARÉ No. _____

Yo(Nosotros), mayor(es) de edad, con domicilio en la ciudad de _____, identificado(s) como aparece(mos) al pie mi(nuestras) firma(s), actuando en mi(nuestro) propio nombre, o en la condición indicada al pie de mi(nuestras) firma(s), declaro(amos): Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio, por medio del presente documento autorizo(amos) irrevocablemente y de manera permanente al **BANCO FINANDINA S.A.**, en adelante el ACREEDOR o a quien represente sus derechos, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco y demás aspectos generales y particulares del pagaré indicado en la referencia, el cual he(mos) otorgado a su orden con espacios en blanco y del que hago(hacemos) entrega con efectos negociables, teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

1- El pagaré podrá ser llenado cuando exista incumplimiento o mora en el pago de cualquier obligación a mí (nuestro) cargo, individual o conjuntamente, en los casos estipulados en la ley, en el pagaré mismo y demás documentos suscritos por mí (nosotros). Podrá también ser endosado, previo a su diligenciamiento, en razón de ser negociado cualquier derecho de crédito a mí (nuestro) cargo, individual, conjunta y solidariamente.

2- La fecha de vencimiento del título valor será aquella que corresponda al día en que sea llenado el pagaré. El ACREEDOR determinará la fecha de vencimiento del Pagaré y esta corresponderá a un día cierto, de tal manera que a partir de la misma serán exigibles de inmediato todas las obligaciones contenidas en el Pagaré materia de estas instrucciones.

3- El espacio relacionado con el valor de capital se llenará con el monto de todas las sumas que por concepto de saldo insoluto de capital deba (mos) al ACREEDOR, en forma separada, conjunta y solidaria, el día en que sean diligenciados los espacios en blanco, conforme a la liquidación que el ACREEDOR efectúe, derivadas de todas las obligaciones exigibles a mí(nuestro) cargo y a favor del ACREEDOR, en especial la correspondiente al mutuo que hemos recibido de parte del ACREEDOR.

4- El espacio relacionado con los intereses causados y no pagados será el que corresponda por este concepto, tanto de intereses de plazo como de mora, derivados de las obligaciones a mí(nuestro) cargo, conforme a la liquidación que el ACREEDOR efectúe.

5- El espacio relacionado con el valor de otros conceptos se llenará con el monto de todas las sumas que por cualquier otro concepto yo(nosotros) deba(amos) al ACREEDOR sin atención a su naturaleza o fuente, en especial las relacionadas con los siguientes rubros: (i) Los valores que por mi(nuestra) cuenta haya cancelado el ACREEDOR, por concepto de prima(s) de los seguros que se hayan contratado por mi(nuestra) cuenta. (ii) El monto de cualquier gasto pagado por el ACREEDOR por mi(nuestra) cuenta, especialmente impuestos, timbre, honorarios de abogados, comisiones, gastos administrativos y de cobranzas, así como cualquier otra suma que se deba por concepto distinto de intereses, salvo aquellos intereses que sea permitido capitalizar.

6- En el evento de que en desarrollo de esta facultad se cometieren errores involuntarios en el diligenciamiento del pagaré, el ACREEDOR queda expresamente facultado para aclararlos, enmendarlos y corregirlos de manera tal que el mismo responda a sus exigencias legales.

7- En caso de incumplimiento, retardo o existencia de cualquier causal de aceleración contemplada en los pagarés, contratos y reglamentos, frente a cualquiera de las obligaciones a mí(nuestro) cargo, el ACREEDOR queda autorizado para acelerar el vencimiento y exigir anticipadamente el valor de las demás obligaciones de las que sea (amos) deudor(es), garante(s) o avalista(s), individual, conjunta o solidariamente, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial para constituir en mora, así como para incorporarlas al Pagaré.

8- Así mismo, autorizo(amos) diligenciar los espacios en blanco correspondientes al número del pagaré, el cual corresponderá a aquel que le asigne el Banco y que identifique cualquiera de las obligaciones a mí(nuestro) cargo: así como al de mi(nuestro) domicilio, mi(nuestro) nombre y dirección. Declaro(amos) expresamente haber recibido copia del presente documento para todos los efectos legales.

El pagaré llenado conforme a estas instrucciones, será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin más requisitos y requerimientos.

Declaro(amos) que conozco(amos) y acepto(amos) los Reglamentos y/o Contratos de los productos, así como que he(mos) recibido copia de esta carta de instrucciones.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, a los 20 días del mes de Mayo del año 2018

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Luis Hernando Millan Uribe

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) 16.786.790

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO Cr 37 # 47-261 int 301

HUELLA Y FIRMA 3107745537



AVALISTA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

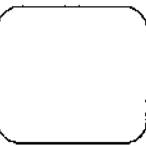
IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____





1150326214

20 03 2018

Bogota

-Edwin-

357756

FORMULARIO DE VINCULACION



00030000185252

Cremit

67.000.000

106

Luis

Hernando

millan

varela

16.786.770

26 01 1971

Candelaria Valle

Pensionado

Cr 37 # 47 -261. inte 301 Tablazo

Copa Cabana 1

Antioquia

3107745537

3107745537

lhm2601@hotmail.com

REFERENCIAS

Referencia:

Nombre:

Yurian Andrea Correa
Cañada
Cv 37 # 42-29

316 831 2507
Medellin

Antioquia

2

Referencia:

Nombre:

Patro Bueno Carrizosa
Amigo
Tr 53 # 31-72

3105591427
Medellin

Antioquia

Referencia:

Nombre:

DILIGENCIE ÚNICAMENTE SI SOLICITA CRÉDITO Ó LEASING DE VEHÍCULO

Información del vehículo

Uso

Tipo de vehículo

Valor chasis \$

Estado

Valor carrocería \$

Opción de compra %

Monto a financiar \$

Cuota inicial \$

Valor vehículo \$

Tipo de producto

Otro plan de financiación

Protección Mecánica

Seguro de vehículo

Días prima de cuota

Concesionaria

ESTIMACIÓN DE ORDEN DE SIRO

La estimación de los costos de adquisición de un vehículo se realiza a partir de los precios de venta de los vehículos nuevos, los cuales se obtienen de la información de los precios de venta de los vehículos nuevos, los cuales se obtienen de la información de los precios de venta de los vehículos nuevos.

Valor de venta \$

IVA

Impuesto

Valor de venta \$

67.000.000

Valor de venta \$

IVA

Valor de venta \$

☒ Seguro de compra

☒

Tipo de financiación: \$

Valor de venta \$

Valor de venta \$

Valor de venta \$

Valor de venta \$

Valor de venta \$

IVA

IVA

Valor de venta \$

IVA

IVA

IVA

IVA

IVA

IVA

IVA

IVA

IVA

IVA

IVA

Valor de venta \$

IVA

IVA

IVA

11 June 1960 11



00040000185252

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.786.770**

MILLAN VARELA


APELLIDOS
LUIS HERNANDO

NOMBRES

FIRMA



fiel copia del original
"Luis Varela"



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1971**

CANDELARIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

31-MAY-1989 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Adiel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ADIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00162811-M-0016786770-20090714 0013453486A 1 1190103501

Luis Varela





CONTRATO DE CRÉDITO DE DESCUENTO POR LIBRANZA

Son partes del siguiente contrato el BANCO FINANDINA S.A., en adelante EL ACREEDOR, y la persona relacionada en el correspondiente formato de vinculación o solicitud de producto, quien a su vez suscribe el presente contrato en calidad de CLIENTE.

El presente Contrato tiene como objetivo regular las condiciones generales bajo las cuales opera el producto de crédito de libranza celebrado entre EL ACREEDOR, como ENTIDAD OPERADORA, y EL CLIENTE como titular y DEUDOR de la misma, quien en virtud de la correspondiente solicitud de crédito y la autorización de descuento, se obliga al cumplimiento de las condiciones aquí pactadas, sin perjuicio de la aplicación de las normas determinadas en el Código de Comercio, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables sobre la materia.

Los términos y condiciones particulares del crédito serán las informadas y aceptadas por el CLIENTE en el documento denominado "Términos y Condiciones Crédito de Libranza".

1. Definiciones:

Las siguientes definiciones se observarán para los efectos de aplicación del presente Contrato:

- a) **Empleador o entidad pagadora:** Es la persona natural o jurídica, de naturaleza pública o privada, que tiene a su cargo la obligación del pago del salario, cualquiera que sea la denominación de la remuneración, en razón de la ejecución de un trabajo o porque tiene a su cargo el pago de pensiones en calidad de administrador de fondos de cesantías y pensiones.
- b) **Cliente:** Es la persona empleada o pensionada, titular del crédito de libranza que se obliga a atender las obligaciones adquiridas en virtud de la misma, a través de la modalidad de libranza o descuento directo.

2. Condiciones del Desembolso:

- 2.1. El desembolso se realizará una vez sea verificado el cumplimiento de los requisitos de aprobación de la solicitud de crédito presentada por EL CLIENTE, quien de acuerdo a las condiciones determinadas con la ENTIDAD PAGADORA, decidirá en mutuo acuerdo con EL ACREEDOR la fecha y la forma en que se realizará la entrega de los dineros solicitados, pudiendo estos efectuarse por cualquiera de los siguientes medios:
 - a. Transferencia a cuenta corriente o cuenta de ahorros del Banco Finandina S.A. o de otras entidades financieras según la elección del CLIENTE. La transferencia se realizará en la medida que los medios determinados por EL ACREEDOR y la entidad financiera receptora lo permitan, de lo contrario el pago se hará por medio de la expedición de un cheque de gerencia.
 - b. Entrega de Cheque de Gerencia a nombre del cliente, o a nombre de cualquier Entidad Financiera autorizada para realizar operaciones en la República de Colombia, Cooperativas, Fondos de empleados y en general entidades de carácter público o privado designadas por el cliente y autorizadas por EL ACREEDOR.
 - c. Abono total o parcial de deuda a obligaciones vigentes celebradas con anterioridad entre EL CLIENTE y EL ACREEDOR.

El deudor acepta y autoriza al Banco el cobro del costo de la transferencia y/o el valor del cheque de gerencia el cual se genera en el momento del desembolso del crédito. Dichas tarifas se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en la red de oficinas del Banco a nivel nacional.

- 2.2. El desembolso del monto de la obligación se encontrará sujeto a las políticas de crédito vigentes del ACREEDOR, así como a su disponibilidad de fondos, y el mantenimiento de las circunstancias que hayan sido determinantes para el otorgamiento del crédito.
- 2.3. El CLIENTE no podrá desistir del crédito una vez se haya realizado el desembolso, la no utilización del monto de desembolso no lo exime de su obligación de pagar las cuotas y los montos pactados con EL ACREEDOR.

3. Condiciones de pago:

- 3.1. Los instalamentos o cuotas de la obligación serán mensuales, la ENTIDAD PAGADORA determinará la fecha en que se efectuará por parte de ésta el pago de las cuotas establecidas, la cual podrá ser distinta a la fecha en que se realice el descuento del salario o mesada pensional del CLIENTE.
- 3.2. Con ocasión a las características propias del producto de libranza, es posible que el descuento realizado sobre el salario o mesada del CLIENTE correspondiente a la primera cuota del crédito, ocurra con posterioridad a la fecha pactada para el pago de la misma, evento en el cual se entenderá que opera un periodo de gracia en el cual no serán exigibles las cuotas del crédito, pero sí se causarán los intereses y las primas de seguro que se generen durante el mencionado periodo; en dicho caso EL ACREEDOR aumentará el plazo en el número de cuotas mensuales que hagan falta para la cancelación total de la obligación.
- 3.3. LA ENTIDAD PAGADORA que tenga a su cargo el pago del salario o de la mesada pensional del CLIENTE realizará los descuentos por concepto del pago de las cuotas mensuales del crédito de libranza otorgado por EL ACREEDOR al CLIENTE, según el formato de autorización de descuento por libranza otorgado por EL CLIENTE para tal efecto.
- 3.4. Salvo lo determinado en el numeral 3.2 del presente contrato, se entenderá que en el evento en que LA ENTIDAD PAGADORA no realice los pagos a favor del ACREEDOR, o EL CLIENTE solicite vacaciones, licencias, o se retire de la empresa o en general ocurra cualquier evento no atribuible al ACREEDOR que ocasione que este no reciba los recursos correspondiente al pago de la cuota mensual exigible, EL CLIENTE está obligado a realizar el pago oportuno de la misma a través de las oficinas del ACREEDOR o cualquiera de los puntos de su red autorizada de recaudos. La omisión de dicha actuación causará a cargo del CLIENTE intereses de mora sobre el saldo vencido a la tasa

máxima legal certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia y ocasionará la aplicación de las disposiciones determinadas en el numeral 6° del presente Contrato.

- 3.5. EL CLIENTE podrá efectuar abonos parciales y/o totales en cualquier momento, sin ningún tipo de sanción o penalización. En ese sentido los abonos extraordinarios parciales realizados por EL CLIENTE se aplicarán a capital, reduciendo el plazo del crédito, siempre y cuando la obligación se encuentre al día y no se haya causado la siguiente cuota, pues en ese evento se cubrirá el monto de la cuota causada y el valor restante, si hay lugar a ello, se aplicará a capital.
- 3.6. En caso de que LA ENTIDAD PAGADORA realice descuentos mayores a los pactados, o realice descuentos con posterioridad a la cancelación de la obligación se realizará el siguiente procedimiento:
 - a. En caso de que EL CLIENTE tenga saldos pendientes de pagos por otras obligaciones celebradas con EL ACREEDOR, se abonarán dichos montos al saldo de dichas obligaciones.
 - b. En caso contrario, EL ACREEDOR devolverá el dinero al CLIENTE mediante los mecanismos dispuestos en el numeral 2.1 del presente Contrato, sin que haya lugar al reconocimiento de algún tipo de remuneración.

4. Condiciones en caso de desvinculación del CLIENTE de la ENTIDAD PAGADORA:

- 4.1. Cuando EL CLIENTE se desvincule de la ENTIDAD PAGADORA o cese la relación laboral con EL EMPLEADOR por cualquier motivo, dicha Entidad o Empleador descontará del valor final de la liquidación los valores adeudados en el saldo total que tenga EL CLIENTE frente al ACREEDOR por concepto del crédito de libranza, se entenderá que dicho descuento podrá realizarse sobre vacaciones, salarios, indemnizaciones, primas y en general cualquier tipo de prestación laboral que adeude la ENTIDAD PAGADORA a favor del CLIENTE, tomando para ello el 100% del valor total de la liquidación.
- 4.2. En caso que el pago de dicha liquidación no sea suficiente para cubrir el saldo de la obligación, el crédito de libranza pasará a ser un crédito ordinario de consumo, en el cual EL CLIENTE continuará obligado al pago de los saldos exigibles mediante los mecanismos ordinarios de recaudo dispuestos por EL ACREEDOR, así mismo EL ACREEDOR podrá facultativamente aplicar a la obligación la tasa más alta establecida para este tipo de crédito.
- 4.3. EL CLIENTE podrá darle continuidad a la libranza notificándole al ACREEDOR el cambio de ENTIDAD PAGADORA o EMPLEADOR manteniendo de esa forma la tasa de libranza originalmente otorgada, no obstante EL CLIENTE deberá pagar autónomamente las cuotas que se causen durante la implementación del mecanismo de descuento a la tasa máxima establecida para créditos de consumo.

5. Condiciones sobre Seguros

- 5.1. EL CLIENTE se obliga a pagar junto con el valor de la cuota del crédito, el valor de las primas correspondientes al Seguro de Vida Deudores que contratará por medio del ACREEDOR para asegurar la totalidad de la obligación contratada con este, por lo que EL CLIENTE autoriza su inclusión dentro de las pólizas colectivas que EL ACREEDOR haya contratado para tal efecto. EL CLIENTE se compromete a pagar el valor que por los anteriores conceptos certifique el intermediario y/o compañía de seguros respectiva, aceptando para el efecto como suficiente prueba de tales obligaciones dichos certificados.
- 5.2. En caso de que la libranza se solicite para la financiación de un vehículo automotor, EL CLIENTE deberá pagar al ACREEDOR junto con el valor de la cuota del crédito y el valor del Seguro de Vida, el valor correspondiente al costo de la prima del Seguro Todo Riesgo que se contrate a través del ACREEDOR para asegurar el bien otorgado en garantía, asegurando la totalidad del saldo de la obligación.
- 5.3. EL CLIENTE podrá endosar las anteriores pólizas, siempre y cuando las constituya frente a una compañía de seguros debidamente autorizada para operar por la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual ampare los saldos de las obligaciones contratadas con EL ACREEDOR, siendo este el principal beneficiario de la misma.
- 5.4. EL ACREEDOR cuenta con la facultad discrecional de tomar las pólizas de seguros de vida y de vehículo anteriormente descritas durante la vigencia de la obligación, u ordenar su contratación cuando EL CLIENTE no le presente la póliza y su respectivo recibo de pago antes del desembolso del crédito o con antelación de un (1) mes a la fecha de vencimiento cuando se trate de su renovación.
- 5.5. EL ACREEDOR podrá, previa aceptación del CLIENTE, incluir junto con cada instalamento, la suma periódica por concepto de las primas de cualquier otro seguro adicional a los anteriores, que EL CLIENTE solicite a su favor, incluyendo pero sin limitarse a: Seguro de Protección Financiera, Auto Plus Finandina, Security Gap Finandina, Doble Vida, Auto Protección, entendiéndose que el valor de la financiación será cargado a la obligación principal haciéndose exigible junto con la misma.
- 5.6. EL CLIENTE pagará las sumas que por los conceptos mencionados en el presente numeral acredite de igual forma haber cancelado EL ACREEDOR y hasta la cancelación total de las obligaciones del CLIENTE, en el evento de haberse hecho exigibles las mismas por el incumplimiento o mora de parte del CLIENTE. Así mismo, la mora en el pago de las primas generará los efectos establecidos en el artículo 1068 del Código de Comercio respecto a la terminación automática del seguro.

6. Condiciones en caso de incumplimiento

- 6.1. En caso de mora de cualquiera de las obligaciones a cargo del CLIENTE o del incumplimiento de cualquiera de ellas, se causarán a la obligación los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, sin perjuicio de las acciones legales que el tenedor del título valor que instrumente la obligación pueda presentar para exigir el pago de la misma y obtener el pago de la indemnización total de los perjuicios que con su incumplimiento, acción u omisión se le hubiera generado al tenedor.
- 6.2. EL ACREEDOR podrá acogerse a los términos del artículo 886 del Código de Comercio para el cobro de intereses.
- 6.3. Serán a cargo del CLIENTE los impuestos que se ocasionen con motivo del otorgamiento del producto financiero, los costos y demás gastos que la cobranza implique, incluidos los honorarios de abogado que para el efecto se pactan en un 20% del saldo pendiente de pago, y en todo caso no menor al mínimo fijado por EL ACREEDOR para la iniciación del cobro judicial en las tablas que tengan vigentes para el efecto con sus abogados, así como el valor que el ACREEDOR inicialmente pague por concepto de arancel judicial o su equivalente de acuerdo con la ley.
- 6.4. EL ACREEDOR podrá debitar de cualquier saldo a favor que adeude al CLIENTE o de cualquier producto del pasivo que tenga contratado con este, incluyendo, pero sin limitarse a: Depósito a término, cuenta corriente, cuenta de ahorro, el valor de las obligaciones mutuas exigibles que este tenga con EL ACREEDOR.
- 6.5. La duración del presente contrato será la vigencia del crédito, no obstante EL ACREEDOR queda facultado para dar por terminado el plazo pactado y/o exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente del valor de la(s) obligación(es) pendiente(s) del CLIENTE, sus intereses,

seguros, gastos de cobranza, honorarios, gastos de recaudo, o cualquier otro gasto en contraprestación de servicios adicionales que le hubieran prestado y demás obligaciones accesorias, en los siguientes casos, sin perjuicio de otras causales estipuladas para el efecto en otros documentos suscritos por EL CLIENTE, sin necesidad de requerimiento privado o judicial, o constitución en mora, sin consideración al vencimiento y plazos pactados, a los cuales EL CLIENTE renuncia de manera expresa en razón a su claro conocimiento de los términos convenidos de su(s) obligación(es) para con EL ACREEDOR o quien haga sus veces:

6.6.

- a. Si se presentare el incumplimiento de cualquier obligación que directa o indirectamente tenga EL CLIENTE, o mora de una o más de las cuotas convenidas para el pago de su(s) obligación(es), o de cualquiera otra obligación que directa o indirectamente exista a cargo del deudor, sus avalistas, codeudores, fiadores o garantes para con EL ACREEDOR o quien haga sus veces.
- b. Si EL CLIENTE fuere demandado ante cualquier autoridad y por cualquier persona, o si se encontrare en notorio estado de insolvencia o liquidación a juicio de EL ACREEDOR y se negare a prestar caución o mejorar la garantía de sus obligaciones;
- c. Si EL CLIENTE gira o entrega cheques a favor del ACREEDOR sin provisión de fondos, o si el(los) cheque(s) no es(son) pagado(s) por cualquier causa imputable al librador, caso(s) en el(los) cual(es) EL CLIENTE reconocerá y acatará la sanción prevista en el Art. 731 del Código de Comercio aún cuando el(los) cheque(s) girado(s) provenga(n) de terceros, y
- d. Si se cometieren inexactitudes o adulteraciones en los balances, informes, declaraciones o documentos que EL CLIENTE hubiera presentado al ACREEDOR o no le entregare la documentación adicional que en cualquier tiempo les solicitara EL ACREEDOR la cual está obligado a entregar.
- e. Por la muerte del CLIENTE.
- f. La no actualización por parte del CLIENTE, por lo menos anualmente, de la información suministrada para el análisis del crédito, cuando exista alguna variación, o cuando el ACREEDOR así lo requiera.
- g. La inclusión del CLIENTE en la Lista Clinton o Lista SDNT, que es publicada y actualizada por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, Oficina de Control de Activos Extranjeros (U.S. Department of Treasury, Office of Foreign Asset Control) o en cualquier otra que cumpla con los mismos fines. Así mismo, en caso de que una de las operaciones del CLIENTE, sea reportada por cualquier entidad a la Unidad de Información y Análisis Financiero adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (UIAF) como sospechosa, o cuando se profiera una sentencia o cualquier decisión en contra del CLIENTE por parte de autoridad competente, por la comisión de delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito, extinción de dominio y los establecidos en el Cap. II y V del Título X y Cap. II del Título XIII del Libro Segundo del C.P.
- h. Si se evidencia falsedad en los documentos suministrados para el análisis de riesgo crediticio efectuado con ocasión a la operación de crédito de libranza que aquí se instrumenta, o respecto a las declaraciones efectuadas por EL CLIENTE mediante el numeral séptimo (Declaraciones) del presente documento.

7. Declaraciones

EL CLIENTE, mediante la suscripción del presente documento, declara bajo la gravedad del juramento que no ha solicitado ni tramitado ningún producto de financiación con alguna otra entidad durante la solicitud, estudio, análisis, celebración y desembolso de la operación de libranza que se instrumenta mediante el presente contrato, como tampoco descuento alguno sobre su salario, remuneración o mesada pensional. Así mismo, manifiesta que entiende que cualquier falta de veracidad, total o parcial, en la declaración aquí contenida, o en los documentos suministrados para su análisis de riesgo crediticio, generará un incumplimiento contractual, que facultará a EL ACREEDOR para proceder de conformidad con lo indicado en el numeral sexto (Condiciones en caso de incumplimiento) del presente acuerdo, así como para interponer la denuncia penal respectiva por la vulneración del tipo penal de falsedad en documento privado (Artículo 289, Ley 599 de 2000), o el que corresponda.

8. Otras condiciones y autorizaciones

- 8.1. En el evento en que al CLIENTE le fuera otorgada alguna prórroga de su(s) obligación(es), EL ACREEDOR queda facultado para prorrogar el plazo de vencimiento de las obligaciones sin necesidad de que EL CLIENTE firme la nota respectiva, y sin que ello implique una extinción de las garantías en ningún caso. EL CLIENTE hace constar que la responsabilidad de los avalistas se extenderá en caso de prórrogas, renovaciones y novaciones o de cualquier modificación a lo aquí estipulado. La prórroga del plazo para el pago de las obligaciones de que trata el presente documento, el recibo de abonos parciales o el pago mediante cheques, no implica novación ni dación en pago.
- 8.2. EL CLIENTE autoriza al ACREEDOR para registrar los abonos parciales en el sistema que emplee EL ACREEDOR. Así como el aumento del plazo de acuerdo a lo previsto en el numeral 3.2. del presente documento.
- 8.3. Los abonos realizados por EL CLIENTE serán imputados a los siguientes conceptos en el siguiente orden: a gastos y costas, comisiones, primas de seguros, intereses de mora, intereses corrientes, y finalmente a capital, sin perjuicio de que EL ACREEDOR pueda imputar dichos abonos en forma preferente a otras obligaciones contraídas por EL CLIENTE en forma directa o como garantes a cualquier título.
- 8.4. EL CLIENTE autoriza irrevocablemente y en todo tiempo al ACREEDOR o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, para consultar ante cualquier operador de base de datos o central de riesgo, toda la información sobre su comportamiento crediticio y comercial, hábitos de pago y cumplimiento de sus obligaciones. Así mismo para que informe y reporte a dichas entidades el comportamiento de pago, cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias, o de sus deberes legales de contenido patrimonial, respecto a todas las operaciones que bajo cualquier modalidad haya celebrado o llegue a celebrar en el futuro con EL ACREEDOR, o respecto de obligaciones a mi cargo cuyo acreedor sea EL ACREEDOR, de tal forma que aquellas entidades presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de su desempeño como deudor, codeudor o avalista.
- 8.5. EL CLIENTE autoriza irrevocablemente que los datos de carácter personal de su titularidad que se obtengan en virtud de la relación comercial que mantenga o que haya mantenido con EL ACREEDOR, sean tratados en una o varias bases de datos administrada por EL ACREEDOR, quien será responsable de su administración junto con los encargados que éste designe, e implementará las medidas de seguridad necesarias para la conservación y protección de los mismos. Así mismo, EL CLIENTE declara que se le ha informado que sus datos personales han sido y serán recopilados para fines operativos, comerciales y de mercadeo, de prevención de riesgo y estadísticos, por EL ACREEDOR y/o por cualquiera de sus aliados comerciales, y en general para permitir el cumplimiento de las obligaciones que EL ACREEDOR haya adquirido en virtud de la presente relación contractual o que le sean exigibles por disposiciones legales o reglamentarias. De igual forma EL CLIENTE autoriza que, para las finalidades descritas, EL ACREEDOR pueda suministrar su información a los siguientes tipos de personas: a) Operadores de bases de datos, crediticio, financiero, comercial o de servicios o a otras entidades financieras nacionales

o extranjeras b) Terceros que en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, presten servicios tecnológicos, logísticos, operativos, de seguridad o de apoyo, y en general que en ejercicio de su servicio deban tener acceso a la información por EL CLIENTE suministrada, c) Las personas naturales o jurídicas accionistas del ACREEDOR y a las sociedades controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, d) Las autoridades nacionales o extranjeras que en ejercicio de sus competencias y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular, denuncia, demanda, convocatoria a arbitramento, queja o reclamación, e) toda persona natural que EL CLIENTE expresamente autorice. Adicionalmente EL CLIENTE autoriza todo tipo de tratamiento que sea necesario para cumplir las finalidades anteriormente mencionadas y declara que ha sido informado de la posibilidad que tiene como titular de la información de conocer en cualquier momento los datos de su titularidad con los que cuenta EL ACREEDOR, con el fin de actualizarlos, corregirlos o rectificarlos, así como de la posibilidad que tiene de solicitar su eliminación o revocación, en los casos previstos en la ley. Adicionalmente EL CLIENTE declara que ha sido informado de las políticas y procedimientos que tiene EL ACREEDOR para el manejo de su información y conoce que las mismas pueden ser consultadas permanentemente en www.bancofinandina.com o en las oficinas principales del Banco.

- 8.6. EL ACREEDOR pondrá a disposición del CLIENTE los estados de cuenta del crédito de libranza a través de los canales determinados para tales efectos. No obstante EL CLIENTE podrá en cualquier momento solicitar el estado de cuenta de su producto a través de los canales de contacto de servicio al cliente dispuestos por EL ACREEDOR, asumiendo los costos que ello conlleve.
- 8.7. El deudor acepta y autoriza al Banco, mediante la suscripción de la presente comunicación el cobro del estudio de crédito.
- 8.8. EL CLIENTE declara que conoce y acepta las tarifas de los servicios financieros prestados por EL BANCO, y reconoce que dichas tarifas están sujetas a modificaciones que le serán informadas por el medio que EL BANCO tenga establecido. Así mismo, manifiesta que ha sido informado de la posibilidad con la que cuenta de consultar permanentemente las tarifas a través de la página de internet www.bancofinandina.com, las cuales también se encuentran publicadas en las oficinas del ACREEDOR.

EL ACREEDOR se reserva el derecho unilateral de modificar, limitar, ampliar, reducir y eliminar las condiciones y términos del presente Contrato, dichas variaciones serán debidamente notificadas al CLIENTE, con una antelación mínima de treinta (30) días calendario por el medio de notificación más adecuado, incluyéndose pero sin limitarse a: Avisos a través de los estados de cuenta, mensajes de texto (SMS), correos físicos o electrónicos, avisos en la página web y en las oficinas del ACREEDOR.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes de Marzo del año 2018.

Acepto (aceptamos) en calidad de CLIENTE:

Firma: [Firma manuscrita]

Nombre Titular: Luis Hernando Millan Varela

Cedula de Ciudadanía: 16.786.770



Bogotá, 20 de Marzo de 2018



Señor(a)

Luis Hernando Millan

La Ciudad

RESUMEN TERMINOS Y
CONDICIONES



00060000185252

Referencia: Términos y Condiciones del Crédito de Libranza

Apreciado(a) señor(a)

Luis Hernando Millan

A continuación nos permitimos presentarle los términos y condiciones que regirán el Crédito de Libranza aprobado por el Banco Finandina S.A.:

1. El valor del crédito asciende a la suma de

sesenta y siete millones de pesos

(\$ 67.000.000), monto sobre el cual se aplicará la tasa de interés remuneratoria.

2. Durante la vigencia del crédito la tasa de interés remuneratoria será fija y corresponderá al 1.29 % N.M.V., la cual equivale al 16.63 % E.A..

3. La tasa de interés de mora corresponderá a la máxima legal permitida.

4. El plazo del crédito es de 107 meses, el cual podrá aumentar en el evento en que el descuento correspondiente a la primera cuota de la operación por parte del empleador y/o la entidad pagadora, ocurra con posterioridad a la fecha pactada para el pago de la misma.

5. Número de cuotas: 106

6. El valor de cada una de las cuotas es de Un millón doscientos sesenta y cinco mil novecientos noventa y tres pesos (\$ 1.255.993), pagaderas en las fechas y en la periodicidad convenida con la entidad pagadora, conforme se estableció en el Contrato de Crédito de Descuento por Libranza.

7. Los valores de las primas mensuales del Seguro de Vida y del Seguro Desempleo o Incapacidad Total Temporal con Anexo de Enfermedades Graves Seguro de Protección Financiera son de (\$ 77.720) y de (\$), respectivamente.

8. El deudor acepta y autoriza al Banco, mediante la suscripción de la presente comunicación el cobro del estudio de crédito.

9. El desembolso se realizará una vez sea verificado el cumplimiento de los requisitos de aprobación de la solicitud de crédito presentada por EL CLIENTE, quien decidirá la forma en que se realizará la entrega de los dineros solicitados, pudiendo estos efectuarse por cualquiera de los siguientes medios:

- Transferencia a cuenta corriente o cuenta de ahorros del Banco Finandina S.A. o de otras entidades financieras según la elección del CLIENTE. La transferencia se realizará en la medida que los medios determinados por EL ACREEDOR y la entidad financiera receptora lo permitan, de lo contrario el pago se hará por medio de la expedición de un cheque de gerencia.
- Entrega de Cheque de Gerencia a nombre del cliente, o a nombre de cualquier Entidad Financiera autorizada para realizar operaciones en la República de Colombia.
- Abono total o parcial de deuda a obligaciones vigentes celebradas con anterioridad entre EL CLIENTE y EL ACREEDOR.

El deudor acepta y autoriza al Banco el cobro del costo de la transferencia y/o el valor del cheque de gerencia el cual se genera en el momento del desembolso del crédito. Dichas tarifas se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en la red de oficinas del Banco a nivel nacional.

10. Periodicidad de pago del crédito: Mensual.


11. El crédito no exige ningún término de permanencia, por lo cual podrá efectuar abonos parciales y/o totales en cualquier momento, sin ningún tipo de sanción o penalización. En ese sentido y para su comodidad, los abonos extraordinarios parciales y/o totales se aplicarán a capital, reduciendo el plazo del crédito, siempre y cuando la obligación se encuentre al día y no se haya causado la siguiente cuota, pues en ese evento se cubrirá el monto de la cuota causada y el valor restante, si hay lugar a ello, se aplicará a capital.

12. Sus derechos como deudor, así como los derechos del Banco en caso de incumplimiento en el pago de la obligación, serán aquellos que estén contemplados en la Ley y en el Contrato de Crédito de Descuento por Libranza, documento que se encuentra a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y del cual podrá solicitar una copia física en cualquiera de las oficinas del Banco a nivel nacional.

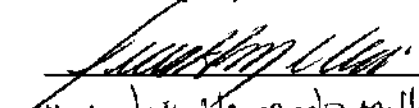
13. Las tarifas de los servicios financieros prestados por el Banco se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en las oficinas del Banco a nivel nacional.

14. Las políticas y mecanismos establecidos por el Banco para la gestión de la cobranza prejudicial y judicial de las obligaciones, el momento a partir del cual se iniciará dicha gestión, los gastos derivados de la misma, las dependencias internas y las entidades externas autorizadas por esta entidad financiera para adelantar la gestión de cobranza, la facultad con la que estas cuentan para efectuar acuerdos de pago conforme con las políticas vigentes del Banco, los canales a través de los cuales se podrán realizar los pagos, entre otra información se encuentra permanente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com.

Cordialmente,


Nombre: Lina Paola Varegas
Cargo: Ejecutiva Libranza

Recibo y acepto estas condiciones,


Nombre: Luis Hernando Millan
Identificación (C.C., C.E.): 96786770



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS




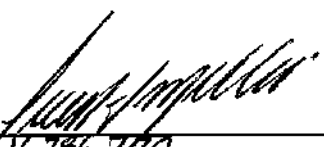
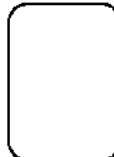
Ciudad y fecha _____

Señores:

Entidad Empleadora / Pagadora:

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de Interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregarla(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y retenga y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiriere para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.
- En caso de retiro, incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicán tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuaran en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Deudor Nombre del deudor: <u>Luis Hernando Millan Varela</u>  Firma:  C.C.: <u>16.786.710</u>	Codeudor Nombre del codeudor: _____  Firma: _____ C.C.: _____
--	---

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____.	
Nombre del empleador: _____ Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador: _____ Nombre del Representante: _____ C.C.: _____ Calidad en la que actúa: _____	Sello del empleador: _____ Observaciones: _____

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS



Ciudad y fecha _____

Señores:

Entidad Empleadora / Pagadora:

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de Interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregaria(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y retenga y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiriere para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.
- En caso de retiro, incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicán tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuaran en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Nombre del deudor: <u>Luis Hernandez Pulido Varela</u>	Nombre del codeudor: _____
Firma <u>[Firma]</u>	Firma _____
C.C. <u>16.786.770</u>	C.C. _____

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____

Nombre del empleador:

Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador:

Nombre del Representante:

C.C.

Calidad en la que actúa:

Sello del empleador:

Observaciones:

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS



Ciudad y fecha _____

Señores.

Entidad Empleadora / Pagadora:

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregarla(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, Incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y retenga y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiera para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.
- En caso de retiro, Incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicen tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuaran en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Nombre del deudor:

Nombre del codeudor:

Firma

Firma

C.C. 16 786 770

C.C.

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____

Nombre del empleador:

Sello del empleador:

Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador:

Observaciones:

Nombre del Representante:

C.C.

Calidad en la que actúa:

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA COMPROBANTE DE NÓMINA
POR INTERNET O INTRANET**

Señores
BANCO FINANDINA
Ciudad

Con la presente me permito autorizar voluntaria, expresa e irrevocablemente al BANCO FINANDINA, para ingresar a la página web de Cremil y/o _____ y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con el propósito que BANCO FINANDINA acceda y consulte mis desprendibles de pago para efectos de continuar con el análisis del crédito que adelanto con esta entidad. En el evento de que BANCO FINANDINA no pueda consultar los desprendibles de pago de nómina con mi número de identificación y clave, me comprometo a suministrar la información necesaria para que la entidad pueda realizar dicha verificación a través de la mencionada página web.

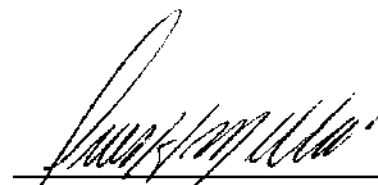
Cordialmente,

FIRMA:

NOMBRE:

C.C. No.:

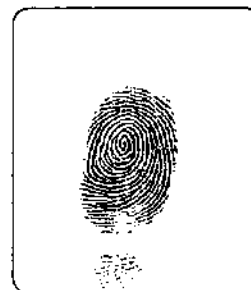
CLAVE:



Luis Hernando Millan Varela

16.786.770

Maurend 2601



HUELLA INDICE DERECHO

Caso #360636



Nombre: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Identificación: 16786770

Oficina: FND02 - FINANADINA ANDROID

Fecha radicación: 20/03/18 @ 04:20:36

Fecha respuesta: 20/03/18 @ 04:25:29

Radicador: d76a1cf5d7d78be1

Impresor: edwin vela

Resultado: SIN PROBLEMA - CEDULA ORIGINAL

Observaciones:



(https://www.cremil.gov.co/)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 20-03-2018 05:25 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	28022018
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro.Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	61013	Grado	SP	Nro.Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1.592.498
	*Partidas Computables			2.115.702
	**Base Liquidacion			3.708.200
	***% de Liquidacion			76
001	001	01022018	28022018	2.892.396
TOTAL DEVENGADO				2.892.396

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	201802	201802	28.924
110	DTOSERMEDIC4%	201802	201802	115.696
TOTAL DEDUCCION				144.620
NETO				2.747.776

Nota.* : Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 48.5% * PRIMA DE ANTIGÜEDAD 22% * SUBSIDIO FAMILIAR 39% * DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$355,992

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Aplicada la protección del 80% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$1,361,578 para nuevos descuentos.

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubíquelo en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=24005620&cedula=16786770&print>



**MUNICIPIO DE
COPACABANA**



Certificado: SC 4483-1



Certificado: 2

MTT 880 980 787-3

Carrera 80 No 30-15

TELÉFONO (412) 74 80 88

e-mail: haberdad@copacabana.gov.co

DETERMINACIÓN OFICIAL DEL IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO

RESOLUCIÓN FACTURA No.

110003324710



COPACABANA SOMOS TODOS



Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com>

EXCEPCION CLIENTE MONTO 67 MM CREMIL - LIBRE INVERSION CASO 357756 - LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Jose Fransisco Moyano Vergara <jose.moyano@bancofinandina.com>
Para: Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com>

23 de marzo de 2018, 18:17

OK AURORIZADO RADICAR

sustentar respaldo patrimonial
radicar SIN ERRORES



 **José Francisco Moyano Vergara**
Dirección Gestión de Convenios y
venta de Libranzas Pais
 **jose.moyano@bancofinandina.com**
PBX 6511919 Ext 1545
Banco Finandina S.A
 Kilómetro 17 Carretera Central del
Norte Bogotá - Chia
www.bancofinandina.com
 Bogotá - Chia, Colombia

El 23 de marzo de 2018, 9:26, Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com> escribió:
Buena tarde jefe, envío conocimiento de cliente relacionado en asunto para radicar por 67.000.000 de la asesora LINA
VANEGAS para su VoBo y continuar con proceso

Caso: 357756
Nombre Cliente LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
Cédula: 16786770
Convenio: CREMIL
Monto solicitado: \$67.000.000
Plazo: 106 MESES
Ingresos: \$ 2.892.396
Calificación: A
Acierta: 868
Tasa política: 1.29%
Fecha inicio trámite en LP / BPM: 21/03/2018
Ejecutivo: Lina Paola Vanegas
Coordinación: SALA 3 - ANGIE MALAGON FRANCO
Justificación (Detallado): **Crédito Libre inversión** para mejoras de vivienda y negocio respaldo patrimonial por
200.000.000 representados en una casa en Copacabana - Antioquia

Mil gracias

La Marca De Una Banca Diferente.



Angie Malagón Franco
COORDINADORA DE LIBRANZA FMV



angie.malagon@bancofinandina.com
(+571) 6511919 Ext. 1429
3188759453



Banco Finandina S.A
Calle 93B N. 19-31 Piso 2



Bogotá D.C. Colombia
www.bancofinandina.com



Ayúdenos a conservar nuestros árboles



Antes de imprimir, piense en su responsabilidad y compromiso con el **MEDIO AMBIENTE**

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente, excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente,

excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente, excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS. RENEVE SU MATRÍCULA MERCANTIL A MAS TARDAR EL 31 DE MARZO Y EVITE SANCIONES DE HASTA 17 S.M.L.M.V.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA
Nit: 860.524.654-6
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00734662
Fecha de matrícula: 19 de septiembre de 1996
Último año renovado: 2022
Fecha de renovación: 22 de febrero de 2022
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cl 100 No. 9 A -45 P 12
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificaciones@solidaria.com.co
Teléfono comercial 1: 6464330
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.
Página web: WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO

Dirección para notificación judicial: Cl 100 No. 9 A -45 P 12
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificaciones@solidaria.com.co
Teléfono para notificación 1: 6464330
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Bogotá (8).

REFORMAS ESPECIALES

Mediante Resolución No. 2439 del 28 de diciembre de 1984, el Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas otorgo la personería jurídica a la sociedad de la referencia cuya naturaleza jurídica es: Institución Auxiliar del Cooperativismo, de carácter nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada.

Por E.P. No. 3296 Notaría 41 de Santa Fe de Bogotá del 16 de noviembre de 1.993, inscrita el 22 de noviembre de 1.993 bajo el No. 428.026 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: SEGUROS UCONAL LIMITADA por el de: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA.

Por Escritura Pública No. 1779 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 24 de julio de 2013, inscrita el 31 de julio de 2013 bajo el número 01753454 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA., por el de: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Mediante Oficio No. 2289 del 25 de junio de 2018, inscrito el 9 de julio de 2018 bajo el No. 00169529 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Neiva, comunicó en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 41001-3103-001-2018-00127-00 de: Sara Sogamoso Sánchez, Beatriz Helena Beltrán Sogamoso, Maira Fernanda Beltrán Sigamoso, Karen Fiorella Beltrán Sogamoso, María del Rosario Sánchez Preciado y

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 3254/2017-00174-00 del 27 de julio de 2017, inscrito el 16 de julio de 2018 bajo el No. 00169689 del libro VIII, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Bucaramanga, comunicó en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual de: Jaime Enri Neira Rubiano, Doris Esperanza Hernández y Lucila Rubiano de Neira. Contra: Hernando Valvuenza Acelas, TRANSPORTES BARCENAS LTDA, representada legalmente por Blanca Nelly Leal de Bárcenas, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, representada legalmente por Carlos Eduardo Valencia Cardona. Se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 01997 del 13 de septiembre de 2018, inscrito el 19 de septiembre de 2018 bajo el No. 00171271 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Montería, comunicó en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil No. 230013103003-2018-00201-00 de: Wendy Carolina Gómez Castrillón, Eder Alfonso Gómez Castrillón, Verónica Andrea Gómez Castrillón, Víctor Augusto Jaramillo Fuentes, contra: Walberto Claver Ibarra, Dora Eugenia Gómez Ospina y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0621-19 del 28 de junio de 2019, inscrito el 15 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179129 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Montería (Córdoba), comunicó en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual de mayor cuantía No. 23-001-31-03-001-2019-00154-00 de: Jorge Luis Contreras Hernández identificado con C.C. No. 1.003.140.683 contra Santiago Rodolfo Sánchez Chávez identificado con C.C 71.945.820, Maryori Betancour Legarda identificada con C.C No. 39.413.798 y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA identificada con NIT No. 860.524.656-6, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1138 del 24 de septiembre de 2019, inscrito el 5 de Noviembre de 2019 bajo el No. 00181125 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito De Buenaventura (Valle del Cauca), comunicó en el proceso responsabilidad civil extracontractual No. 76-109-3103-002-2019-00018-00 de: Carlos Arturo Rodríguez Velás z, Dian Carolina Rodríguez Velás z, Luz Mila Velás z Gutiérrez, Contra:

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Luis Ferney Ramirez Ramirez , Juan Carlos Rodriguez Andrade y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

mediante Oficio No. 00059 del 16 de enero de 2020, inscrito el 31 de Enero de 2020 bajo el No. 00182880 del libro VIII, el Juzgado 23 Civil Municipal de Oralidad de Bogotá, comunicó en el proceso verbal No. 11001400302320190035800 de: Eladio Valero Patiño CC.7704667, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 219 del 25 de enero de 2019, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Palmira (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 76 520 3103 005 2018 00154 00 de: Nelson Garrido Moreno CC.1.114.451.919, Emily Saray Garrido Mican r NUIP. 1.112.404.005, Lina Vanesa Garrido Moreno CC. 1.114.454.068, Nidia Moreno Guevara CC. 29.539.604, Alba Regina Guevara CC. 29.537.239, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, José Alberto Millan Hernández CC. 1.113.619.728, Amparo Patiño Torres CC. 34.596.938, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 17 de Marzo de 2020 bajo el No. 00183853 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 4202 del 19 de noviembre de 2019, el Juzgado 27 Civil Municipal de Cali (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal - responsabilidad civil contractual No. 2019-00801-00 de Catalina Duque Grajales Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de Abril de 2021 bajo el No. 00188563 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 61 del 23 de marzo de 2021, el Juzgado 03 Civil del Circuito Oral de Cartagena (Bolívar), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 13001-31-03-003-2018-00077-00 de Angela Valencia Martinez y Otros, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y Otros, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de Abril de 2021 bajo el No. 00188803 del libro VIII.

Mediante Auto No. Sin Num del 07 de mayo de 2021, el Juzgado Civil

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

del Circuito de Lorica (Córdoba), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual en accidente de tránsito No. 23.417.31.03.001.2021.00118.00 de Salma Edith Montes De Jirado y otros, apoderado Moisés David Jayk Herrera, Contra: COOMULTISERVICAR LTDA y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 21 de Mayo de 2021 bajo el No. 00189820 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 0332 del 14 de mayo de 2021, el Juzgado Civil del Circuito de Lorica (Cordoba), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso declarativa verbal declarativa de responsabilidad civil extracontractual No. 234173103001 2021-00057, de Luz Estella Jirado Montes CC.50.9140410 , Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de Mayo de 2021 bajo el No. 00189872 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 336 del 19 de mayo de 2021, el Juzgado Civil del Circuito de Lorica (Cordoba), inscrito el 25 de Mayo de 2021 con el No. 00189899 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso demanda verbal declarativa de responsabilidad civil extracontractual No. 2021-00119 de Juan Benito Rojas Amador CC. 7.453.732, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y otros.

Mediante Oficio No. 376 del 28 de mayo de 2021, el Juzgado Civil del Circuito de Lorica (Cordoba), inscrito el 2 de Junio de 2021 con el No. 00190052 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23417310300.1202100117 de Wilfrido Rodriguez Suarez CC.72128610, Luz Stella Jirado Montes CC. 50914410, Monica Marcela Jirado Montes CC. 50901806, Contra: Liliana Katrina Rios Suarez CC.50910021, COOMULTISERVICAR LTDA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

Mediante Oficio No. 283 del 02 de junio de 2021, el Juzgado 07 Civil del Circuito de Cartagena (Bolívar), inscrito el 10 de Junio de 2021 con el No. 00190135 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal - responsabilidad civil extracontractual No. 13001-3103-007-2021-00035-00 de Nepo Florian Martinez CC.85.163.199 y

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Berta Arteaga Cassiani CC. 33.336.665, Contra: Daniela Galviz Monsalve CC. 1.053.319.111, COOPERATIVA DE TRANSPORTE PÚBLICO - COOPROTAX, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

Mediante Oficio No. 0175 del 09 de junio de 2021, el Juzgado Civil del Circuito de Sahagún (Córdoba), inscrito el 16 de Junio de 2021 con el No. 00190231 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso de responsabilidad civil extracontractual No. 236603103001-2021-00076-00 de Tomas Antonio Barrios Saez CC. 2.807.586 y otros, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

Mediante Oficio No. 536 del 01 de julio de 2021, el Juzgado 06 Civil del Circuito de Bucaramanga (Santander), inscrito el 13 de Julio de 2021 con el No. 00190480 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal No. 68001 31 03 006 2019 00342 00 de Mary Luz Jurado Vargas CC. 63.396.723 quien actúa en nombre propio y en calidad de representante de su menor hijo Sergio Andres Carvajal Jurado y Miguel Ángel Carvajal Jurado CC. 1001343307, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y Rafael Castro León CC. 5.625.095.

Mediante Oficio No. 1062 del 13 de septiembre de 2021, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), inscrito el 30 de Septiembre de 2021 con el No. 00191901 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso verbal No. 66001-31-03-005-2021-00092-00 de: Sebastián Otálvaro Bedoya C.C. No. 1.088.301.201 y Jorge William Otálvaro Quintero C.C. No. 10.018.707 Contra: Mauricio Villamizar Hernández C.C. No. 80.716.776, Luz Marina Hernández Ramírez C.C. No. 42.090.522, Carlos Clemente Villamizar Hernández C.C. No. 9.872.771, PRIMER TAX SA y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

Mediante Oficio No. 167 del 23 de septiembre de 2021, el Juzgado 20 Civil Municipal de Oralidad de Medellín (Antioquia), inscrito el 12 de Octubre de 2021 con el No. 00192133 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso cobro de dineros por servicios prestados No. 05001 40 03 020 2021 0288 00 de CLINICA DE FRACTURAS Y RAYOS X DE ANTIOQUIA SA, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA SA.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Mediante Oficio No. 06 del 20 de enero de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Buenaventura (Valle Del Cauca), inscrito el 23 de Febrero de 2022 con el No. 00195706 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil No. 76-109-31-03-001-2021-00101-00 de Yury Daniela Mosquera Salcedo C.C. 1193455844, contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA y otro.

Mediante Oficio No. 07 del 20 de enero de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Buenaventura (Valle Del Cauca), inscrito el 28 de Febrero de 2022 con el No. 00195777 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal de Responsabilidad Civil No. 76-109-31-03-001-2021-0009400 de Yolima Sánchez Solís y Otra C.C. 38.473.498, contra: S.B.S. SEGUROS DE COLOMBIA y Otra.

Mediante Oficio No. 47 del 22 de febrero de 2022, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Buenaventura (Valle Del Cauca), inscrito el 2 de Marzo de 2022 con el No. 00195824 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual No. 76109-3103-002-2021-00059-00 (208-12) de Maira Luz Riascos Rosero C.C. 1111753237, Frank Rodríguez Castillo C.C. 14477857, Genis Rodríguez Riascos T.I. 1115462694, Alix Del Mar Rodríguez Riascos T.I. 1150936409, Contra: SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. NIT 860037707-9, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT 860524654-6.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

El objeto de solidaria será proporcionar a sus asociados, a las entidades pertenecientes al sector de la economía solidaria y a la comunidad en general, servicios de seguros en diferentes modalidades, para contribuir a elevar el nivel económico, social y cultural de la persona humana mediante la aplicación y practica de los principios y

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

valores universales de la cooperación. En desarrollo de su objeto, solidaria buscara contribuir a la satisfacción de las necesidades económicas, sociales, culturales y ambientales de las personas vinculadas a sus entidades asociadas, basándose en el esfuerzo propio y la ayuda solidaria, a través de una empresa autogestionada y de propiedad común, que produzca bienes y servicios de manera eficiente; especialmente, servicios de seguros con énfasis en el ramo exequial, y los demás que se requieran para sus asociados, los integrantes del sector de la economía solidaria los asociados a estos y la comunidad en general. Así mismo, podrá utilizar las modalidades de intermediación de seguros autorizados por la ley. También será objetivo de la institución, colaborar con la integración del subsector de ahorro y crédito y el cooperativismo en general. Con tal propósito encauzara sus servicios y recursos humanos y financieros hacia el sector cooperativo y el solidario, en general. Actividades: Para el cumplimiento de sus objetivos, solidaria, podrá realizar todas aquellas actividades y operaciones concordantes con su objeto social; entre otras, las siguientes: 1) Celebrar y ejecutar contratos de seguros, en las modalidades y los ramos autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia según las disposiciones legales vigentes. 2) Invertir el patrimonio, los fondos de conformidad con las disposiciones legales vigentes, atendiendo en todo caso a la seguridad, rentabilidad y liquidez necesarias; 3) Administrar fondos de previsión y seguridad social que las disposiciones legales faculden a las entidades aseguradoras. 4) Promover la integración y proporcionar el apoyo y ayuda necesarios para contribuir al fortalecimiento del sector, así como participar en entidades que conforman el sector cooperativo y demás entidades sin ánimo de lucro, con el fin de desarrollar su objeto social. 5) Promover la creación con o sin su participación en la estructura del capital social de empresas afines y complementarias o auxiliares de su actividad aseguradora. 6) Atender la formación y capacitación de los asociados, directivos y trabajadores de solidaria, y los de sus entidades asociadas, en los principios, normas y procedimientos del cooperativismo y la economía solidaria. 7) Celebrar todo tipo de convenios, contratos, operaciones y negocios jurídicos, así como los demás convenios nacionales e internacionales que se relacionen directamente con el desarrollo de su objeto. 8) Actuar como entidad operadora para la realización de operaciones de libranza o descuento directo, en forma como lo establezca la ley. 9) Celebrar toda clase de actos, contratos, operaciones y negocios jurídicos, así como los demás convenios nacionales e internacionales que se relacionen

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

directamente con el desarrollo de sus actividades y servicios; tales como la compra de bienes muebles e inmuebles, otorgar o aceptar hipotecas, girar, endosar, adquirir, aceptar, cobrar, protestar, cancelar o pagar letras de cambio, cheques o cualesquiera títulos valores o efectos de comercio o aceptar en pago. 10) En general, desarrollar todas las actividades que contribuyan al bienestar y mejoramiento económico, social, cultural y ambiental de los asociados y las personas vinculadas a los mismos, en armonía con el interés general de la comunidad y los objetivos de la entidad, siempre que estén autorizados por las disposiciones legales vigentes. Parágrafo. La entidad prestara preferentemente sus servicios a los asociados. Sin embargo, por razones de interés social o bienestar colectivo, podrá extender los servicios al público no afiliado, en razón del interés social o del bienestar colectivo.

CAPITAL

El capital social corresponde a la suma de \$ 50.000.000,00 dividido en 0,00 cuotas con valor nominal de \$ 0,00 cada una, distribuido así :

Totales

No. de cuotas: 0,00

valor: \$50.000.000,00

Mediante Oficio No. 027 del 24 de enero de 2020, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Tuluá (Valle del Cauca), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso ejecutivo para la efectividad de la garantía real No. 76-834-31-03-003-2019-00086-00 de: Abraham Serna Hoyos y Gloria Estela Soto Chacon, Contra: Arturo Martin Álzate Tobar, SOCIEDAD TRANSPORTADORA LOS TOLUES SA y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, la cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de Febrero de 2020 bajo el No. 00183200 del libro VIII.

NOMBRAMIENTOS**ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

JUNTA DE DIRECTORES

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Acta No. 052 del 24 de marzo de 2020, de Asamblea de Asociados, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de junio de 2020 con el No. 02576288 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Gerardo Mora Navas	C.C. No. 000000011251925
Segundo Renglon	Hugo Hernando Escobar Rodriguez	C.C. No. 000000014221979
Tercer Renglon	Miguel Ernesto Arce Galvis	C.C. No. 000000013847407
Cuarto Renglon	Fabio Becerra Martinez	C.C. No. 000000019392676
Quinto Renglon	Jose Joaquin Gomez Rondon	C.C. No. 000000017189401

SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Gloria Carmenza Vargas Plaza	C.C. No. 000000026574528
Segundo Renglon	Clara Ester Rosa Puerta Montero	C.C. No. 000000045488638
Tercer Renglon	Alba Rocio Pinzon Bahamon	C.C. No. 000000051831525
Cuarto Renglon	Bertha Marina Leal Alarcon	C.C. No. 000000060338472
Quinto Renglon	Norbey Cardona Montoya	C.C. No. 000000094393508

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 50 del 9 de abril de 2018, de Asamblea de Asociados,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

inscrita en esta Cámara de Comercio el 6 de junio de 2018 con el No. 02346661 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	ERNST & YOUNG AUDIT S A S	N.I.T. No. 000008600088905

Por Documento Privado del 18 de mayo de 2020, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 27 de mayo de 2020 con el No. 02572758 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Giovanna Paola Gonzalez Sanchez	C.C. No. 000000052215042 T.P. No. 74230-T

Por Documento Privado No. 7575-21 del 27 de septiembre de 2021, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 4 de octubre de 2021 con el No. 02749777 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Monica Muñoz Pimiento	C.C. No. 000001092343773 T.P. No. 187332-t

PODERES

Que por Escritura Pública No. 972 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 29 de abril de 2009, inscrita el 30 de abril de 2009 bajo el No. 15581 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardonas mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, de nacionalidad Colombiano, de estado civil casado con sociedad conyugal vigente, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.240.545 expedida en Bogotá, en calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, persona jurídica domiciliada en la ciudad de Bogotá: Por medio del presente instrumento público confiere poder general amplio y suficiente a la doctora Ana Deisy Calvo Niño, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá, de nacionalidad Colombiana, identificada con la cédula de ciudadanía

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

número 52.702.180 de Bogotá, para que, en desarrollo del contrato laboral existente, dada su calidad de gerente nacional de siniestros de personas, generales y patrimoniales, y en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Firma de objeciones: Para que firme las objeciones a las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por la aseguradora bajo el ramo de personas, generales y patrimoniales. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1.266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1585 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., el 02 de julio de 2009., inscrita el 03 de julio de 2009 bajo el No. 16272 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona identificado con cédula de ciudadanía No. 1.9 240 545 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Rafael Acosta Chacón identificado con cédula ciudadanía No. 79.230.843 de Suba y portador de la tarjeta profesional de abogado número 61.753 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de apoderado general y en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos o tacharlos de falsos. 3) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil, la Ley 640 de 2001 y el Artículo 108 de la Ley 906 de 2004 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de cualquier naturaleza a las que sea citada la compañía. Segundo: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA. En los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que por Escritura Pública No. 2094 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 26 de agosto de 2010, inscrita el 31 de agosto de 2010 bajo el No. 00018403 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía No. 79.152.694 de Bogotá en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Carlos Eduardo Gálvez Acosta mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, D.C., de nacionalidad Colombiana, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.610.408 de Bogotá, y portador de la tarjeta profesional de abogado número 125.758 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, y en nombre y representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA U COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas o conciliación en las audiencias de que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. C) Notificaciones: Para que se notifique de cualquier providencia judicial o administrativas. Segundo: La vigencia del poder será por el término de curación del contrato de prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1939 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 25 de julio de 2011, inscrita el 04 de agosto de 2011 bajo el No. 00020243 del libro V, compareció Alberto Ruiz Clavijo cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Tulio Heran Grimaldo León, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.684.206 de Bogotá y portador de la tarjeta profesión de abogado número 107.555 del Consejo Superior

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

de la Judicatura para que, en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos. A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver, interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. C) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA; con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. C) Notificaciones y agotamiento vía gubernativa: Para que se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa; interponga recursos de reposición, apelación y queja. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato de prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266), del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 3235 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 09 de noviembre de 2011, inscrita el 28 de noviembre de 2011 bajo el No. 00020916 del libro V compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Héctor Augusto Quevedo Solano, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.236.151 de Suba-Bogotá y portador de la tarjeta profesional de abogado número 155.087 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

audiencias de que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. c) Notificaciones y agotamiento vía gubernativa: Para que se notifique cualquier providencia judicial o administrativa, interponga recursos de reposición, apelación y queja. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato de prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266), del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 3845 de la Bogotá D.C., del 26 de diciembre de 2011, inscrita el 17 de 2012 bajo el No. 00021564 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Claudia Patricia Arenas Rodríguez identificada con cédula de ciudadanía No. 63.325.267 de Bucaramanga, para que en su calidad de gerente de la Agencia Bogotá Calle 100 de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, expida y firme pólizas en los ramos que comercialice la compañía y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la compañía o por quien este delegue, el cual forma parte integral del presente poder. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

:

Que por Escritura Pública No. 1464 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 30 de mayo de 2012, inscrita el 6 de junio de 2012 bajo el No. 00022701 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal, de la sociedad de la referencia por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Luis Esteban Martínez Páez, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.598.727 de Bogotá D.C., y portador de la tarjeta profesional de abogado número 141.113 del Consejo Superior de la Judicatura, para que, en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo Ciento Uno (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. c) Notificaciones y agotamiento vía gubernativa: Para que se notifique cualquier providencia judicial o administrativa, interponga recursos de reposición, apelación y queja. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato de prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento: Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266), del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1869 de la Notaría 43 de Bogotá D.C., del 1 de agosto de 2013, inscrita el 4 de septiembre de 2013, bajo el No. 00026188 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.240.545 de Bogotá, en su calidad de representante legal de la entidad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder amplio y suficiente a Deisy Paola Chávez García, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.897.982 de Bogotá D.C., para que en el desarrollo del contrato laboral existente con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Firma de objeciones: Para que firme objeciones inherentes al contrato; póliza no contratada, cobertura no contratada, deducible que absorbe la pérdida, responsabilidad no evidente en responsabilidad civil

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

extracontractual, daños de cuantías hasta diez millones de pesos moneda corriente (\$10.000.000), responsabilidad no evidente en responsabilidad civil extracontractual y lesiones a una víctima sin secuelas. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1870 de la Notaría 43 de Bogotá del 1 de agosto de 2013, inscrita el 4 de septiembre de 2013, bajo el No. 00026189 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.240.545 de Bogotá, en su calidad de representante legal de la entidad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio suficiente a William Oswaldo Montenegro Rivera, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.753.221 de Bogotá D.C., para que en el desarrollo del contrato laboral existente con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos:
A) Firma de objeciones: Para que firme objeciones de carácter técnico preexistencias en daños, daños que no correspondan siniestro, agravación del daño, daños por temas inherentes a garantía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferida mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1442 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 28 de abril de 2015, inscrita el 4 de mayo de 2015 bajo el No. 00030912 del libro V, compareció con Minuta enviada por email, Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública confiere poder general amplio y suficiente a Oscar Giovanni Rojas Medina identificado con cédula de ciudadanía No. 11.186.876 de Bogotá D.C., para que en su calidad de gerente sota en nombre y

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: Firma de objeciones: Para que firme las objeciones a las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por la aseguradora bajo el ramo SOAT. Segunda: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio; Advertencia: Se advierte que el presente mandato se tendrá por terminado en caso de presentarse una de las causales contempladas en el Artículo 2189 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 01044 de la D.C., del 14 de mayo de 2013, inscrita el 10 de Agosto de 2015 bajo el No. 00031728 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, otorga poder general amplio y suficiente a Camilo Andrés Bonilla Bernal identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.732.593 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional No. 140661 del Consejo Superior de la Judicatura para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación: Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. 2) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas conciliación en las audiencias de que trata el Artículo (101) del Código de Procedimiento Civil y la Ley 640 de 2001 o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada la compañía. C) Notificaciones y agotamiento vía gubernativa: Para que se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, interponga recursos de reposición, apelación y queja. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral a término indefinido. Suscrito por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: En cualquier extralimitación a las facultades conferidas

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1764 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 23 de mayo de 2015, inscrita el 11 de agosto de 2015 bajo el No. 00031729 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia por medio del presente instrumento público, otorgo poder general amplio y suficiente al doctor Gustavo Alberto Herrera Ávila mayor de edad, de nacionalidad Colombiano, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 de Bogotá, y tarjeta profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que actuando en nombre de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, represente a la misma en atención a tramites arbitrales laudos arbitrales, conciliación, recursos de anulación, recurso de revisión y todos aquellos procedimientos establecidos mediante la Ley 1563 de 2012 y toda aquella norma que le adicione, modifique o aclare.

Que por Escritura Pública No. 3467 de la Notaría 44 del 16 septiembre de 2016, inscrita el 26 de septiembre de 2016 bajo el No. 00035652 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, que por medio del presente instrumento público otorgo poder general amplio y suficiente a Milton Fabián Delgado Jiménez identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.497.940 de Bogotá para que en su calidad de gerente de crédito y cartera y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, suscriba las boletas de recaudo múltiple que genere el sistema de la compañía y asea de manera autógrafa o mediante registro que genere el sistema de la compañía. Emita, firme y remita las comunicaciones de que trata el Artículo 1071 del Código de Comercio, para efectos de informar al tomador y/o asegurado de la póliza la revocación de las pólizas de seguros contratadas con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

Que por Escritura Pública No. 3468 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 16 de septiembre de 2016 inscrita el 28 de septiembre de 2016 bajo el No. 00035662 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

en su calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Dora Alba Fonseca Romero mayor de edad, de nacionalidad Colombiana, identificada con cédula de ciudadanía número 51,590,453 de Bogotá, estado civil soltera, sin unión marital de hecho, para que en su calidad de gerente de la Agencia Kennedy de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, expida y firme pólizas en los ramos que comercialice la compañía y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la compañía por quien este delegue el cual forma parte integral del presente poder. Segunda: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Tercero: Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 1972 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 17 de junio de 2016 inscrita el 23 de junio de 2016 bajo el No. 00034723 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía No. 79.152.694 de Bogotá en su calidad de representante legal por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a que Cristina Vanegas identificado con cédula de ciudadanía No. 51.930.037 de Bogotá D.C., para que en su calidad de gerente de negocios corporativos de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, y en representación de esta firme las certificaciones de pago de prima de negocios que le indique la aseguradora respecto de las pólizas que se comercializan y se encuentran depositadas en la Superintendencia Financiera de Colombia. Tercero: Que por medio del presente instrumento público confiero poder general amplio y suficiente a Cristina Vanegas, mayor de edad, de nacionalidad Colombiana, identificada con cédula de ciudadanía 51.930.037 de Bogotá para que en su calidad de gerente de negocios corporativos y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, firme las pólizas que se suscriban en virtud de los negocios que se tienen entre esta con GIROS & FINANZAS COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S.A. Cuarto: La vigencia del poder será por el

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento.

Que por Escritura Pública No. 1487 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 17 de mayo de 2017, inscrita el 23 de mayo de 2017 bajo el No. 00037318 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.152.64 de Bogotá D.C., en su calidad de representante la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Andrea del Pilar Puerto Corredor, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.700.397 de Bogotá, para que en su calidad de gerente de licitaciones de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA firme los contratos y propuestas de procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas y privadas en los procesos que participe la compañía de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, igualmente para que suscriba la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a quinientos millones de pesos moneda corriente (\$500.000.000.00 m/cte). Dicha facultad se le otorga para los departamentos a nivel nacional.

Que por Escritura Pública No. 1486 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 17 de mayo de 2017 inscrita el 2 de agosto de 2017 bajo el No. 00037688 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía No. 79152694 de Bogotá en su calidad de representante legal por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Claudia Vélez Botero identificado con cédula de ciudadanía No. 24578874 de Bogotá D.C., para que en su calidad de gerente de la Zona Suroccidente de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA expida y firme pólizas en los ramos que comercialice la compañía y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el presidente de la compañía o por quien este delegue, el cual forma parte integral del presente poder. Segundo: Que por medio del presente instrumento público confiero poder general, amplio y suficiente a Claudia Vélez Botero, mayor de edad, de nacionalidad

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Colombiano, identificado con cédula de ciudadanía número 24.578.874 de Calarcá, para que en su calidad de gerente de la Zona Suroccidente ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA firme los contratos y propuestas de procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas y privadas en los procesos que participe la compañía de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, igualmente para que suscriba la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a ciento cincuenta millones de pesos m/cte (\$150.000.000). Dicha facultad se le otorga únicamente para los departamentos Valle del Cauca, Nariño, Putumayo, Cauca.

Que por Escritura Pública No. 2570 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 09 de agosto de 2017, inscrita 30 de agosto de 2017 bajo el No. 00037916 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía No. 79152694 en su calidad de representante legal de la sociedad, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Diana Forero Parra identificado con cédula de ciudadanía No. 51969935 para expedir y firmar pólizas, en su calidad de gerente de la agencia santa paula de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los ramos que comercialice la compañía y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscritos por el presidente de la compañía o por quien este delegue, el cual forma parte integral del presente poder.

Que por Escritura Pública No. 2563 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 09 de agosto de 2017, inscrita el 4 de septiembre de 2017 bajo el No. 00037931 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía No. 79.152.694 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente a Yisel Adriana Coronado Vivas, identificada con cédula de ciudadanía número 52.838.045 de Bogotá D.C., para expedir y firmar pólizas, en su calidad de gerente de la Agencia Centro Internacional de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en ramos que comercialice la compañía y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscritos por el presidente de la compañía o por quien este delegue, el cual forma parte integral del presente poder.

Que por Escritura Pública No. 644 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 09 de marzo de 2018, inscrita el 16 de marzo de 2018 bajo el No. 00039014 del libro V, compareció Carlos Arturo Guzmán Peláez, identificado con la cédula de ciudadanía número 16.608.605 de Cali, en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública confiere poder general, amplio y suficiente a la doctora Ingrid Lucero Patiño Patiño, identificada con cédula de ciudadanía número 51.883.909 de Bogotá D.C., para que, en su calidad de gerente de gestión humana y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: 1. Firme las certificaciones laborales, cartas de despido sin justa causa y aceptación de renuncia, cartas de liquidación de prestaciones sociales, comunicaciones y actas de sanciones disciplinarias, realice los nombramientos y promociones correspondientes, comunicaciones, formatos y formularios de afiliaciones a la seguridad social de funcionarios, igualmente para que firme las comunicaciones de retiro parcial de cesantías para los funcionarios, autorizaciones y comunicaciones de auxilios educativos, autorización de vacaciones, autorización de licencias no remuneradas. 2. Firme los contratos laborales en que es parte ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, que se suscriben con los colaboradores de la compañía, de igual forma los otrosíes y anexos que se deriven de esta relación laboral. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Que cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del Artículo Mil Doscientos Sesenta y Seis (1266) del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 244 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 27 de febrero de 2019, inscrita el 7 de marzo de 2019 bajo el número 00041036 del libro V, compareció Francisco Andrés Rojas Aguirre identificado con cédula de ciudadanía número 79.152.694, en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio y suficiente a Claudia Vélez Botero, identificada con cédula de ciudadanía número 24.578.874 de Calarcá, para que en su calidad de gerente de la Zona Suroccidente de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA firme los contratos y propuestas de procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas y privadas en los procesos que participe la compañía de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro, igualmente para que suscriba la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a ciento cincuenta millones de pesos m/cte (\$150.000.000). Dicha facultad se le otorga para los departamentos de Quindío, Valle del Cauca, Risaralda, Caldas, Nariño, Cauca y Putumayo.

Que por Escritura Pública No. 1367 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 23 de octubre de 2019, inscrita el 30 de Octubre de 2019 bajo el registro No 00042518 del libro V, compareció José Ivan Bonilla Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.520.827 de Bogotá D.C. en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Alexander Gomez Pérez, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 de Barranquilla y portador de la Tarjeta Profesional de Abogado número 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) REPRESENTACION: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) CONCILIACION: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la Compañía. C) NOTIFICACIONES Y AGOTAMIENTO DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVA: Para que se notifique de cualquier Providencia administrativa regulada por las leyes 1150 de 2007, ley 1474 de 2011, ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición,

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

apelación, queja, y desista de ellos si fuere el caso. SEGUNDO: La vigencia del poder será por el termino de duración del contrato prestación de servicios suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD OOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligara a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 3 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 02 de enero de 2020, inscrita el 22 de Enero de 2020 bajo el registro No 00042967 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña, en su calidad de Representante Legal de la Sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Germán Londoño Giraldo, identificado con cédula ciudadanía No. 79.532.271 de Bogotá D.C. y portador de la Tarjeta Profesional de abogado número 122.814 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Gerente de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Representación Instancia Administrativa: Para que actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. B) Firma de Objeciones: Para que firme las objeciones a las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por la Aseguradora bajo el ramo de Patrimoniales. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que por Escritura Pública No. 1 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 02 de enero de 2020, inscrita el 22 de Enero de 2020 bajo el registro No 00042968 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de la Sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a la doctora Vicky Carolina Ramírez Ibáñez, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.881.098 de Bogotá D.C. y portadora de la Tarjeta Profesional de abogada número 189.036 del Consejo Superior de la Judicatura para que en su calidad de Profesional Abogado de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: Representación Instancia Administrativa: Para que actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 616 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 06 de marzo de 2017, inscrita el 22 de Enero de 2020 bajo el registro No 00042969 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona identificado con cédula de ciudadanía No. 19.240.545 de Bogotá D.C. en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a la doctora Natalia Isabel Morales Puerta identificada con cédula de ciudadanía No. 43.628.533 de Medellín, para que a partir del primero. (1) de marzo de dos mil diecisiete (2017), en su calidad de Directora de Indemnizaciones de Generales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en desarrollo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

del contrato laboral, firme las objeciones de las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por la Aseguradora bajo los ramos de Personas y Generales. La vigencia del poder será por el termino de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que sea revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligara a ASEGURADORA SOUDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 543 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 08 de julio de 2020, inscrita el 20 de Agosto de 2020 bajo el registro No 00043820 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Santiago Serrano Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 1.026.554.165 de Bogotá D.C., y la Tarjeta Profesional de abogado No. 255.447 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: a) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. b) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. c) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 545 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 08 de julio de 2020, inscrita el 20 de Agosto de 2020 bajo el registro No 00043821 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Erika María Estrada Guijo identificada con cédula de ciudadanía No. 1.136.880.685 de Bogotá D.C., y la Tarjeta Profesional de abogada No. 281.687 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: a) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. b) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. c) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 546 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 8 de julio de 2020, inscrita el 20 de Agosto de 2020 bajo el registro No 00043826 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña, en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, amplio y suficiente a Alvaro Hernán Rodríguez Bautista, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.539.346 de Bogotá D.C. y la Tarjeta Profesional de abogado No. 103.867 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 544 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 08 de julio de 2020, inscrita el 20 de Agosto de 2020 bajo el registro No 00043828 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Ivonne Lizeth Pardo Cadena, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.020.754.933 de Bogotá D.C. y la Tarjeta Profesional de abogada N° 228.786 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 769 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 31 de agosto de 2020, inscrita el 23 de Septiembre de 2020 bajo el registro No 00044007 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña, en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, amplio y suficiente a Franklin Eduardo Susa Casallas, identificado con cédula de ciudadanía número 79.651.292, para que en su calidad de Gerente de la Gerencia de Seguros de Automóviles de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, emita, firme y remita las comunicaciones de revocación de que trata el Artículo 1071 del Código de Comercio correspondientes a pólizas del ramo de Automóviles comercializadas por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, para informar de la revocación de la póliza al tomador y/o al asegurado y/o al beneficiario de la misma, según corresponda. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 766 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 31 de agosto de 2020, inscrita el 23 de Septiembre de 2020 bajo

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

el registro No 00044009 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Javier Fernando Landinez Montañez, identificado con cédula de ciudadanía número 1.019.046.640 de Bogotá D.C. y portador de la Tarjeta Profesional de abogado número 233.260 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: Representación Instancia Administrativa: Para que actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Que por Escritura Pública No. 765 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 31 de agosto de 2020, inscrita el 23 de Septiembre de 2020 bajo el registro No 00044010 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo identificado con cédula de ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Angee Carolina Salazar Hernández, identificada con cédula de ciudadanía número 52.717.630 de Bogotá D.C. y portadora de la Tarjeta Profesional de abogada número 255.640 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de Indemnizaciones de Seguros Patrimoniales de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: Representación Instancia Administrativa: Para que actúe en nombre y representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier entidad pública de todo orden o autoridad administrativa, con todas las facultades generales inherentes y necesarias para ejercer el derecho de defensa de la aseguradora, promover todas las acciones procesales de impugnación previstas en desarrollo de cualquier actuación administrativa hasta su finalización, notificaciones, presentar recursos, excepciones, nulidades e incidentes en ejecuciones administrativas de cobro coactivo, y la facultad expresa para conciliar en actuaciones administrativas y/o centros de conciliación habilitados de todo el país. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 768 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 31 de agosto de 2020, inscrita el 22 de Diciembre de 2020 bajo el registro No 00044595 del libro V, compareció Ramiro Alberto Ruiz Clavijo, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 13.360.922 de Ocaña en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general amplio y suficiente a Marcela Renderos Arias identificada con cédula ciudadanía No. 42.105640, para que en su calidad de Gerente de la Agencia Pereira de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la misma ciudad y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ejecute los siguientes actos: A) Expedir y firmar pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. B) Representar en la ciudad de Pereira a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de conciliación de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso, con las facultades de conciliación de que trata la citada norma, así como en todas aquellas audiencias de similar

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

naturaleza efectuadas por cualquier autoridad de la rama judicial o administrativa a que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía En todo caso, tendrá las facultades expresa de confesar, absolver interrogatorios, y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos. C) Firmar propuestas y contratos de procesos de convocatoria pública (procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas) y/o privada en los que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro e igualmente para suscribir la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a sesenta millones de pesos moneda corriente (\$60.000.000). Igualmente, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y/o privada. Dichas facultades se le otorgan únicamente en el departamento de Risaralda.

Por Escritura Pública No. 380 del 04 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 11 de Marzo de 2021, con el No. 00044936 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Hector Fernando Cortes Saavedra, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.049.609.978 de Tunja, para que en su calidad de Coordinador de Licitaciones de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, firme los contratos y propuestas de procesos de mínima cuantía, selección abreviada, licitación pública e invitaciones públicas y privadas en los procesos en que participe ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA de forma individual o bajo la figura de unión temporal o coaseguro; igualmente para que suscriba la documentación necesaria para la legalización y perfeccionamiento de la etapa precontractual, contractual y postcontractual, cuyo negocio no sea mayor a quinientos millones de pesos M/CTE (\$500.000.000); además, para que asista en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA a las audiencias de adjudicación de los procesos de convocatoria pública y privada. Dichas facultades se le otorgan a nivel nacional. Tercero: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cuarto: cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 409 del 08 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el 23 de Marzo de 2021, con el No. 00044975 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Diana Marcela Marín Castro, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.896.904, para que en su calidad de Gerente de la Agencia La Soledad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la ciudad de Bogotá D.C y en representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, expida y firme pólizas en los ramos comercializados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y que estén debidamente autorizados por la Superintendencia Financiera de Colombia, hasta por los montos señalados mediante escrito separado, suscrito por el Presidente de la Compañía o por quien este delegue, escrito que forma parte integral del presente poder. La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 1675 del 31 de diciembre de 2020, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá, registrada en esta Cámara de Comercio el 3 de Mayo de 2021, con el No. 00045200 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Carol Tatiana Galindo González, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.013.642.627 de Bogotá y la Tarjeta Profesional de abogada N° 346.369 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Analista Jurídico de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la compañía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 1679 del 31 de diciembre de 2020, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 3 de Mayo de 2021, con el No. 00045203 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Carlos Esteban Ospina Lara, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.015.425.684 de Bogotá y la tarjeta profesional de abogado No. 300.803 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa, asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios y/o declaraciones, exhibir y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por el apoderado deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 1680 del 31 de diciembre de 2020, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 4 de Mayo de 2021 con el No. 00045213 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Julia Victoria Lozano Gaitán, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.010.183.441 de Bogotá y la Tarjeta Profesional de abogada N° 230.813 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de Profesional Abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Se notifique de cualquier providencia judicial o administrativa; asuma la defensa de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en el proceso del que se notifique, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y/o desista de ellos si fuere el caso. B) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial o administrativa, con las facultades expresas de notificarse, recibir, confesar, absolver y/o rendir interrogatorios

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos o tacharlos de falsos, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general, adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel y efectivo cumplimiento al presente mandato en defensa de los derechos e intereses de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.C) Represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001, o demás normas que las modifiquen, complementen, subroguen o adicionen, con las facultades de conciliación de que tratan las citadas normas, así como en todas aquellas audiencias de similar naturaleza adelantadas por cualquier autoridad judicial o administrativa a las que sea citada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Los parámetros de conciliación adoptados por la apoderada deberán obedecer a las instrucciones impartidas por escrito para el efecto por el Representante Legal de la Compañía. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 556 del 24 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 4 de Mayo de 2021 con el No. 00045215 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Orlando Molano Rodríguez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.266.192, para que en su calidad de Coordinador de Recobros y salvamentos de Automóviles de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Levantamiento de prenda: Para que solicite con su firma ante las distintas entidades financieras, el levantamiento de prenda constituida sobre vehículos asegurados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA bajo ramo de automóviles y suscriba las comunicaciones relacionadas con la declaratoria de pérdidas totales, por hurto y/o daños. B) Formularios de traspaso y cancelación: Para que suscriba formularios de traspaso de vehículos a nombre de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, resultantes de pagos de siniestros por pérdida total por daños y/o hurto; para que suscriba formularios de traspaso de vehículos a nombre de terceros

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

con ocasión de la venta de salvamentos y firme los formularios de cancelación de matrícula de automóviles, con ocasión de siniestros derivados de pérdida total, daños y/o hurto. C) Contratos de compraventa: Para que firme los correspondientes contratos de compraventa que se deriven del traspaso de vehículos a terceros con ocasión de la venta de salvamentos. Tercero: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cuarto: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 543 del 23 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 4 de Mayo de 2021 con el No. 00045217 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Claudia Casas Matiz, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.873.780, para que en su calidad de Gerente de Indemnizaciones de Seguros de Automóviles de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, ejecute los siguientes actos: A) Firma de objeciones: Para que firme las objeciones a las reclamaciones que sean presentadas respecto de las pólizas de seguros expedidas por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA correspondientes al ramo de automóviles. B) Levantamiento de prenda: Para que solicite con su firma ante las distintas entidades financieras, el levantamiento de prenda constituida sobre vehículos asegurados por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA bajo ramo de automóviles y suscriba las comunicaciones relacionadas con la declaratoria de pérdidas totales, por hurto y/o daños. C) Formularios de traspaso y cancelación: Para que suscriba formularios de traspaso de vehículos a nombre de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, resultantes de pagos de siniestros por pérdida total por daños y/o hurto; para que suscriba formularios de traspaso de vehículos a nombre de terceros con ocasión de la venta de salvamentos y firme los formularios de cancelación de matrícula de automóviles, con ocasión de siniestros derivados de pérdida total, daños y/o hurto. D) Contratos de compraventa: Para que firme los correspondientes contratos de compraventa que se deriven del traspaso de vehículos a terceros con ocasión de la venta de salvamentos. Tercero: La vigencia del poder será por el término de duración del

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cuarto: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 542 del 23 de marzo de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C, registrada en esta Cámara de Comercio el 5 de Mayo de 2021 con el No. 00045220 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Rubén Darío Fonseca Cristancho, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.867.123, para que en su calidad de Coordinador del Centro de Atención Vehicular de Bogotá de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, suscriba y firme los formularios de traspaso y cancelación de vehículos a nombre de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, resultantes de pagos de siniestros por pérdida total por daños y/o hurto en la ciudad de Bogotá. Tercero: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Cuarto: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2765 del 02 de diciembre de 2021, otorgada en la Notaría 10 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 13 de Enero de 2022, con el No. 00046619 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Claudia Patricia Palacio Arango, identificada con la cédula de ciudadanía número 42.897.931, para que en su calidad de Gerente Nacional de Ventas de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y en representación de la misma, firme los documentos relacionados con la gestión y coordinación de los intermediarios de seguros que requiera la Aseguradora, sean personas naturales o jurídicas, incluyendo pero sin limitar, contratos para la intermediación de seguros de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sus anexos y otros; cartas de cancelación de claves; certificaciones y documentos de información de vinculación de intermediarios de seguros a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA; documentos de bienvenida; certificados y diplomas de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

idoneidad para la intermediación de seguros que otorgue ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA; certificados de no oposición; certificados comerciales; y demás documentos que se deriven de dicha actividad o se requieran con ocasión de la misma. Segundo: La vigencia del poder será por el término de duración del contrato laboral suscrito con ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, sin perjuicio de que pueda ser revocado en cualquier momento. Tercero: Cualquier extralimitación a las facultades conferidas mediante el presente poder solo obligará a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA en los términos del artículo 1266 del Código de Comercio.

Por Escritura Pública No. 2951 de la Notaría 44 de Bogotá D.C. Del 19 de agosto de 2016 inscrita el 25 de agosto de 2016 bajo el No. 00035310 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.240.545 de Bogotá D.C., en calidad de representante legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Que por medio del presente instrumento público confiere poder especial, amplio y suficiente a Diego Armando Vera Vaquiro, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.921.139 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional de abogado No. 171.779 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo 101 del Código de Procedimiento Civil y la ley 640 de 2001, o normas sustantivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la compañía. C) Notificaciones y agotamiento de los recursos en la actuación administrativa: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las Leyes 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, y Ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja y desista de ellos si fuere el caso. Se advierte que el presente mandato se tendrá por terminado en caso de presentarse una de las causales contempladas en el Artículo 2189 del Código

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Civil.

Por Escritura Pública No. 170 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 26 de enero de 2018 inscrita el 7 de febrero de 2018 bajo el Registro No. 00038751 del libro V compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona identificado con cédula de ciudadanía No. 19240545 de Bogotá en su calidad de representante legal por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial a Esteban Jiménez Mejía identificado con cédula de ciudadanía No. 1037594587 de Envigado, de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA para que en su calidad de abogado para ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver, interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tachados de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la compañía. C) Notificaciones y agotamiento de los recursos en la actuación administrativa: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las Leyes 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queda, y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 156 de la Notaría 44 de Bogotá D.C., del 26 de enero de 2018 inscrita el 7 de febrero de 2018 bajo el Registro No. 00038752 del libro V, compareció Carlos Eduardo Valencia Cardona identificado con cédula de ciudadanía No. 19240545 de Bogotá en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Carlos Humberto Plata Sepúlveda identificado con cédula de ciudadanía No. 91.289.166 de Bucaramanga y portador de la tarjeta profesional número 99.086 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA para ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ante cualquier autoridad judicial con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o declaraciones, exhibir, y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el Artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la compañía. C) Notificaciones y agotamiento de los recursos en la actuación administrativa: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las Leyes 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja, y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 798 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 05 de julio de 2019, inscrita el 17 de Julio de 2019 bajo el registro No. 00041848 del libro V, compareció José Iván Bonilla Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.520.827 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Yezid García Arenas, identificado con cédula de ciudadanía No. 93.394.569 de Ibagué y portador de la Tarjeta Profesional de Abogado No. 132.890 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la Ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la Compañía. C) Notificaciones y agotamiento de las actuaciones administrativas: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las Leyes 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011, Ley 610 de 2000, o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja, y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 799 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 05 de julio de 2019, inscrita el 18 de Julio de 2019 bajo el registro

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

No. 00041860 del libro V, compareció Jose Ivan Bonilla Pérez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.520.827 de Bogotá D.C. en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Jinneth Hernandez Galindo, mayor de edad, de nacionalidad colombiana, identidad con cedula de ciudadanía número 38.550.445 de Cali y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada número 222.837 del Consejo Superior de la Judicatura, par que en su calidad de abogado de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) REPRESENTACION: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer documentos, o tacharlos de falsos. B) CONCILIACION: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la Compañía. C) NOTIFICACIONES Y AGOTAMIENTO DE LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las leyes 1150 de 2007, ley 1474 de 2011, ley 610 de 2000 o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponer recursos de reposición, apelación, queja y desista de ellos si fuere el caso.

Por Escritura Pública No. 852 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 16 de julio de 2019, inscrita el 23 de Julio de 2019 bajo el registro No. 00041898 del libro V, compareció Carlos Arturo Guzman Pelaez identificado con cédula de ciudadanía No. 16.608.605 de Cali en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial, amplio y suficiente a Adriana Elizabeth Tovar Bustos identificado con cedula de ciudadanía No. 1.033.715.614 de Bogotá D.C., con Tarjeta Profesional de Abogada No. 211.218 del Consejo Superior de la Judicatura para que en su calidad de abogada de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA pueda ejecutar los siguientes actos: A) Representación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ante cualquier autoridad judicial y administrativa, con las facultades expresas de confesar, absolver interrogatorios y/o rendir declaraciones, exhibir y reconocer

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

documentos, o tacharlos de falsos. B) Conciliación: Para que represente a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, con las facultades expresas de conciliación en las audiencias de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso y la ley 640 de 2001, o normas sustitutivas, así como todas aquellas audiencias de similar naturaleza a las que sea citada de la Compañía. C) Notificaciones y agotamiento de las actuaciones administrativa: Para que se notifique de cualquier providencia administrativa regulada por las leyes 1150 del año dos mil siete (2007), ley 1474 del año dos mil once (2011), ley 610 del año dos mil (2000), o demás normas sustitutivas y complementarias, promueva incidentes de nulidad e interponga recursos de reposición, apelación, queja, y desista de ellos si fuere el caso.

REFORMAS DE ESTATUTOS

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
64	18-I-1985	32 BOGOTA	9-XI-1992 NO. 385181
3296	16- XI- 1993	41 STAFE BTA	22- XI- 1993 NO.428.026
1600	05-VI--1.996	41 STAFE BTA	02-VII-1.996 NO.544.002

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0004201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de Bogotá D.C.	00787185 del 25 de julio de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0007237 del 18 de septiembre de 1992 de la Notaría 5 de Bogotá D.C.	00787224 del 25 de julio de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0000848 del 15 de abril de 1998 de la Notaría 41 de Bogotá D.C.	00630146 del 16 de abril de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0001272 del 27 de mayo de 1998 de la Notaría 41 de Bogotá D.C.	00636167 del 29 de mayo de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0000623 del 3 de abril de 2002 de la Notaría 41 de Bogotá D.C.	00822816 del 16 de abril de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0001628 del 19 de julio	00944981 del 27 de julio de

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

de 2004 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	2004 del Libro IX
E. P. No. 0000420 del 9 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01116003 del 13 de marzo de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0000771 del 24 de abril de 2007 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01128992 del 8 de mayo de 2007 del Libro IX
E. P. No. 1107 del 5 de mayo de 2011 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01480388 del 19 de mayo de 2011 del Libro IX
E. P. No. 1779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de Bogotá D.C.	01753454 del 31 de julio de 2013 del Libro IX

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA LA SOLEDAD
Matrícula No.: 00528479
Fecha de matrícula: 12 de enero de 1993
Último año renovado: 2022
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 21 # 39 B - 73
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA SANTA PAULA
Matrícula No.: 00660080
Fecha de matrícula: 16 de agosto de 1995
Último año renovado: 2022
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 15 No. 106 - 98
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA KENNEDY
Matrícula No.: 01078754
Fecha de matrícula: 29 de marzo de 2001
Último año renovado: 2022
Categoría: Agencia
Dirección: Cl 40 Sur No 78 A - 18 Sur
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA CENTRO
INTERNACIONAL
Matrícula No.: 01612707
Fecha de matrícula: 4 de julio de 2006
Último año renovado: 2022
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 7 # 35 - 11 Local 1
Municipio: Bogotá D.C.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA AVENIDA SUBA
Matrícula No.: 01753762
Fecha de matrícula: 13 de noviembre de 2007
Último año renovado: 2022
Categoría: Agencia
Dirección: Av Suba Tv 60 # 115 - 58 To A
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: AGENCIA BOGOTA CALLE 100
Matrícula No.: 02162991
Fecha de matrícula: 30 de noviembre de 2011
Último año renovado: 2022
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 13 No. 98 - 21 Lc 101
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
ENTIDAD COOPERATIVA AGENCIA BOGOTA
SECTOR SOLIDARIO
Matrícula No.: 02249331
Fecha de matrícula: 30 de agosto de 2012
Último año renovado: 2022
Categoría: Establecimiento de comercio
Dirección: Cl 100 # 9 A- 45 Piso 12 (Prestacion De
Servicio Al Publico De
Municipio: Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14**

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Microempresa

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 0

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 22 de febrero de 2022. Fecha de envío de información a Planeación : 2 de marzo de 2022. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 3 de marzo de 2022 Hora: 11:03:14

Recibo No. 8322004024

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 32200402400001

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9128208327786459

Generado el 04 de agosto de 2022 a las 00:52:22

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: BANCO FINANDINA S.A. BIC, pero podrá identificarse simplemente con la sigla FINANDINA BIC o BANCO FINANDINA BIC

NIT: 860051894-6

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

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 791 del 07 de marzo de 1977 de la Notaría 1 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). bajo la denominación "FINANCIERA DE VALORES S.A.".

Escritura Pública No 1889 del 18 de abril de 1980 de la Notaría 1 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Modificó entre otros, su razón social por la de FINANCIERA DE VALORES S.A. COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO COMERCIAL, reforma autorizada con Resolución 1176 del 28 de febrero de 1980

Escritura Pública No 2850 del 16 de junio de 1982 de la Notaría 1 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de FINANCIERA DE VALORES LA ANDINA S.A. COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO COMERCIAL, reforma autorizada con Resolución 2762 del 01 de junio de 1982

Escritura Pública No 1493 del 13 de mayo de 1985 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Modificó su razón social por la de "FINANCIERA LA ANDINA S.A. COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO COMERCIAL", reforma autorizada con Resolución 1846 del 25 de abril de 1985

Escritura Pública No 4080 del 28 de diciembre de 1988 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Modificó su razón social por la de "FINANCIERA ANDINA S.A., FINANDINA COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO COMERCIAL", reforma autorizada con Resolución 3658 del 18 de octubre de 1988

Escritura Pública No 4058 del 30 de diciembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Se protocolizó el acuerdo de fusión mediante el cual FINANCIERA ANDINA S.A., FINANDINA COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO COMERCIAL, absorbe a la COMPAÑIA FINANLEASING S.A., quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 676 del 16 de marzo de 2004 de la Notaría 25 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambio su razón social FINANCIERA ANDINA S.A., FINANDINA, Compañía de Financiamiento Comercial. Podrá igualmente denominarse en todos sus actos FINANCIERA ANDINA S.A., o por su sigla FINANDINA

Escritura Pública No 2275 del 15 de octubre de 2009 de la Notaría 25 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Modifica su razón social de FINANCIERA ANDINA S.A. FINANDINA COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO COMERCIAL por la de FINANCIERA ANDINA S.A., FINANDINA, COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO podrá igualmente denominarse en todos sus actos FINANCIERA ANDINA S.A. o por su sigla FINANDINA

Resolución S.F.C. No 2151 del 05 de noviembre de 2010 La Superintendencia Financiera autoriza la conversión de FINANCIERA ANDINA S.A. FINANDINA COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO en banco, con la denominación "BANCO FINANDINA S.A.". PARÁGRAFO. La conversión que se autoriza mediante la presente Resolución, tal como lo prevé el inciso segundo del numeral 1 del artículo 66 del EOSF, no produce solución de continuidad en la existencia de la entidad denominada FINANCIERA ANDINA S.A. FINANDINA COMPAÑIA DE FINANCIAMIENTO como persona jurídica, ni en sus contratos ni en su patrimonio.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9128208327786459

Generado el 04 de agosto de 2022 a las 00:52:22

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

Escritura Pública No 2694 del 19 de noviembre de 2010 de la Notaría 25 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). protocoliza su conversión bajo la denominación "BANCO FINANDINA S.A." El domicilio principal del Banco será la ciudad de Bogotá Distrito Capital, pero podrá establecer sucursales o agencias en esta misma ciudad o en otras del país o del exterior.

Escritura Pública No 2150 del 26 de agosto de 2015 de la Notaría 25 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). La sociedad traslado su domicilio de la ciudad de Bogotá D.C. a la ciudad de Chia Cundinamarca

Escritura Pública No 141 del 29 de enero de 2021 de la Notaría 2 de CHIA (CUNDINAMARCA). Cambia su razón social por BANCO FINANDINA S.A. o FINANDINA ESTABLECIMIENTO BANCARIO, pero podrá identificarse simplemente con la sigla FINANDINA BIC o BANCO FINANDINA BIC O FINANDINA.

Escritura Pública No 1960 del 08 de julio de 2021 de la Notaría 2 de CHIA (CUNDINAMARCA). cambia su razón social por BANCO FINANDINA S.A. BIC, pero podrá identificarse simplemente con la sigla FINANDINA BIC o BANCO FINANDINA BIC

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.F.C. 201 del 10 de febrero de 2011

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Gerente General de libre nombramiento y remoción de la Junta Directiva. El Gerente General quien tiene a su cargo la dirección de la Compañía, será el principal ejecutor de la sociedad y tendrá a su cargo la administración de la misma. Tendrá dos (2) suplentes, cuyo período y condiciones de elección serán iguales a las de éste y ejercerán la suplencia en el orden que determine la Junta Directiva. El último de los suplentes en el orden establecido tendrá la representación legal de la Sociedad para efectos Judiciales y Administrativos. Son funciones y atribuciones del Gerente General: a) Ejercer la representación legal de la Sociedad tanto judicial como extrajudicialmente; b) Ejecutar los acuerdos y decisiones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva; c) Presentar con la Junta Directiva a la Asamblea general de Accionistas, el inventario y el balance general de cada cierre de ejercicio, junto con el informe escrito relacionado con la situación y la marcha de la entidad; d) Cuidar de la recaudación e inversión de los fondos de la sociedad; e) Ejecutar los actos y celebrar los contratos conducentes al logro del objeto social de la compañía cuya cuantía no exceda de la que determine la Junta Directiva; f) Firmar en nombre de la sociedad los contratos de trabajo; g) Dar o recibir dinero en mutuo; celebrar los contratos que requiera el giro ordinario de los negocios del Banco, suscribir títulos valores, giros, libranzas y cualesquier otro documento y negociarlos; h) Constituir para casos especiales apoderados judiciales y extrajudiciales; i) tomar todas las medidas que exija la conservación de los bienes sociales, vigilar la actividad de los empleados e impartir las órdenes e instrucciones necesarias para la buena marcha de la sociedad; j) Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias o extraordinarias y a la Junta Directiva; k) Presentar a la Junta Directiva balances generales de prueba y suministrarle todos los informes que ésta le solicite en relación con la empresa y sus actividades; l) Cumplir y hacer que se cumplan en oportunidad y debidamente todas las exigencias de las leyes en relación con el funcionamiento y las actividades de la institución; m) Expedir el Código de Gobierno Corporativo en el cual se compilen todas las normas y sistemas exigidos en las disposiciones vigentes, así como los mecanismos específicos necesarios para asegurar el respeto a los derechos de todos sus accionistas y demás inversionistas en valores y presentarlo a la Junta Directiva para su correspondiente aprobación; n) Cumplir y hacer cumplir los lineamientos y principios establecidos en el Código de Gobierno Corporativo; o) Implementar aquellas recomendaciones del Nuevo Código de Mejores Prácticas Corporativas de Colombia que voluntariamente adopte el Banco; las cuales, una vez adoptadas, serán de obligatorio cumplimiento para el Banco, sus Administradores y empleados; p) Designar los funcionarios que con su firma pueden autorizar operaciones que comprometan a la entidad; q) Nombrar y remover libremente a los gerentes de las sucursales y a los directores de las agencias, y en general a cualquier funcionario del Banco; r) Señalar las facultades de los gerentes de las sucursales y de los directores de las agencias, y aprobar el organigrama general con la determinación de cargos permanentes que reclame el normal desarrollo de las actividades sociales del Banco; s) Impartir a los gerentes de las sucursales y a los directores de las agencias las instrucciones generales a que hayan de someterse en cuanto a los negocios, actos y operaciones que constituyen el objeto de la sociedad, y fijar las cuantías para el ejercicio de sus atribuciones; t) Cumplir y hacer

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9128208327786459

Generado el 04 de agosto de 2022 a las 00:52:22

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

cumplir las leyes, los Estatutos Sociales, y las determinaciones de la Asamblea General y de la Junta Directiva, en cuanto se relacione con el funcionamiento y actividades de la Sociedad; u) Las demás que le asignen la Junta Directiva y las que correspondan conforme a la Ley y a estos Estatutos (Escritura No. 2959 del 26 de diciembre del 2017, Notaría 2a de Chía Cundinamarca)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Orlando Forero Gómez Fecha de inicio del cargo: 23/08/2012	CC - 80425376	Gerente General
Beatriz Eugenia Cano Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 23/07/2020	CC - 43045830	Primer Suplente del Gerente General
Oscar René Jiménez Díaz Fecha de inicio del cargo: 30/09/2021	CC - 79643009	Segundo Suplente del Gerente General - Representante Legal Para Efectos Judiciales y Administrativos

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

Bogotá, D, C, 05 de octubre de 2022

Estimado Señor
MILLAN VARELA LUIS HERNANDO
Calle 42 No. 29 - 08.
Cali, Valle del Cauca

Referencia:

No. de radicación: 27078
Fecha radicación: 23/09/2022

En nombre de la Unidad Operativa de Negocios Corporativos de Aseguradora Solidaria de Colombia, reciba un cordial saludo.

En atención a su solicitud, relacionada con la copia de la Póliza de Vida Grupo Deudores **No. 99400000006**, tomada por el Señor MILLAN VARELA LUIS HERNANDO, a través de la Entidad Banco Finandina S.A BIC, adjunto a este comunicado enviamos copia de la Póliza con su Condicionado en el cual encontrará términos y/o condiciones.

A lo referente a la solicitud de las oficinas que tienen atención presencial, lo invitamos a ingresar al siguiente link, en donde podrá encontrar la oficina que más cercana a usted <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>.

Gracias por elegir a Aseguradora Solidaria de Colombia como su compañía de seguros, lo que nos motiva a seguir adelante con el compromiso de ofrecerle un mejor servicio. En caso de requerir mayor información puede hacerlo a través de nuestra página web <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>.

Atentamente,

**Dirección Unidad Operativa
Negocios Corporativos**
Anexos: Certificado de Póliza, Clausulado
Elaboro: ALGC

Defensor del Consumidor Financiero
Manuel Guillermo Rueda Serrano

Carrera 13 # 29-21 oficina 221 Bogotá • Teléfono: (601) 458 7174 • Fax: (601) 458 7174 • Celular: 312 342 6229
defensoriasolidaria@gmail.com • Horario: lunes a viernes de 8:00 am. a 12:00 m. y 2:00 pm. a 6:00 pm.

Oficina Principal

Calle 100 No. 9A - 45 Piso 12 Bogotá, Colombia
Línea Solidaria: 018000 512 021 - #789 • www.aseguradorasolidaria.com.co

Certificado Individual de Seguro 167867701150326214

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES 994000000006

Agencia Expedidora: **NEGOCIOS CORPORATIVOS FINANDINA**

Cod Agencia: **665**

Ramo: **VIDA GRUPO DEUDORES**

Datos del Tomador

Nombre: **BANCO FINANDINA SA BIC**

Identificación: **NIT 860051894**

Dirección: **LUGAR KM 17 CARR CENTRAL DEL NORTE**

Ciudad: **CHIA**

Teléfono: **6016751984**

Datos del Asegurado

Nombres: **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO**

Numero identificacion: **16786770**

Vigencia

La vigencia del presente certificado será a partir de la fecha del desembolso del crédito y hasta que el asegurado ostente la calidad de deudor.

Amparos y Valores Asegurados

CATEGORIA:

DEUDORES - CRÉDITOS LIBRANZA - NUEVAS

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

AMPARO BASICO DE MUERTE

SEGÚN CONDICIONES

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SEGÚN CONDICIONES

Beneficiario

Nombre: **BANCO FINANDINA S A**

Identificación: **860051894**

Observaciones

Esta póliza se rige bajo el clausulado Cód. 30/06/2020-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-22-D001
30/06/2020-1502-NT-P-34-P300620MVV11V110

Valor Prima

La indicada en el cobro de las cuotas del crédito

La mora en el pago de prima de la póliza o de los certificados y anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión a la expedición del contrato.

Firma Asegurador

1. TOMADOR: BANCO FINANDINA S.A

2. VIGENCIA: 01 DE SEPTIEMBRE DE 2019 AL 31 DE AGOSTO DE 2021.

3. GRUPO ASEGURADO: TODOS LOS DEUDORES Y/O CODEUDORES Y/O LOCATARIOS Y/O AVALISTAS AMPARADOS QUE TENGAN A LA FECHA DE LA ADJUDICACIÓN, O PUDIERAN LLEGAR A TENER OBLIGACIONES DE CRÉDITO O LEASING CON BANCO FINANDINA, EN DONDE REQUIERA PROTEGER A LOS DEUDORES EN LOS PRODUCTOS DE LIBRANZA, ADEMÁS DE TODOS AQUELLOS PRODUCTOS QUE EN EL FUTURO PUEDA COMERCIALIZAR, INCLUSIVE AQUELLAS OPERACIONES DE FINANCIACIÓN VIGENTES, PRODUCTO DE COMPRAS DE CARTERA REALIZADAS POR EL BANCO, CUYAS CONDICIONES SON DIFERENTES A LAS DE LA PÓLIZA DE VIDA DEUDORES ACTUAL DEL BANCO.

COMPRAS DE CARTERA: EN LOS EVENTOS DONDE EL BANCO FINANDINA REALICE COMPRAS DE CARTERA A OTRAS ENTIDADES, EL OFERENTE DEBERÁ GARANTIZAR EL TRASLADO Y CONSECUENTE ASUNCIÓN DE LOS RIESGOS EN IGUALDAD DE CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DE LA COMPRA.

ESTOS PRODUCTOS PODRÁN SER OFRECIDOS POR EL BANCO FINANDINA A TRAVÉS DE CANALES DIGITALES O NO PRESENCIALES, POR LO CUAL LA(S) ASEGURADORA(S) ADJUDICADA(S) DEBERÁN CONTAR CON LA TECNOLOGÍA QUE PERMITA INTEGRAR LAS SOLICITUDES Y/O DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD DE FORMA DIGITAL Y CON FIRMA DIGITAL O ELECTRÓNICA.

4. BENEFICIARIO: BANCO FINANDINA ADQUIERE EN TODOS LOS CASOS LA CALIDAD DE BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO, HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO POR FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO; ENTENDIÉNDOSE COMO SALDO INSOLUTO EL SALDO DE CAPITAL, MÁS INTERESES CORRIENTES, MÁS INTERESES DE MORA, MAS HONORARIOS JURÍDICOS, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS Y SOBRE LOS CUALES SE HAYA CALCULADO LA PRIMA COBRADA.

EN CASO DE EXISTIR UN REMANENTE, SERÁ PAGADO A LOS DEMÁS BENEFICIARIOS, LOS CUALES PUEDEN SER LOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO LOS DE LEY.

5. COBERTURA DEL SEGURO: LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SERÁ EL TIEMPO QUE TRANSCURRA ENTRE LA FIRMA DEL PAGARÉ O CONTRATO DE LEASING, DESEMBOLSO DEL CRÉDITO, O ACTIVACIÓN DEL PRODUCTO CUANDO APLIQUE, Y EL PAGO TOTAL DEL MISMO, INCLUYENDO LAS PRÓRROGAS Y RENOVACIONES.

6. AMPAROS

• MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYE HOMICIDIO, SUICIDIO, MUERTE ACCIDENTAL, DESAPARICIÓN Y TERRORISMO, DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DEL SEGURO Y SIDA DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

• INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR LA LEY 100 DE

1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS, SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD SE HAYA DADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. PARA LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DEL RÉGIMEN ESPECIAL, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARA CON BASE EN LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EXPEDIDA POR EL ENTE CALIFICADOR DE SU ENTIDAD, SIN NECESIDAD DE PRESENTAR CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDA POR LA JUNTA MÉDICA REGIONAL, EPS, ARL O AFP. UNA VEZ AFECTADO ESTE AMPARO CESARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA.

6.1 AMPAROS QUE APLICARÁN ÚNICAMENTE PARA LOS ASEGURADOS QUE INGRESEN A PARTIR DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2019:

• AUXILIO FUNERARIO MUERTE ACCIDENTAL: LA COMPAÑÍA OTORGA COMO INDEMNIZACIÓN ADICIONAL UN VALOR DE 1.000.000 POR AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL, LOS CUALES SERÁN ENTREGADOS A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS O DE LEY.

• RENTAS DE CANASTA FAMILIAR POR MUERTE O POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: RENTA POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, POR UN MONTO DE DOSCIENTOS MIL PESOS (\$200.000) HASTA POR (5) MESES PARA UN TOTAL DE UN MILLÓN DE PESOS (\$1.000.000) POR DEUDOR, SIN COBRO DE PRIMA ADICIONAL. EL PAGO DE LA RENTA SE PUEDE REALIZAR EN UN PAGO ÚNICO.

7. AMPARO AUTOMÁTICO

SE CONCEDE AMPARO AUTOMÁTICO PARA PERSONAS MENORES DE 75 AÑOS MÁS 365 DÍAS DE EDAD CUYO VALOR ASEGURADO SEA MENOR O IGUAL A \$300.000.000 POR PERSONA EN UNO O VARIOS CRÉDITOS SIEMPRE Y CUANDO, PRIMERO, SE DILIGENCIE LA CORRESPONDIENTE SOLICITUD DE SEGURO. HABRÁ TAMBIÉN AMPARO AUTOMÁTICO PARA PERSONAS ENTRE 76 Y 80 AÑOS DE EDAD CUYO VALOR ASEGURADO SEA MENOR O IGUAL A \$30.000.000 POR PERSONA EN UNO O VARIOS CRÉDITOS. EN AMBOS CASOS SIEMPRE Y CUANDO DILIGENCIEN LA CORRESPONDIENTE SOLICITUD DE SEGURO Y EN ESTA NO SE MARQUE, O NINGUNA PATOLOGÍA O SE ENMARQUE DENTRO DE LO CONTENIDO EN EL NUMERAL 9 “CLÁUSULA DE EXTRA PRIMA AUTOMÁTICA” DEL PRESENTE CONDICIONADO.

8. EXCLUSIONES

8.1 EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO: EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE SE OTORGA SIN EXCLUSIONES. NO OBSTANTE, EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

8.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

A) CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.

B) CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

9. CLÁUSULA DE EXTRAPRIMA AUTOMÁTICA

LA COMPAÑÍA ACEPTA LA APLICACIÓN DE UNA EXTRAPRIMA AUTOMÁTICA DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE ESTABLECIDO EN EL SIGUIENTE CUADRO DE ENFERMEDADES Y QUE DECLAREN UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

ASEGURADOS ENTRE LOS 18 Y 75 AÑOS MÁS 364 DÍAS, CUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$300,000,000 O PARA ASEGURADOS ENTRE LOS 76 Y 80 AÑOS MÁS 364 DÍAS CUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$30,000,000:

PATOLOGÍA	% DE EXTRAPRIMA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	25%
DIABETES	25%
COLESTEROL	25%
TRIGLICÉRIDOS	0%
GASTROINTESTINAL	25%
HIPOTIROIDISMO	0%
HIPERLIPIDEMIA	25%
TÚNEL METACARPIANO	15% - SIN AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
MANGUITO ROTADOR	15% - SIN AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI EL ASEGURADO DECLARA UNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN EL PUNTO ANTERIOR O CUANDO COEXISTAN DOS O MÁS ENFERMEDADES, ADEMÁS DE OTROS FACTORES DE RIESGO INCLUIDO EL SOBREPESO, EL INGRESO DEBERÁ SER EVALUADO POR EL MÉDICO SUScriptor, QUIEN PODRÁ AUTORIZAR EL INGRESO EN CONDICIONES ESPECIALES, APLICAR EXTRA PRIMA, SOLICITAR PRUEBAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS, SOLICITAR RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA, INFORME MÉDICO TRATANTE, CONDICIONAR COBERTURAS O NO ACEPTAR EL INGRESO.

10. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:

AMPARO	MÍN. DE INGRESO	MÁX. DE INGRESO	MÁX. DE PERMANENCIA
BÁSICO (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA) - AUXILIO FUNERARIO MUERTE ACCIDENTAL - RENTAS DE CANASTA FAMILIAR POR MUERTE	18 AÑOS	75 AÑOS + 364 DÍAS	ILIMITADA
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE - RENTAS DE CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 AÑOS	70 AÑOS + 364 DÍAS	74 AÑOS + 364 DÍAS

11. VALOR ASEGURADO: EL VALOR ASEGURADO SERÁ EL VALOR INICIAL DESEMBOLSADO Y ESTE SE MANTENDRÁ POR LA VIGENCIA DE LA FINANCIACIÓN. ESTE SERÁ EL VALOR A RECONOCER Y PAGAR POR LA COMPAÑÍA DE SEGUROS COMO INDEMNIZACIÓN AL PRIMER BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA, A MÁS TARDAR DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A LA ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN FORMA COMPLETA. CON EL VALOR PAGADO SE CANCELARÁ EL SALDO DE LA DEUDA, ES DECIR EL CAPITAL, LOS INTERESES, LAS SANCIONES, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO PAGADAS, LOS HONORARIOS, GASTOS DERIVADOS DE PROCESOS JUDICIALES O ADMINISTRATIVOS Y DEMÁS RUBROS PACTADOS CON EL DEUDOR. EN CASO DE EXISTIR REMANENTES, ESTOS SERÁN PAGADOS A LOS DEMÁS BENEFICIARIOS, LOS CUALES PUEDEN SER LOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO LOS DE LEY.

12. ASISTENCIAS: SOLO APLICAN PARA LOS ASEGURADOS QUE INGRESEN DESDE EL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2019:

EVENTOS	COBERTURA	TIPO DE SERVICIO
SIN LIMITE	SIN LIMITE	ORIENTACIÓN JURÍDICA TELEFÓNICA
2	10 SMDLV	EMISIÓN DE CONCEPTOS JURÍDICOS
2	10 SMDLV	ASISTENCIA JURÍDICA PRELIMINAR
2	1 SMDLV	DOCUMENTOS
3	SIN LIMITE	ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA
SIN LIMITE	SIN LIMITE	MANEJO DE AGENDA
3	SIN LIMITE	ORIENTACIÓN TELEFÓNICA TECNOLÓGICA
SIN LIMITE	SIN LIMITE	REFERENCIA DE MÉDICO ESPECIALISTAS
SIN LIMITE	SIN LIMITE	REFERENCIA SOBRE PLANES DE VIAJES
SIN LIMITE	SIN LIMITE	REFERENCIA DE CURSOS/TALLERES

➤ **ORIENTACIÓN JURÍDICA TELEFÓNICA:** EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, LA ASEGURADORA REALIZARÁ MEDIANTE UNA TELECONFERENCIA, UNA ORIENTACIÓN JURÍDICA EN ASPECTOS RELATIVOS A DERECHO CIVIL Y DE FAMILIA, DERECHO PENAL, DERECHO ADMINISTRATIVO Y TRIBUTARIO, DERECHO MERCANTIL, COMERCIAL DERECHO POLICIVO Y LABORAL, CUANDO EL AFILIADO REQUIERA ADELANTAR UNA CONSULTA EN TALES ASPECTOS. ESTE SERVICIO SERÁ NETAMENTE INFORMATIVO MÁS LA DECISIÓN FINAL SOBRE EL PROCEDER SERÁ TOTAL RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO. EL SERVICIO SE PODRÁ PRESTAR A LOS BENEFICIARIOS DEL TITULAR DE LA PÓLIZA, SIENDO ESTOS SU CÓNYUGE, HIJOS O PADRES. SE PODRÁ ASISTIR LAS 24 HORAS DEL DÍA Y 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL SERVICIO SE PRESTARÁ A NIVEL NACIONAL SIEMPRE QUE EL ASEGURADO CUENTE CON RECEPCIÓN DE LLAMADAS TELEFÓNICAS.

➤ **EMISIÓN DE CONCEPTOS JURÍDICOS:** PREVIO ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL BENEFICIARIO (CÓNYUGE, HIJOS O PADRES DEL TITULAR) Y LA EVALUACIÓN DE LAS INQUIETUDES PLANTEADAS POR LOS MISMOS, UN ABOGADO PROFESIONAL EMITIRÁ UN CONCEPTO JURÍDICO BÁSICO EN ASPECTOS RELATIVOS A DERECHO CIVIL, FAMILIAR, PENAL, ADMINISTRATIVO, TRIBUTARIO,

MERCANTIL, COMERCIAL, POLICIVO Y LABORAL. ESTE CONCEPTO SERÁ BÁSICO E IRÁ HASTA POR EL TOPE DE COBERTURA* ASIGNADO. CUANDO POR LA NATURALEZA DEL CONCEPTO QUE SE DEBA EMITIR, SE SUPERE EL VALOR DISPONIBLE EN COBERTURA*, EL ASEGURADO

DEBERÁ ASUMIR EL EXCEDENTE. EL COSTO DEL SERVICIO DEPENDERÁ DE VARIABLES COMO COMPLEJIDAD, EXTENSIÓN (HOJAS), TEMÁTICA, DESGASTE Y UBICACIÓN. EL SERVICIO SE PRESTARÁ POR MEDIO DE CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO.

➤ **ASISTENCIA JURÍDICA PRELIMINAR:** EN CASO DE MUERTE NATURAL O ACCIDENTAL DE TITULAR, LA ASEGURADORA PONDRÁ A DISPOSICIÓN DE SUS BENEFICIARIOS (CÓNYUGE, HIJOS O PADRES DEL TITULAR), UN ABOGADO PARA QUE ASESORE DE MANERA PRESENCIAL EN LOS TRÁMITES JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS PREVIOS QUE SE REQUIERAN PARA ADELANTAR LA INHUMACIÓN O LA CREMACIÓN DEL TITULAR FALLECIDO. ESTE ACOMPAÑAMIENTO SERÁ BÁSICO E IRÁ HASTA POR EL TOPE DE COBERTURA* ASIGNADO. CUANDO POR LA NATURALEZA DEL PROCESO, SE SUPERE EL VALOR DISPONIBLE EN COBERTURA*, EL ASEGURADO DEBERÁ ASUMIR EL EXCEDENTE. EL COSTO DEL SERVICIO DEPENDERÁ DE VARIABLES COMO COMPLEJIDAD, EXTENSIÓN (HOJAS), TEMÁTICA, DESGASTE Y UBICACIÓN. EL SERVICIO SE PRESTARÁ A NIVEL NACIONAL EN LAS CIUDADES CAPITALES DE COLOMBIA.

➤ **DOCUMENTOS:** EN EL EVENTO* DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, LA ASEGURADORA PROPORCIONARÁ A SOLICITUD DE LOS BENEFICIARIOS (CÓNYUGE, HIJOS O PADRES DEL TITULAR) HASTA POR EL TOPE DE COBERTURA* LA ORIENTACIÓN Y HERRAMIENTAS PARA ADELANTAR LAS DILIGENCIAS NOTARIALES Y DE REGISTRO. ESTA COBERTURA* INCLUYE LOS SERVICIOS DE TRAMITADOR TELEFÓNICO, FOTOCOPIAS Y AUTENTICACIÓN HASTA POR EL TOPE DE COBERTURA*. CUANDO POR LA NATURALEZA DEL PROCESO, SE SUPERE EL VALOR DISPONIBLE EN COBERTURA*, EL ASEGURADO DEBERÁ ASUMIR EL EXCEDENTE. EL SERVICIO SE PRESTARÁ POR MEDIO DE CORREO ELECTRÓNICO Y TELÉFONO.

➤ **ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA:** A SOLICITUD DEL ASEGURADO TITULAR, SE PONDRÁ EN CONTACTO CON UN NUTRICIONISTA DE MANERA TELEFÓNICA PARA ORIENTARLO EN TEMAS RELACIONADOS CON ALTERNATIVAS ALIMENTARIAS ACONSEJABLES POR CONDICIONES BIEN SEA DE SALUD O MÉDICAS. EN EL SERVICIO, EL PROFESIONAL BRINDARÁ RECOMENDACIONES BASADO EN SUS ESTUDIOS Y EXPERIENCIA, MÁS LA ASEGURADORA NO SE HARÁ RESPONSABLE POR PERJUICIOS O RESULTADOS QUE ESTO TRAIGA, ENTENDIENDO QUE SE TRATA DE UN SERVICIO DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS Y QUE ADICIONALMENTE TODOS LOS ORGANISMOS RESPONDEN DE FORMA DIFERENTE. EL SERVICIO SE PRESTARÁ A NIVEL NACIONAL SIEMPRE QUE EL ASEGURADO CUENTE CON RECEPCIÓN DE LLAMADAS TELEFÓNICAS.

➤ **MANEJO DE AGENDA (CITAS MÉDICAS Y MEDICAMENTOS):** POR SOLICITUD DEL ASEGURADO TITULAR, LA ASEGURADORA

ORGANIZARÁ LOS RECORDATORIOS QUE ESTE SOLICITE, SIEMPRE QUE ESTÉN RELACIONADOS CON CITAS MÉDICAS O INGESTA DE MEDICAMENTOS. ADICIONALMENTE REALIZARÁ LA COORDINACIÓN DE CITAS MÉDICAS ÚNICAMENTE CUANDO EL CENTRO MÉDICO O ENTIDAD PRESTADORA PERMITA QUE UN TERCERO LO HAGA.

EI SERVICIO SE PRESTARÁ A NIVEL NACIONAL SIEMPRE QUE EL ASEGURADO CUENTE CON RECEPCIÓN DE LLAMADAS TELEFÓNICAS.

➤ **ORIENTACIÓN TELEFÓNICA TECNOLÓGICA:** EN CASO DE PRESENTARSE UNA FALLA EN EL COMPUTADOR O TENER ALGUNA INQUIETUD RELACIONADA CON EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO, YA SEA CONFIGURACIÓN DE PERIFÉRICOS Y SU INSTALACIÓN, PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN DE ANTI SPYWARE (AD WARE), PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN DE ANTI VIRUS Y FILTRADO DE CONTENIDOS, PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE SOFTWARE O NECESIDAD DE DIAGNÓSTICO Y ASESORAMIENTO EN PROBLEMAS DEL PC O LAPTOP, EL ASEGURADO TENDRÁ ACCESO AL TÉCNICO POR TELECONFERENCIA, QUIEN RECIBIRÁ LA LLAMADA Y REALIZARÁ PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO PARA INTENTAR SOLUCIONAR O ESTABLECER VÍA TELEFÓNICA EL PROBLEMA QUE AQUEJA. ESTE SERVICIO SERÁ BÁSICO, NO INCLUYE EL COSTO DEL SOFTWARE Y NO FUNCIONARÁ POR CONEXIÓN REMOTA. EL PROFESIONAL DARÁ PAUTAS BÁSICAS Y NO UN PASO A PASO DETALLADO. NO EN TODOS LOS CASOS SE PODRÁ SOLUCIONAR EL INCONVENIENTE POR ESTE MEDIO, PERO SERÁ EN LA LLAMADA EN DONDE SE DETERMINE LA NECESIDAD DE UNA REVISIÓN PRESENCIAL, LA CUAL NO ESTÁ INCLUIDA EN ESTE PLAN. EL SERVICIO SE PRESTARÁ A NIVEL NACIONAL SIEMPRE QUE EL ASEGURADO CUENTE CON RECEPCIÓN DE LLAMADAS TELEFÓNICAS.

➤ **REFERENCIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS:** POR SOLICITUD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS (CÓNYUGE, HIJOS O PADRES DEL TITULAR), LA ASEGURADORA DARÁ REFERENCIAS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS A NIVEL NACIONAL EN CIUDADES CAPITALES. SE TRATA DE UN SERVICIO NETAMENTE INFORMATIVO, POR LO QUE LA ASEGURADORA NO SE HARÁ RESPONSABLE POR LOS ACUERDOS REALIZADOS ENTRE LAS PARTES. LA ASEGURADORA NO ASUMIRÁ COSTO ALGUNO. SE PODRÁ ASISTIR LAS 24 HORAS DEL DÍA Y 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL SERVICIO SE PRESTARÁ A NIVEL NACIONAL SIEMPRE QUE EL ASEGURADO CUENTE CON RECEPCIÓN DE LLAMADAS TELEFÓNICAS.

➤ **REFERENCIA SOBRE PLANES DE VIAJES:** POR SOLICITUD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS (CÓNYUGE, HIJOS O PADRES DEL TITULAR), LA ASEGURADORA DARÁ REFERENCIAS SOBRE ALTERNATIVAS DE VIAJES, PLANES, SEGUROS, TURISMO, ETC. EN ESTE SERVICIO SE BRINDARÁN LOS CONTACTOS DE AGENCIAS VINCULADAS A LA RED, MÁS LA ASEGURADORA NO SE HARÁ RESPONSABLE DE NINGÚN TIPO DE COMPROMISO ECONÓMICO O ACUERDO GENERADO ENTRE LAS PARTES. SE TRATA DE UN SERVICIO NETAMENTE INFORMATIVO. SE PODRÁ ASISTIR LAS 24 HORAS DEL DÍA Y 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL SERVICIO SE PRESTARÁ A NIVEL NACIONAL SIEMPRE QUE EL ASEGURADO CUENTE CON RECEPCIÓN DE LLAMADAS TELEFÓNICAS.

➤ **REFERENCIAS DE CURSOS/TALLERES:** POR SOLICITUD DEL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS (CÓNYUGE, HIJOS O PADRES DEL TITULAR), LA ASEGURADORA DARÁ REFERENCIAS SOBRE CURSOS O TALLERES DISPONIBLES EN ÁREAS COMO EL ARTE, MÚSICA, TEATRO, MANUALIDADES O DEPORTES. EN ESTE SERVICIO SE BRINDARÁN LOS CONTACTOS DE ENTIDADES PRESTADORAS, MÁS LA ASEGURADORA NO SE HARÁ RESPONSABLE DE NINGÚN TIPO DE COMPROMISO ECONÓMICO O ACUERDO GENERADO ENTRE LAS PARTES. SE TRATA DE UN SERVICIO NETAMENTE INFORMATIVO. SE PODRÁ ASISTIR LAS 24 HORAS DEL DÍA Y 7 DÍAS DE LA SEMANA. EL SERVICIO SE PRESTARÁ A NIVEL NACIONAL SIEMPRE QUE EL ASEGURADO CUENTE CON RECEPCIÓN DE LLAMADAS TELEFÓNICAS.

(*) **COBERTURA:** SERÁ EL MONTO DISPONIBLE PARA CUBRIR CADA UNO DE LOS EVENTOS. CUANDO EL VALOR DEL SERVICIO SUPERE LA COBERTURA, EL ASEGURADO DEBERÁ ASUMIR LA DIFERENCIA. ESTA INFORMACIÓN SE BRINDARÁ EN LA LÍNEA DE ASISTENCIA CON ANTICIPACIÓN A LA PRESTACIÓN. EL VALOR DEL SERVICIO SERÁ TARIFADO CON BASE A SU COMPLEJIDAD, EXTENSIÓN (HOJAS), TEMÁTICA, DESGASTE Y UBICACIÓN.

(*) **EVENTOS:** HACE REFERENCIA AL TOTAL DE VECES QUE UN ASEGURADO PUEDE SOLICITAR EL SERVICIO DURANTE LA VIGENCIA, LA CUAL PARA ESTE PRODUCTO SERÁ ANUAL. SE CONSIDERAN EVENTOS INDEPENDIENTES AQUELLAS SITUACIONES ORIGINADAS POR CAUSAS DIFERENTES.

• **PARAGRAFO** DE CUALQUIER MANERA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA OFRECIDOS SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

13. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD: TODOS LOS SOLICITANTES EN EL MOMENTO DE REQUERIR UN CRÉDITO NUEVO, UNA REESTRUCTURACIÓN Y/O REFINANCIACIÓN, DEBEN CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL Y LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD INDICADOS A CONTINUACIÓN, DE ACUERDO A LA EDAD Y VALOR ASEGURADO.

EDADES	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	REQUISITOS
HASTA 75 AÑOS + 364 DÍAS	HASTA \$ 500.000.000	A
	DE \$500.000.001 A \$1.000.000.000	B

REQUISITOS

A
SOLICITUD INDIVIDUAL
B
SOLICITUD INDIVIDUAL
EXAMEN MÉDICO GENERAL (FORMA SV-03)
ANÁLISIS DE ORINA COMPLETO
ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO

PARA AQUELLOS CLIENTES QUE DECLAREN PREEXISTENCIAS O ANTECEDENTES MÉDICOS, DE ACUERDO CON LO INDICADO EN LA SOLICITUD DE ASEGURABILIDAD, LA ASEGURADORA PODRÁ EXIGIR EVALUACIÓN, EXÁMENES MÉDICOS O REQUISITOS ADICIONALES, PARA LO CUAL ÉSTA TENDRÁ UN PLAZO DE DOS (2) DÍAS COMUNES

PARA RESPONDER AL TOMADOR O INTERMEDIARIO DE SEGUROS SOBRE SU ACEPTACIÓN O RECHAZO CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL EXAMEN O DE LA EVALUACIÓN QUE REALICE LA ASEGURADORA. UNA VEZ ACEPTADO EL AMPARO POR LA ASEGURADORA, SE DEBE GARANTIZAR LA PERMANENCIA DEL DEUDOR EN LA PÓLIZA INDISTINTAMENTE DE SU EDAD.

SE GARANTIZA REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS A DOMICILIO EN LAS CIUDADES CAPITALES CUANDO LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD LO REQUIERAN.

14. LÍMITE ASEGURADO COMBINADO POR DEUDOR:

- CRÉDITOS DE LIBRANZA PARA ASEGURADOS MENORES A 75 AÑOS MÁS 365 DÍAS: TRESCIENTOS MILLONES DE PESOS \$300.000.000
- CRÉDITOS DE LIBRANZA ENTRE 76 AÑOS Y 80 MÁS 365 DÍAS: TREINTA MILLONES DE PESOS \$30.000.000
- EN LA COMBINACIÓN DE VARIOS CRÉDITOS EN LAS DIFERENTES LÍNEAS: DOS MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS \$2.500.000.000

15. CLÁUSULA DE EXTRAPRIMA AUTOMÁTICA

LA COMPAÑÍA ACEPTA LA APLICACIÓN DE UNA EXTRA PRIMA AUTOMÁTICA DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE ESTABLECIDO EN EL SIGUIENTE CUADRO DE ENFERMEDADES Y QUE DECLAREN UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

ASEGURADOS ENTRE LOS 18 Y 75 AÑOS 364 DÍAS, CUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$300,000,000.

PATOLOGÍA	% DE EXTRAPRIMA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	25%
DIABETES	25%
COLESTEROL	25%
TRIGLICÉRIDOS	0%
GASTROINTESTINAL	25%
HIPOTIROIDISMO	0%
HIPERLIPIDEMIA	25%
TÚNEL METACARPIANO	15% - SIN AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
MANGUITO ROTADOR	15% - SIN AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI EL ASEGURADO DECLARA UNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN EL PUNTO ANTERIOR O CUANDO COEXISTAN DOS O MÁS ENFERMEDADES, ADEMÁS DE OTROS FACTORES DE RIESGO INCLUIDO EL SOBREPESO, EL INGRESO DEBERÁ SER EVALUADO POR EL MÉDICO SUSCRIPTOR, QUIEN PODRÁ AUTORIZAR EL INGRESO EN CONDICIONES ESPECIALES, APLICAR EXTRA PRIMA, SOLICITAR PRUEBAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS, SOLICITAR RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA, INFORME MÉDICO TRATANTE, CONDICIONAR COBERTURAS O NO ACEPTAR EL INGRESO.

16. DOCUMENTOS SUGERIDOS PARA PAGO DE SINIESTROS

16.1 AMPARO BÁSICO, AUXILIO FUNERARIO MUERTE ACCIDENTAL Y RENTAS DE CANASTA FAMILIAR POR MUERTE

- A)** FOTOCOPIA DE LA CEDULA
- B)** REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- C)** CERTIFICADO MÉDICO PRUEBA DE DEFUNCIÓN Y/O HISTORIA CLÍNICA, SI LA MUERTE FUE NATURAL.
- D)** ACTA DE LEVANTAMIENTO DE CADÁVER O INFORME DE LA FISCALÍA EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL.
- E)** FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.
- F)** SALDOS DE CRÉDITO, AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO, CERTIFICADOS POR EL REVISOR FISCAL, AUDITOR INTERNO, CONTADOR O CUALQUIER OTRA PERSONA AUTORIZADA POR EL TOMADOR.
- G)** PAGARÉ O COPIA DEL MISMO DE LOS CRÉDITOS OTORGADOS.
- H)** DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
- I)** LOS DEMÁS QUE LA COMPAÑÍA ESTIME PERTINENTES PARA LA ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA Y CUANTÍA.

16.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y RENTAS DE CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

- A)** FOTOCOPIA DE LA CÉDULA
- B)** CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EMITIDA POR LA ENTIDAD COMPETENTE (JUNTA DE CALIFICACIÓN, EPS, ARL O AFP), DE ACUERDO CON LOS PARÁMETROS DE LA LEY 100 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS. PARA LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DEL RÉGIMEN ESPECIAL, LA ASEGURADORA DEBERÁ GARANTIZAR QUE LA INDEMNIZACIÓN POR ITP SE HARÁ CON BASE EN LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EXPEDIDA POR EL ENTE CALIFICADOR DE SU ENTIDAD, SIN NECESIDAD DE PRESENTAR CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDA POR LA JUNTA MÉDICA REGIONAL, EPS, ARL O AFP.
- C)** SALDOS DE CRÉDITO, AL MOMENTO DEL SINIESTRO, CERTIFICADOS POR EL REVISOR FISCAL, AUDITOR INTERNO, CONTADOR O CUALQUIER OTRA PERSONA AUTORIZADA POR EL TOMADOR.
- D)** FORMULARIO DE RECLAMACIÓN.
- E)** PAGARÉ O COPIA DEL MISMO DE LOS CRÉDITOS OTORGADOS.
- F)** DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
- G)** LOS DEMÁS QUE LA COMPAÑÍA ESTIME PERTINENTES PARA LA ACREDITACIÓN DE LA OCURRENCIA Y CUANTÍA.

17. PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS

DIEZ (10) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE DEMUESTRE LA OCURRENCIA, CUANTÍA Y COBERTURA DEL SINIESTRO.

PAGARE



00010000185252

PAGARÉ No. 115032621A



Yo(Nosotros), mayor(es) de edad, con domicilio en la ciudad de _____, identificado(s) como aparece(mos) al pie de mi(nuestras) firma(s), actuando en mi (nuestro) propio nombre, o en la condición indicada al pie de mi(nuestras) firma(s), declaro(amos): **PRIMERO:** Que me(nos) obligo(amos) a pagar solidaria, indivisible, irrevocable e incondicionalmente a la orden del **BANCO FINANDINA S.A.**, en adelante EL ACREEDOR, o a quien represente sus derechos, el día _____ (____) del mes de _____ del año _____, en sus oficinas del país o en los puntos de pago autorizados expresamente para el efecto, las siguientes sumas de dinero:

POR CAPITAL: _____

(\$ _____) M.C.

POR INTERESES CAUSADOS Y NO PAGADOS: _____

(\$ _____) M.C.

POR OTROS CONCEPTOS: _____

(\$ _____) M.C.

SEGUNDO: Que pagare(mos) intereses moratorios a la tasa máxima legalmente autorizada sobre la suma de capital insoluto. **TERCERO:** Que acepto(amos) expresamente cualquier endoso o cesión que de este pagaré haga EL ACREEDOR y reconozco(emos) desde ya al endosatario o cesionario dentro de cualquier proceso judicial. **CUARTO:** Como deudor(es) renuncio(amos) expresamente a cualquier requerimiento para ser constituido(s) en mora en los casos de ley. **QUINTO:** EL ACREEDOR se podrá acoger a los términos del artículo 886 del Código de Comercio para el cobro de intereses. El presente pagaré no está sujeto a la presentación para su pago, ni al aviso de rechazo, ni al protesto para todos los efectos legales y se suscribe para ser llenado por EL ACREEDOR o su representante según las instrucciones impartidas por mi(nosotros), las cuales están contenidas en la carta de autorizaciones e instrucciones adjunta al presente documento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, en un (1) original, con destino al **BANCO FINANDINA S.A.**, el día 20 del mes de enero del año 2018.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Luis Hernando Millan Varela

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) 16.786.770

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO

DIRECCIÓN Y TELÉFONO

HUELLA Y FIRMA



Cr 37 # 47-261 int 301
3107745537

[Handwritten signature]

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

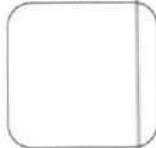
IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE)

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO

DIRECCIÓN Y TELÉFONO

HUELLA Y FIRMA



Avalo(amos) la presente obligación, conviniendo y aceptando anticipada e irrevocablemente todas sus prórrogas, novaciones, reestructuraciones, renovaciones y refinanciaciones.

AVALISTA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE)

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO

DIRECCIÓN Y TELÉFONO

HUELLA Y FIRMA



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE)

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO

DIRECCIÓN Y TELÉFONO

HUELLA Y FIRMA



VIGILADO

CARTA DE INSTRUCCIONES

CARTA DE INSTRUCCIONES



00020000185252



Señores
BANCO FINANDINA S.A.
Bogotá D.C.

Asunto: AUTORIZACIÓN E INSTRUCCIONES PERMANENTES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL PAGARÉ No. _____.

Yo(Nosotros), mayor(es) de edad, con domicilio en la ciudad de _____, identificado(s) como aparece(mos) al pie mi(nuestras) firma(s), actuando en mi(nuestro) propio nombre, o en la condición indicada al pie de mi(nuestras) firma(s), declaro(amos): Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 622 del Código de Comercio, por medio del presente documento autorizo(amos) irrevocablemente y de manera permanente al **BANCO FINANDINA S.A.**, en adelante el ACREEDOR o a quien represente sus derechos, para llenar sin previo aviso los espacios en blanco y demás aspectos generales y particulares del pagaré indicado en la referencia, el cual he(mos) otorgado a su orden con espacios en blanco y del que hago(hacemos) entrega con efectos negociables, teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

- 1- El pagaré podrá ser llenado cuando exista incumplimiento o mora en el pago de cualquier obligación a mí (nuestro) cargo, individual o conjuntamente, en los casos estipulados en la ley, en el pagaré mismo y demás documentos suscritos por mí (nosotros). Podrá también ser endosado, previo a su diligenciamiento, en razón de ser negociado cualquier derecho de crédito a mí (nuestro) cargo, individual, conjunta y solidariamente.
- 2- La fecha de vencimiento del título valor será aquella que corresponda al día en que sea llenado el pagaré. El ACREEDOR determinará la fecha de vencimiento del Pagaré y esta corresponderá a un día cierto, de tal manera que a partir de la misma serán exigibles de inmediato todas las obligaciones contenidas en el Pagaré materia de estas instrucciones.
- 3- El espacio relacionado con el valor de capital se llenará con el monto de todas las sumas que por concepto de saldo insoluto de capital deba (mos) al ACREEDOR, en forma separada, conjunta y solidaria, el día en que sean diligenciados los espacios en blanco, conforme a la liquidación que el ACREEDOR efectúe, derivadas de todas las obligaciones exigibles a mí(nuestro) cargo y a favor del ACREEDOR, en especial la correspondiente al mutuo que hemos recibido de parte del ACREEDOR.
- 4- El espacio relacionado con los intereses causados y no pagados será el que corresponda por este concepto, tanto de intereses de plazo como de mora, derivados de las obligaciones a mí(nuestro) cargo, conforme a la liquidación que el ACREEDOR efectúe.
- 5- El espacio relacionado con el valor de otros conceptos se llenará con el monto de todas las sumas que por cualquier otro concepto yo(nosotros) deba(amos) al ACREEDOR sin atención a su naturaleza o fuente, en especial las relacionadas con los siguientes rubros: (i) Los valores que por mi(nuestra) cuenta haya cancelado el ACREEDOR, por concepto de prima(s) de los seguros que se hayan contratado por mi(nuestra) cuenta. (ii) El monto de cualquier gasto pagado por el ACREEDOR por mi(nuestra) cuenta, especialmente impuestos, timbre, honorarios de abogados, comisiones, gastos administrativos y de cobranzas, así como cualquier otra suma que se deba por concepto distinto de intereses, salvo aquellos intereses que sea permitido capitalizar.
- 6- En el evento de que en desarrollo de esta facultad se cometieren errores involuntarios en el diligenciamiento del pagaré, el ACREEDOR queda expresamente facultado para aclararlos, enmendarlos y corregirlos de manera tal que el mismo responda a sus exigencias legales.
- 7- En caso de incumplimiento, retardo o existencia de cualquier causal de aceleración contemplada en los pagarés, contratos y reglamentos, frente a cualquiera de las obligaciones a mí(nuestro) cargo, el ACREEDOR queda autorizado para acelerar el vencimiento y exigir anticipadamente el valor de las demás obligaciones de las que sea (amos) deudor(es), garante(s) o avalista(s), individual, conjunta o solidariamente, sin necesidad de requerimiento judicial o extrajudicial para constituir en mora, así como para incorporarlas al Pagaré.
- 8- Así mismo, autorizo(amos) diligenciar los espacios en blanco correspondientes al número del pagaré, el cual corresponderá a aquel que le asigne el Banco y que identifique cualquiera de las obligaciones a mí(nuestro) cargo; así como al de mi(nuestro) domicilio, mi(nuestro) nombre y dirección. Declaro(amos) expresamente haber recibido copia del presente documento para todos los efectos legales.

El pagaré llenado conforme a estas instrucciones, será exigible inmediatamente y prestará mérito ejecutivo sin más requisitos y requerimientos.

Declaro(amos) que conozco(cemos) y acepto(amos) los Reglamentos y/o Contratos de los productos, así como que he(mos) recibido copia de esta carta de instrucciones.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, a los 20 días del mes de Marzo del año 2018

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Luis Hernando Millan Varela

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) 16.786.770

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO Cr 37 # 47-261 int 301

HUELLA Y FIRMA 3107745737



AVALISTA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____



NOMBRE O RAZÓN SOCIAL _____

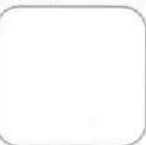
IDENTIFICACIÓN (CC, NIT, CE) _____

NOMBRE RTE LEGAL
O APODERADO _____

IDENTIFICACIÓN RTE LEGAL
O APODERADO _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

HUELLA Y FIRMA _____



FORMULARIO ÚNICO DE VINCULACIÓN PERSONA NATURAL



1150326214

Banco
Finandina



Fecha

20 03 2018

Ciudad

Bogota

-Edwin-

357756



INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de cliente

☒ Titular principal

☐ Codeudor / Avalista

Tipo de novedad

☒ Vinculación

☐ Actualización de datos

FORMULARIO DE VINCULACION



00030000185252



PRODUCTO A SOLICITAR

INVERSIÓN

☐ Cuenta de Ahorros

☐ Ahorro puro

☐ Transaccional

☐ Ahorro a corto

☐ Programado línea inversión

☐ Clásica

☐ Cuenta Corriente

☐ Sin sobregiro

☐ Con sobregiro

☐ CDT

CRÉDITO

☐ Aumento de cupo tarjeta de crédito

☐ Crédito de Vehículo

☐ Leasing de Vehículo

☐ Tarjeta de crédito

☐ Visa Gold

☐ Plan Kinno

☐ Marca Compartida ¿Cuál?

Cupo Solicitado

Nombre del Amparado

Cupo Asignado

Fecha de Pago

☐ Mitad del mes

☐ Fin de mes

☒ Libranzas

Convertido

Cremil

☐ Libre Inversión

☐ Otras líneas de crédito

Monto Solicitado

67.000.000

Plazo en meses

106

Tasa

☒ Fija

☐ Variable

(*) Aplica de acuerdo a las condiciones del producto



INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer Nombre

Luis

Segundo Nombre

Hernando

Primer Apellido

millan

Segundo Apellido

varela

Tipo de Documento

☒ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ R.C. ☐ CARNET DIPLOMÁTICO

No.

16.786.770

Fecha de Nacimiento

26 01 1971

Lugar de Nacimiento

Candelaria Valle

Nacionalidad

Colombia ☒

☐ E.E.U.U.

☐ Otro

¿Cuál?

Estado civil

☐ Soltero

☒ Casado

☐ Separado

☐ Viudo

☐ Unión libre

No. Personas a Cargo

☒ 0

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

Otro, ¿Cuántas?

Último Nivel de Estudios Terminados

☐ Primaria

☒ Secundaria

☐ Universitario

☐ Postgrado

☐ Técnico

☐ Ninguno

Profesión / Ocupación u Oficio

Pensionado

Zona de Residencia

☐ Rural

☒ Urbana

*Dirección Residencia

Cr 37 # 47 - 261. inte 301

Barrio

Tablazo

Ciudad de Residencia

Copacabana

Departamento de Residencia

Antioquia

Teléfono Residencia

3107745537

Número Celular

3107745537

Correo Electrónico Personal

lhm2601@hotmail.com

Tipo de Vivienda en la que Vive Actualmente

☐ Propia con Hipoteca

☐ Familiar

☒ Propia sin Hipoteca

☐ Arrendada

Nombre del Arrendador

Teléfono del Arrendador

Ciudad del Arrendador

Dpto. del Arrendador

Valor Mensual Arriendo



ENVÍO CORRESPONDENCIA

☒ Electrónico

☒ Personal

☐ Oficina

☐ Físico

☐ Residencia

☐ Oficina

Solicite el envío de su extracto por correo electrónico, ayúdenos a conservar nuestros árboles.

ACTIVIDAD ECONÓMICA

☐ EMPLEADO ☐ INDEPENDIENTE ☒ PENSIONADO/JUBILADO ☐ RENTISTA DE CAPITAL ☐ HOGAR ☐ ESTUDIANTE

Empresa o Entidad / Negocio **Cremil** Dirección Empresa o Entidad / Negocio **Cr 13 # 27-00**
 Ciudad Empresa o Entidad / Negocio **Bogotá** Departamento Empresa o Entidad / Negocio **Cundinamarca**
 Teléfono Empresa / Negocio **353 7300** Extensión **—** Fax Empresa / Negocio **—** E-mail Oficina **—**

Actividad Económica Empresa / Negocio

☐ Comercial ☐ Industrial ☐ Transporte ☐ Construcción ☐ Agroindustrial ☐ Servicios ☐ Otro ¿Cuál?
☐ Financiero ☒ Público Código CIU **010**

Si es empleado, diligencie la siguiente información:

Cargo actual **—** Tiempo en cargo **—** Fecha de ingreso **DD MM AAAA**
 Tipo de contrato ☐ Fijo ☐ Indefinido ☐ Prestación de servicios ☐ Obra o labor ☐ Carrera Administrativa ☐ Propiedad ☐ Provisionalidad
☐ Libre nombramiento y Remoción ☐ Descongestión ☐ Otro ¿Cuál?

Empresa anterior **—** Cargo anterior **—** Fecha de ingreso **DD MM AAAA** Fecha de retiro **DD MM AAAA**

Si es pensionado o jubilado, diligencie la siguiente información:

Empresa pagadora (Fondo de pensiones) **—**

Si es independiente diligencie únicamente la siguiente información:

Fecha de constitución en Cámara de Comercio **DD MM AAAA** Código CIU **—**
 Tiempo en actividad **—** No. de empleados **—**

INFORMACIÓN FINANCIERA

DESCRIPCIÓN INGRESOS MENSUALES

Ingreso Básico \$ **2.892.396**
 Ingreso Variable \$ **0**
 Otros Ingresos **0**
 Detalle Otros Ingresos **—**
 TOTAL INGRESOS MENSUALES \$ **2.892.396**

DESCRIPCIÓN EGRESOS MENSUALES

Gastos Financieros \$ **0**
 Gastos Personales \$ **50.000**
 TOTAL EGRESOS MENSUALES \$ **50.000**
 TOTAL ACTIVOS \$ **250.000.000**
 TOTAL PASIVOS \$ **1.000.000**
 Declara Renta ☐ Sí ☒ No

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

Bajo la gravedad de juramento, y de conformidad con lo establecido en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), la Ley 190 de 1995, la Circular Externa 007 de 1996 de la Superintendencia Financiera de Colombia y las demás normas legales e instructivos expedidos por la Superintendencia Financiera de Colombia concordantes con el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, declaro que todos los datos aquí consignados son ciertos y que los bienes y los fondos utilizados en mis actividades tanto comerciales como financieras provienen de actividades lícitas, que los recursos que llegue a entregar y/o que obtenga del Banco tienen y/o tendrán un destino lícito, y que no permitiré que terceros depositen dinero a mi nombre y/o efectúen pagos de las obligaciones adquiridas con el Banco Financiera S.A. con fondos provenientes de actividades ilícitas.

A. ¿Bajo su cargo está la administración o disposición de recursos públicos? ☐ Sí ☒ No
 B. ¿Las decisiones de su cargo influyen en la política o impactan en la sociedad? ☐ Sí ☒ No
 C. ¿La sociedad o los medios de comunicaciones lo identifican como un personaje público? ☐ Sí ☒ No

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA

Efectúa Operaciones Internacionales ☐ Sí ☒ No Señale el tipo de operación ☐ Importaciones ☐ Inversiones ☐ Recepción de Giros
☐ Envío de Giros ☐ Pago de Servicios ☐ Exportaciones ☐ Préstamos
 ¿Tiene usted patrimonio en el extranjero? ☐ Sí ☒ No
 En caso que su respuesta sea "Sí" ¿Es su patrimonio en Estados Unidos? ☐ Sí ☒ No ☐ Otro ¿Cuál?
 ¿Tiene productos financieros en el exterior? ☐ Sí ☒ No País **—** Ciudad **—** Entidad **—**
 Tipo de Producto ☐ Cuenta ☐ Inversiones ☐ Créditos No. de Producto **—**
☐ Otros ¿Cuál? **—** Ciudad **—** Entidad **—**

RELACIÓN PATRIMONIAL

RELACIÓN DE TERRENOS Y BIENES RAÍCES

Tipo de Inmueble ☒ Casa ☐ Apartamento ☐ Bodega ☐ Oficina ☐ Local ☐ Consultorio ☐ Lote ☐ Otro ¿Cuál?
 Dirección **Cr 37 # 47-261 int 301** Ciudad **Copacabana** Valor Comercial \$ **\$ 200.000.000=**
 Tipo de Inmueble ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Bodega ☐ Oficina ☐ Local ☐ Consultorio ☐ Lote ☐ Otro ¿Cuál?
 Dirección **—** Ciudad **—** Valor Comercial \$ **—**

RELACIÓN DE MAQUINARIAS, EQUIPOS Y VEHÍCULOS

Clase*	Modelo	Marca	Placa	Valor Comercial \$
Clase*	Modelo	Marca	Placa	Valor Comercial \$

REFERENCIAS

Referencia Familiar

1. Nombres y Apellido **Yurian Andrea Correa**

Relación **Conada** Teléfono Fijo o Celular **316 831 2507** Extensión

Dirección **Cr 37 # 42-29** Ciudad **Medellin** Departamento **Antioquia**

2. Nombres y Apellido

Relación Teléfono Fijo o Celular Extensión

Dirección Ciudad Departamento

Referencia Personal

1. Nombres y Apellido **Patro Bueno Carnizota**

Relación **Amigo** Teléfono Fijo o Celular **310 559 1427** Extensión

Dirección **Tr 53 # 31-72** Ciudad **Medellin** Departamento **Antioquia**

Referencia Comercial

1. Nombres y Apellido

Relación Teléfono Fijo o Celular Extensión

Dirección Ciudad Departamento



DILIGENCIE ÚNICAMENTE SI SOLICITA CRÉDITO Ó LEASING DE VEHÍCULO

Información del vehículo		Marca	Línea	Modelo
Uso	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Servicio especial <input type="checkbox"/> Intermunicipal pasajeros <input type="checkbox"/> Urbano pasajeros <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Taxi			
<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	Servicio / Tipo de placa <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Público			
Tipo de vehículo	<input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Pick up <input type="checkbox"/> Camioneta <input type="checkbox"/> Campero <input type="checkbox"/> Pasajeros <input type="checkbox"/> Camión <input type="checkbox"/> Tractocamión <input type="checkbox"/> Grúa <input type="checkbox"/> Furgón			
<input type="checkbox"/> Volqueta <input type="checkbox"/> Carro Tanque <input type="checkbox"/> Remolque <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál?	Valor carrocería \$			
Valor chasis \$	Estado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Usado	Opción de compra %		
Monto a financiar \$	Cuota inicial \$	Valor vehículo \$		
Tipo de producto	<input type="checkbox"/> Plan Tradicional <input type="checkbox"/> Plan Cosecha <input type="checkbox"/> Primera cuota 60 <input type="checkbox"/> Plan 50/25/25 <input type="checkbox"/> Mejorauto <input type="checkbox"/> Plan milenio <input type="checkbox"/> Creditflex			
Otro plan de financiación ¿Cuál?	Protección Mecánica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Seguro de vehículo	<input type="checkbox"/> Banco Finandina <input type="checkbox"/> Endoso	Días primera cuota	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 360 <input type="checkbox"/> Otro	
Concesionario	Nombre Concesionario	Nombre Vendedor		
	Cédula vendedor	Nombre del F&I	Cédula F&I	



ESPACIO PARA ORDEN DE GIRO

Autorizo(amos) al Banco Finandina para que el dinero producto del préstamo que solicito, si es aprobado, sea desembolsado de la forma que indico a continuación:

<input type="checkbox"/> Abono Cuenta ACH	Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Nro.	Banco	Valor a Girar \$	67.000.000
<input type="checkbox"/> Desembolso cuentas del Banco	Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente	Nro.		Valor a Girar \$	
<input checked="" type="checkbox"/> Desembolso en Cheque	¿Giro de cheque a terceros? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No Marcar los siguientes campos en caso de haber seleccionado la opción sí:				
Tipo de identificación	Número de identificación	Nombre del Tercero a desembolsar			
<input type="checkbox"/> Acuerdo Comercial	Nombre del convenio:		Valor a Girar \$		
<input type="checkbox"/> Recoger crédito actual	Número de la obligación:		Valor a Girar \$		
<input type="checkbox"/> Compra de Cartera - Relación de Carteras a Comprar			Valor a Girar \$		

Si selecciono Compra de Cartera, por favor relacione la información de las Obligaciones a Recoger:

Autorizo(amos) al Banco Finandina para que producto del crédito que me(amos) otorgue, sea desembolsado, mediante cheque(s) de garantía, para pagar el(los) siguiente(s) crédito(s):

No. Crédito / No. Tarjeta	Nombre Completo de la Entidad	Tipo de Producto a Recoger	Valores a Comprar
		<input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/> Rotativo	Valor a Girar \$
		<input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/> Rotativo	Valor a Girar \$
		<input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/> Rotativo	Valor a Girar \$
		<input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/> Rotativo	Valor a Girar \$
		<input type="checkbox"/> Consumo <input type="checkbox"/> Libranza <input type="checkbox"/> Rotativo	Valor a Girar \$

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A OPERADORES DE BASES DE DATOS

Autorizo irrevocablemente y en todo tiempo al Banco Finandina S.A. o a quien represente sus derechos o esté en el futuro la calidad de acreedor, para consultar ante cualquier operador de base de datos o central de riesgo, toda la información sobre mi comportamiento crediticio y comercial, hábitos de pago y cumplimiento de mis obligaciones. Así mismo para que informe y reporte a dichas entidades el comportamiento de pago, cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones crediticias o de mis deberes legales de contenido patrimonial, respecto a todas las operaciones que haya cualquier modalidad haya celebrado o llegue a celebrar en el futuro con el Banco Finandina S.A., o respecto de obligaciones a mi cargo cuyo acreedor sea el Banco Finandina S.A., de tal forma que cualquier entidad presente una información veraz, pertinente, completa, actualizada y exacta de mi desempeño como deudor, codeudor o analista.

AUTORIZACIÓN EXENCIÓN DE GRAVEMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS

Si ☒ No autorizo al Banco Finandina S.A. para registrar mi cuenta de ahorros marcada como exenta del Gravamen a los Movimientos Financieros.

En caso afirmativo, manifiesto que en mi calidad de único titular de la cuenta de ahorros que se apertura conforme a esta solicitud, declaro bajo la gravedad de juramento que no he solicitado otra exoneración en el sector financiero para otra cuenta de ahorros y reconociendo lo estipulado en el numeral 1 del Artículo 679 del Estatuto tributario o la norma que lo sustituya, autorizo al Banco Finandina S.A. para marcar mi cuenta como exenta del Gravamen a los Movimientos Financieros y para realizar las consultas de verificación necesarias y remitir ante las autoridades competentes, que esta es la única cuenta de ahorros elegida por mí como exenta.

AUTORIZACIÓN DE ENTREGA DE DOCUMENTOS Y ACEPTACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

Manifiesto y acepto las siguientes condiciones especiales convenidas con el Banco Finandina S.A.

1) Que he diligenciado y entregado al Banco Finandina S.A. la solicitud de tarjeta de crédito acompañada de los documentos requeridos por la Entidad para el proceso de estudio de crédito, así mismo he aceptado y firmado el pagaré y la carta de instrucciones.

2) Que conozco y acepto que el Banco Finandina S.A. estará facultado para entregarme el/los plástico(s) antes o después del análisis de los documentos que he suministrado en virtud de la solicitud de tarjeta de crédito que estoy tramitando.

En caso que por razones propias a la Entidad, la/s tarjeta(s) de crédito que me ha(n) sido entregado(s) no quedará(n) en su totalidad, acepto que seré responsable de la destrucción del/los plástico(s) y de su/s clave(s), así como de las consecuencias que se puedan derivar por la omisión de esta obligación.

3) Que autorizo al Banco Finandina S.A. de forma permanente e irrevocable para que comparta con su operador de entrega de tarjetas de crédito, la información de contacto que he reportado al Banco como la dirección de correspondencia, teléfonos fijos y/o móviles y correo electrónico, de forma que a través de estos medios dicho operador me contacte para coordinar la fecha y el lugar de entrega de la/s tarjeta(s) de crédito.

4) Declaro que conozco y acepto que la/s tarjeta(s) de crédito entregada(s) se encuentran inactiva(s) y expresamente autorizo al Banco Finandina S.A. para realizar la activación automática de la/s mismas dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la entrega de la/s plástico(s). Si transcurrido dicho período, el Banco no hubiere procedido con su activación, podrá solicitar dicho proceso de manera telefónica a través de la línea fácil de la Entidad.

5) Declaro haber comprendido y aceptado los términos y condiciones de manejo y uso de la/s tarjeta(s) de crédito que me ha(n) sido asignada(s) y de su clave secreta para la reutilización de avances de efectivo, así mismo declaro haber sido informado que el reglamento de producto tarjeta de crédito y de su plan de beneficios han sido puestos a mi disposición para ser consultados en la página de internet www.bancofinandina.com y que en caso de requerir una copia impresa podrá solicitarla en cualquier oficina del Banco Finandina S.A. o de manera telefónica en la línea fácil.

OTRAS AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Tiene usted la calidad de Residente Fiscal (*) Es usted destinatario tributario en los Estados Unidos de Norte América (EE.UU.) ☒ NO ☐ en caso que su respuesta sea: "SI" registre su número (FTIN) _____ Dirección de Residencia en EE.UU. _____ Teléfono en EE.UU. _____

Medidas de Seguridad para los Canales Transaccionales: Manifiesto que conozco que el Banco ha puesto para mi disposición en su página www.bancofinandina.com las recomendaciones que debo tener en cuenta para la utilización de cualquiera de los canales transaccionales o de atención. Débito automático: Autorizo expresamente al Banco Finandina S.A. o a quien represente sus derechos o esté en el futuro la calidad de acreedor, de manera permanente e irrevocable para debitar de cualquier depósito a mi nombre, incluyendo pero sin limitarse a depósitos a término, cuentas de ahorro y/o corrientes, aun cuando ello genere adeudos, las cuotas comisiones demás obligaciones a mi cargo, por concepto de pago de créditos, tarjetas de créditos, cánones o cuotas de contratos de leasing y en general cualquier producto o servicio prestado por el Banco Finandina S.A. Envío de información: Autorizo de forma irrevocable al Banco Finandina S.A. para enviar información relacionada con la atención de los productos y servicios que tengo con el Banco, así como comercial, legal, de productos, de seguridad, de servicios o de cualquier otra índole de manera telefónica y/o a través de mensajes a mi(s) celular(es) y/o a mi(s) correo(s) electrónico(s). Envío Reporte Anual de Costos: Autorizo a mi envío el Reporte Anual de Costos Totales a través del mismo medio por el que recibí los extractos y/o estados de cuenta de mi(s) producto(s) o servicio(s). Grabaciones de llamadas: Autorizo de manera expresa e irrevocable al Banco Finandina S.A. a grabar y conservar en cintas magnetofónicas, registro digitales, o en cualquier otro medio que considere idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas entre el suscrito y el Banco acerca de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas y/o cualquier aspecto relacionado con la ejecución del producto o servicio aquí solicitado. La información así obtenida y recopilada estará sujeta a reserva en la forma prevista por la ley y la entidad estará autorizada para utilizar la información con fines probatorios de control, transparencia de operaciones, administración de información, calidad o cualquier otro propósito. Bloqueos automáticos de cuenta: Autorizo expresamente al Banco Finandina S.A. a bloquear mi(s) cuenta(s) si se encuentra que en la/s mismas han habido movimientos u operaciones inusuales; para tal efecto, se entienden como operaciones inusuales las siguientes en limitarse a ellas cambios inusuales del saldo transacciones inusuales y la no actualización anual de documentos e información al Banco. Destrucción de documentos: Autorizo expresamente al Banco Finandina S.A. para que en el evento en el que esta solicitud sea negada destruya todos los documentos que hubiere aportado para el estudio y análisis realizado por el Banco incluyendo el pagaré en blanco y la carta de instrucciones, si hubiere lugar a ello, los cuales se suscriben en el entendido que el desembolso está sujeto a la aprobación respectiva. Aceptación de contratos y reglamentos: Declaro expresamente que conozco acepto en su integridad el/los reglamento(s) y contrato(s) que involucran la apertura del/los producto(s) solicitado(s), y confirmo que he sido informado de la facultad con que cuento de solicitar una copia física del/los mismo(s) así como de la posibilidad de consultar en cualquier momento dicho(s) reglamento(s) y contrato(s) a través de la página de internet www.bancofinandina.com. En caso que el Banco Finandina S.A. realice alguna modificación a los textos de sus reglamentos y contratos, dichas modificaciones serán notificadas al cliente por el medio que establece el respectivo reglamento. Entrega de cheques y otros documentos: En caso de que solicite la entrega de cheques y/o documentos en mi domicilio, así como de recoger títulos y/o documentos, asumo la responsabilidad y el riesgo que se derivan de dichos trámites.

Verificación y actualización de la información: Certifico que la información suministrada en esta solicitud y en los documentos adjuntos es exacta y verídica y podrá ser verificada en cualquier momento por el Banco Finandina S.A., con quien me obligo a actualizar anualmente la información aquí consignada. Así mismo, eximo al Banco Finandina S.A. de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o en los de la actualización. Cualquier inexactitud en la información suministrada implicará la reposición de la solicitud la terminación del producto según sea el caso. Autorización tratamiento de información: Autorizo irrevocablemente y en todo tiempo al Banco Finandina S.A. o a cualquiera que detente sus derechos para: 1) Realizar el tratamiento de los datos personales suministrados por mí en el presente documento o a través de cualquier medio entendiendo que el tratamiento se hará para fines operativos, comerciales y de mercado, ofrecimiento de productos o servicios prestados por el Banco Finandina S.A. o cualquiera de sus aliados comerciales nacionales e extranjeros. 2) Suministrar y transferir de información personal, comercial y financiera para que sea conocida y tratada por: a) Terceros que en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, presten servicios tecnológicos, logísticos, operativos, de mercado de productos de cobranzas, de seguridad o de apoyo. b) Personas naturales o jurídicas accionistas del Banco Finandina S.A. y a sociedades controladas, controladas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, y a cualquier aliado comercial. c) Autoridades nacionales e extranjeras en ejercicio de sus funciones. Declaro expresamente que se me ha informado de la posibilidad que tengo como titular de la información de conocer en cualquier momento los datos de mi intimidad con los que cuenta el Banco Finandina S.A., con el fin de actualizarlos, corregirlos o rectificarlos. Así como de la posibilidad que tengo de solicitar su eliminación o revocación en los casos previstos en la ley. Adicionalmente declaro que he sido informado de las políticas y procedimientos que tiene el Banco Finandina S.A. para el manejo de mi información personal, los cuales podrán ser consultados de forma permanente en la página de internet www.bancofinandina.com.

Conocimiento Seguro de Depósitos de Fogafin: Tratándose de productos de ahorro e inversión cubiertos por el Seguro de Depósitos de Fogafin, dejo constancia de haber recibido información al respecto, la cual podrá consultar permanentemente a través de la página de internet www.bancofinandina.com.

☐ No autorizo recibir información comercial, de ofertas, promociones, campañas y/o alianzas emitidas por el Banco Finandina S.A., ni para transferir mis datos a terceros para estos mismos fines.

☐ El Banco está obligado a suministrar un Reporte Anual de Costos y yo puedo elegir si lo recibo en mi dirección física o electrónica registrada. Marcando este espacio autorizo a que el Banco no me remita dicho Reporte a mi dirección electrónica sino a mi dirección física registrada.

(*) Los Residentes Fiscales corresponden a aquellas personas que residen "temporalmente" en Estados Unidos y cuya permanencia supera los 183 días.

Débito Automático en cuenta ☐ Corriente ☐ Ahorro **Número** **Nombre del Banco** **Día del Débito**

Certifico que la información suministrada en el presente documento es veraz, que reconozco la obligación legal de actualizar esta información como mínimo una vez al año o en caso de requerir su actualización me comprometo a reportarla oportunamente cuando sea necesario y que habiendo leído, comprendido y aceptado la anterior, lo firmo a los 20 días del mes de Marzo del año 2018 en la ciudad de Bogotá


FIRMA DEL SOLICITANTE
C.C. 16 786 770


HUELLA

ESPACIO PARA DILIGENCIAMIENTO DEL BANCO

Con mi firma certifico la aprobación del vehículo, así como haber realizado la entrevista presencial con el cliente confirmando los datos suministrados en el lugar, fecha y hora que a continuación relaciono:

Lugar Bogotá Fecha 20 03 2018 Hora 10:00 Cargo de quien efectuó la entrevista, vinculación y aprobación Ejecutiva Libranza

Nombres y Apellidos de quien efectuó la entrevista, vinculación y aprobación Lina Paola Vanegas

No. Documento Identificación 53.088039


Firma

FOTOCOPIA DOCUMENTO DE
IDENTIDAD



00040000185252

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **16.786.770**

MILLAN VARELA

APELLIDOS
LUIS HERNANDO

NOMBRES

FIRMA

LIBRO DE

fiel copia del original
"Luis Hernando!"



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1971**

CANDELARIA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67

ESTATURA

B+

G.S. RH

M

SEXO

31-MAY-1989 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00162811-M-0016786770-20090714

0013453486A 1

1190103501

Luis Hernando Millan Varela

**CONTRATO DE CRÉDITO DE DESCUENTO POR LIBRANZA**

Son partes del siguiente contrato el BANCO FINANDINA S.A., en adelante EL ACREEDOR, y la persona relacionada en el correspondiente formato de vinculación o solicitud de producto, quien a su vez suscribe el presente contrato en calidad de CLIENTE.

El presente Contrato tiene como objetivo regular las condiciones generales bajo las cuales opera el producto de crédito de libranza celebrado entre EL ACREEDOR, como ENTIDAD OPERADORA, y EL CLIENTE como titular y DEUDOR de la misma, quien en virtud de la correspondiente solicitud de crédito y la autorización de descuento, se obliga al cumplimiento de las condiciones aquí pactadas, sin perjuicio de la aplicación de las normas determinadas en el Código de Comercio, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables sobre la materia.

Los términos y condiciones particulares del crédito serán las informadas y aceptadas por el CLIENTE en el documento denominado "Términos y Condiciones Crédito de Libranza".

1. Definiciones:

Las siguientes definiciones se observarán para los efectos de aplicación del presente Contrato:

- a) **Empleador o entidad pagadora:** Es la persona natural o jurídica, de naturaleza pública o privada, que tiene a su cargo la obligación del pago del salario, cualquiera que sea la denominación de la remuneración, en razón de la ejecución de un trabajo o porque tiene a su cargo el pago de pensiones en calidad de administrador de fondos de cesantías y pensiones.
- b) **Cliente.** Es la persona empleada o pensionada, titular del crédito de libranza que se obliga a atender las obligaciones adquiridas en virtud de la misma, a través de la modalidad de libranza o descuento directo.

2. Condiciones del Desembolso:

- 2.1. El desembolso se realizará una vez sea verificado el cumplimiento de los requisitos de aprobación de la solicitud de crédito presentada por EL CLIENTE, quien de acuerdo a las condiciones determinadas con la ENTIDAD PAGADORA, decidirá en mutuo acuerdo con EL ACREEDOR la fecha y la forma en que se realizará la entrega de los dineros solicitados, pudiendo estos efectuarse por cualquiera de los siguientes medios:

- a. Transferencia a cuenta corriente o cuenta de ahorros del Banco Finandina S.A. o de otras entidades financieras según la elección del CLIENTE. La transferencia se realizará en la medida que los medios determinados por EL ACREEDOR y la entidad financiera receptora lo permitan, de lo contrario el pago se hará por medio de la expedición de un cheque de gerencia.
- b. Entrega de Cheque de Gerencia a nombre del cliente, o a nombre de cualquier Entidad Financiera autorizada para realizar operaciones en la República de Colombia, Cooperativas, Fondos de empleados y en general entidades de carácter público o privado designadas por el cliente y autorizadas por EL ACREEDOR.
- c. Abono total o parcial de deuda a obligaciones vigentes celebradas con anterioridad entre EL CLIENTE y EL ACREEDOR.

El deudor acepta y autoriza al Banco el cobro del costo de la transferencia y/o el valor del cheque de gerencia el cual se genera en el momento del desembolso del crédito. Dichas tarifas se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en la red de oficinas del Banco a nivel nacional.

- 2.2. El desembolso del monto de la obligación se encontrará sujeto a las políticas de crédito vigentes del ACREEDOR, así como a su disponibilidad de fondos, y el mantenimiento de las circunstancias que hayan sido determinantes para el otorgamiento del crédito.
- 2.3. El CLIENTE no podrá desistir del crédito una vez se haya realizado el desembolso, la no utilización del monto de desembolso no lo exime de su obligación de pagar las cuotas y los montos pactados con EL ACREEDOR.

3. Condiciones de pago:

- 3.1. Los instalamentos o cuotas de la obligación serán mensuales, la ENTIDAD PAGADORA determinará la fecha en que se efectuará por parte de ésta el pago de las cuotas establecidas, la cual podrá ser distinta a la fecha en que se realice el descuento del salario o mesada pensional del CLIENTE.
- 3.2. Con ocasión a las características propias del producto de libranza, es posible que el descuento realizado sobre el salario o mesada del CLIENTE correspondiente a la primera cuota del crédito, ocurra con posterioridad a la fecha pactada para el pago de la misma, evento en el cual se entenderá que opera un periodo de gracia en el cual no serán exigibles las cuotas del crédito, pero si se causarán los intereses y las primas de seguro que se generen durante el mencionado periodo; en dicho caso EL ACREEDOR aumentará el plazo en el número de cuotas mensuales que hagan falta para la cancelación total de la obligación.
- 3.3. LA ENTIDAD PAGADORA que tenga a su cargo el pago del salario o de la mesada pensional del CLIENTE realizará los descuentos por concepto del pago de las cuotas mensuales del crédito de libranza otorgado por EL ACREEDOR al CLIENTE, según el formato de autorización de descuento por libranza otorgado por EL CLIENTE para tal efecto.
- 3.4. Salvo lo determinado en el numeral 3.2 del presente contrato, se entenderá que en el evento en que LA ENTIDAD PAGADORA no realice los pagos a favor del ACREEDOR, o EL CLIENTE solicite vacaciones, licencias, o se retire de la empresa o en general ocurra cualquier evento no atribuible al ACREEDOR que ocasione que este no reciba los recursos correspondiente al pago de la cuota mensual exigible, EL CLIENTE está obligado a realizar el pago oportuno de la misma a través de las oficinas del ACREEDOR o cualquiera de los puntos de su red autorizada de recaudos. La omisión de dicha actuación causará a cargo del CLIENTE intereses de mora sobre el saldo vencido a la tasa

máxima legal certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia y ocasionará la aplicación de las disposiciones determinadas en el numeral 6° del presente Contrato.

- 3.5. EL CLIENTE podrá efectuar abonos parciales y/o totales en cualquier momento, sin ningún tipo de sanción o penalización. En ese sentido los abonos extraordinarios parciales realizados por EL CLIENTE se aplicarán a capital, reduciendo el plazo del crédito, siempre y cuando la obligación se encuentre al día y no se haya causado la siguiente cuota, pues en ese evento se cubrirá el monto de la cuota causada y el valor restante, si hay lugar a ello, se aplicará a capital.
- 3.6. En caso de que LA ENTIDAD PAGADORA realice descuentos mayores a los pactados, o realice descuentos con posterioridad a la cancelación de la obligación se realizará el siguiente procedimiento:
 - a. En caso de que EL CLIENTE tenga saldos pendientes de pagos por otras obligaciones celebradas con EL ACREEDOR, se abonarán dichos montos al saldo de dichas obligaciones.
 - b. En caso contrario, EL ACREEDOR devolverá el dinero al CLIENTE mediante los mecanismos dispuestos en el numeral 2.1 del presente Contrato, sin que haya lugar al reconocimiento de algún tipo de remuneración.

4. Condiciones en caso de desvinculación del CLIENTE de la ENTIDAD PAGADORA:

- 4.1. Cuando EL CLIENTE se desvincule de la ENTIDAD PAGADORA o cese la relación laboral con EL EMPLEADOR por cualquier motivo, dicha Entidad o Empleador descontará del valor final de la liquidación los valores adeudados en el saldo total que tenga EL CLIENTE frente al ACREEDOR por concepto del crédito de libranza, se entenderá que dicho descuento podrá realizarse sobre vacaciones, salarios, indemnizaciones, primas y en general cualquier tipo de prestación laboral que adeude la ENTIDAD PAGADORA a favor del CLIENTE, tomando para ello el 100% del valor total de la liquidación.
- 4.2. En caso que el pago de dicha liquidación no sea suficiente para cubrir el saldo de la obligación, el crédito de libranza pasará a ser un crédito ordinario de consumo, en el cual EL CLIENTE continuará obligado al pago de los saldos exigibles mediante los mecanismos ordinarios de recaudo dispuestos por EL ACREEDOR, así mismo EL ACREEDOR podrá facultativamente aplicar a la obligación la tasa más alta establecida para este tipo de crédito.
- 4.3. EL CLIENTE podrá darle continuidad a la libranza notificándole al ACREEDOR el cambio de ENTIDAD PAGADORA o EMPLEADOR manteniendo de esa forma la tasa de libranza originalmente otorgada, no obstante EL CLIENTE deberá pagar autónomamente las cuotas que se causen durante la implementación del mecanismo de descuento a la tasa máxima establecida para créditos de consumo.

5. Condiciones sobre Seguros

- 5.1. EL CLIENTE se obliga a pagar junto con el valor de la cuota del crédito, el valor de las primas correspondientes al Seguro de Vida Deudores que contratará por medio del ACREEDOR para asegurar la totalidad de la obligación contratada con este, por lo que EL CLIENTE autoriza su inclusión dentro de las pólizas colectivas que EL ACREEDOR haya contratado para tal efecto. EL CLIENTE se compromete a pagar el valor que por los anteriores conceptos certifique el intermediario y/o compañía de seguros respectiva, aceptando para el efecto como suficiente prueba de tales obligaciones dichos certificados.
- 5.2. En caso de que la libranza se solicite para la financiación de un vehículo automotor, EL CLIENTE deberá pagar al ACREEDOR junto con el valor de la cuota del crédito y el valor del Seguro de Vida, el valor correspondiente al costo de la prima del Seguro Todo Riesgo que se contrate a través del ACREEDOR para asegurar el bien otorgado en garantía, asegurando la totalidad del saldo de la obligación.
- 5.3. EL CLIENTE podrá endosar las anteriores pólizas, siempre y cuando las constituya frente a una compañía de seguros debidamente autorizada para operar por la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual ampare los saldos de las obligaciones contratadas con EL ACREEDOR, siendo este el principal beneficiario de la misma.
- 5.4. EL ACREEDOR cuenta con la facultad discrecional de tomar las pólizas de seguros de vida y de vehículo anteriormente descritas durante la vigencia de la obligación, u ordenar su contratación cuando EL CLIENTE no le presente la póliza y su respectivo recibo de pago antes del desembolso del crédito o con antelación de un (1) mes a la fecha de vencimiento cuando se trate de su renovación.
- 5.5. EL ACREEDOR podrá, previa aceptación del CLIENTE, incluir junto con cada instalamento, la suma periódica por concepto de las primas de cualquier otro seguro adicional a los anteriores, que EL CLIENTE solicite a su favor, incluyendo pero sin limitarse a: Seguro de Protección Financiera, Auto Plus Finandina, Security Gap Finandina, Doble Vida, Auto Protección, entendiéndose que el valor de la financiación será cargado a la obligación principal haciéndose exigible junto con la misma.
- 5.6. EL CLIENTE pagará las sumas que por los conceptos mencionados en el presente numeral acredite de igual forma haber cancelado EL ACREEDOR y hasta la cancelación total de las obligaciones del CLIENTE, en el evento de haberse hecho exigibles las mismas por el incumplimiento o mora de parte del CLIENTE. Así mismo, la mora en el pago de las primas generará los efectos establecidos en el artículo 1068 del Código de Comercio respecto a la terminación automática del seguro.

6. Condiciones en caso de incumplimiento

- 6.1. En caso de mora de cualquiera de las obligaciones a cargo del CLIENTE o del incumplimiento de cualquiera de ellas, se causarán a la obligación los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida, sin perjuicio de las acciones legales que el tenedor del título valor que instrumente la obligación pueda presentar para exigir el pago de la misma y obtener el pago de la indemnización total de los perjuicios que con su incumplimiento, acción u omisión se le hubiera generado al tenedor.
- 6.2. EL ACREEDOR podrá acogerse a los términos del artículo 886 del Código de Comercio para el cobro de intereses.
- 6.3. Serán a cargo del CLIENTE los impuestos que se ocasionen con motivo del otorgamiento del producto financiero, los costos y demás gastos que la cobranza implique, incluidos los honorarios de abogado que para el efecto se pactan en un 20% del saldo pendiente de pago, y en todo caso no menor al mínimo fijado por EL ACREEDOR para la iniciación del cobro judicial en las tablas que tengan vigentes para el efecto con sus abogados, así como el valor que el ACREEDOR inicialmente pague por concepto de arancel judicial o su equivalente de acuerdo con la ley.
- 6.4. EL ACREEDOR podrá debitar de cualquier saldo a favor que adeude al CLIENTE o de cualquier producto del pasivo que tenga contratado con este, incluyendo, pero sin limitarse a: Depósito a término, cuenta corriente, cuenta de ahorro, el valor de las obligaciones mutuas exigibles que este tenga con EL ACREEDOR.
- 6.5. La duración del presente contrato será la vigencia del crédito, no obstante EL ACREEDOR queda facultado para dar por terminado el plazo pactado y/o exigir el pago inmediato judicial o extrajudicialmente del valor de la(s) obligación(es) pendiente(s) del CLIENTE, sus intereses,

seguros, gastos de cobranza, honorarios, gastos de recaudo, o cualquier otro gasto en contraprestación de servicios adicionales que le hubieran prestado y demás obligaciones accesorias, en los siguientes casos, sin perjuicio de otras causales estipuladas para el efecto en otros documentos suscritos por EL CLIENTE, sin necesidad de requerimiento privado o judicial, o constitución en mora, sin consideración al vencimiento y plazos pactados, a los cuales EL CLIENTE renuncia de manera expresa en razón a su claro conocimiento de los términos convenidos de su(s) obligación(es) para con EL ACREEDOR o quien haga sus veces:

6.6.

- a. Si se presentare el incumplimiento de cualquier obligación que directa o indirectamente tenga EL CLIENTE, o mora de una o más de las cuotas convenidas para el pago de su(s) obligación(es), o de cualquiera otra obligación que directa o indirectamente exista a cargo del deudor, sus avalistas, codeudores, fiadores o garantes para con EL ACREEDOR o quien haga sus veces.
- b. Si EL CLIENTE fuere demandado ante cualquier autoridad y por cualquier persona, o si se encontrare en notorio estado de insolvencia o liquidación a juicio de EL ACREEDOR y se negare a prestar caución o mejorar la garantía de sus obligaciones;
- c. Si EL CLIENTE gira o entrega cheques a favor del ACREEDOR sin provisión de fondos, o si el(los) cheque(s) no es(son) pagado(s) por cualquier causa imputable al librador, caso(s) en el(los) cual(es) EL CLIENTE reconocerá y acatará la sanción prevista en el Art. 731 del Código de Comercio aún cuando el(los) cheque(s) girado(s) provenga(n) de terceros, y
- d. Si se cometieren inexactitudes o adulteraciones en los balances, informes, declaraciones o documentos que EL CLIENTE hubiera presentado al ACREEDOR o no le entregare la documentación adicional que en cualquier tiempo les solicitara EL ACREEDOR la cual está obligado a entregar.
- e. Por la muerte del CLIENTE.
- f. La no actualización por parte del CLIENTE, por lo menos anualmente, de la información suministrada para el análisis del crédito, cuando exista alguna variación, o cuando el ACREEDOR así lo requiera.
- g. La inclusión del CLIENTE en la Lista Clinton o Lista SDNT, que es publicada y actualizada por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América, Oficina de Control de Activos Extranjeros (U.S. Department of Treasury, Office of Foreign Asset Control) o en cualquier otra que cumpla con los mismos fines. Así mismo, en caso de que una de las operaciones del CLIENTE, sea reportada por cualquier entidad a la Unidad de Información y Análisis Financiero adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (UIAF) como sospechosa, o cuando se profiera una sentencia o cualquier decisión en contra del CLIENTE por parte de autoridad competente, por la comisión de delitos contra el patrimonio económico, enriquecimiento ilícito, extinción de dominio y los establecidos en el Cap. II y V del Título X y Cap. II del Título XIII del Libro Segundo del C.P.
- h. Si se evidencia falsedad en los documentos suministrados para el análisis de riesgo crediticio efectuado con ocasión a la operación de crédito de libranza que aquí se instrumenta, o respecto a las declaraciones efectuadas por EL CLIENTE mediante el numeral séptimo (Declaraciones) del presente documento.

7. Declaraciones

EL CLIENTE, mediante la suscripción del presente documento, declara bajo la gravedad del juramento que no ha solicitado ni tramitado ningún producto de financiación con alguna otra entidad durante la solicitud, estudio, análisis, celebración y desembolso de la operación de libranza que se instrumenta mediante el presente contrato, como tampoco descuento alguno sobre su salario, remuneración o mesada pensional. Así mismo, manifiesta que entiende que cualquier falta de veracidad, total o parcial, en la declaración aquí contenida, o en los documentos suministrados para su análisis de riesgo crediticio, generará un incumplimiento contractual, que facultará a EL ACREEDOR para proceder de conformidad con lo indicado en el numeral sexto (Condiciones en caso de incumplimiento) del presente acuerdo, así como para interponer la denuncia penal respectiva por la vulneración del tipo penal de falsedad en documento privado (Artículo 289, Ley 599 de 2000), ó el que corresponda.

8. Otras condiciones y autorizaciones

- 8.1. En el evento en que al CLIENTE le fuera otorgada alguna prórroga de su(s) obligación(es), EL ACREEDOR queda facultado para prorrogar el plazo de vencimiento de las obligaciones sin necesidad de que EL CLIENTE firme la nota respectiva, y sin que ello implique una extinción de las garantías en ningún caso. EL CLIENTE hace constar que la responsabilidad de los avalistas se extenderá en caso de prórrogas, renovaciones y novaciones o de cualquier modificación a lo aquí estipulado. La prórroga del plazo para el pago de las obligaciones de que trata el presente documento, el recibo de abonos parciales o el pago mediante cheques, no implica novación ni dación en pago.
- 8.2. EL CLIENTE autoriza al ACREEDOR para registrar los abonos parciales en el sistema que emplee EL ACREEDOR. Así como el aumento del plazo de acuerdo a lo previsto en el numeral 3.2. del presente documento.
- 8.3. Los abonos realizados por EL CLIENTE serán imputados a los siguientes conceptos en el siguiente orden: a gastos y costas, comisiones, primas de seguros, intereses de mora, intereses corrientes, y finalmente a capital, sin perjuicio de que EL ACREEDOR pueda imputar dichos abonos en forma preferente a otras obligaciones contraídas por EL CLIENTE en forma directa o como garantes a cualquier título.
- 8.4. EL CLIENTE autoriza irrevocablemente y en todo tiempo al ACREEDOR o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de acreedor, para consultar ante cualquier operador de base de datos o central de riesgo, toda la información sobre su comportamiento crediticio y comercial, hábitos de pago y cumplimiento de sus obligaciones. Así mismo para que informe y reporte a dichas entidades el comportamiento de pago, cumplimiento o incumplimiento de sus obligaciones crediticias, o de sus deberes legales de contenido patrimonial, respecto a todas las operaciones que bajo cualquier modalidad haya celebrado o llegue a celebrar en el futuro con EL ACREEDOR, o respecto de obligaciones a mi cargo cuyo acreedor sea EL ACREEDOR, de tal forma que aquellas entidades presenten una información veraz, pertinente, completa actualizada y exacta de su desempeño como deudor, codeudor o avalista.
- 8.5. EL CLIENTE autoriza irrevocablemente que los datos de carácter personal de su titularidad que se obtengan en virtud de la relación comercial que mantenga o que haya mantenido con EL ACREEDOR, sean tratados en una o varias bases de datos administrada por EL ACREEDOR, quien será responsable de su administración junto con los encargados que éste designe, e implementará las medidas de seguridad necesarias para la conservación y protección de los mismos. Así mismo, EL CLIENTE declara que se le ha informado que sus datos personales han sido y serán recopilados para fines operativos, comerciales y de mercadeo, de prevención de riesgo y estadísticos, por EL ACREEDOR y/o por cualquiera de sus aliados comerciales, y en general para permitir el cumplimiento de las obligaciones que EL ACREEDOR haya adquirido en virtud de la presente relación contractual o que le sean exigibles por disposiciones legales o reglamentarias. De igual forma EL CLIENTE autoriza que, para las finalidades descritas, EL ACREEDOR pueda suministrar su información a los siguientes tipos de personas: a) Operadores de bases de datos, crediticio, financiero, comercial o de servicios o a otras entidades financieras nacionales

o extranjeras b) Terceros que en calidad de proveedores nacionales o extranjeros, en el país o en el exterior, presten servicios tecnológicos, logísticos, operativos, de seguridad o de apoyo, y en general que en ejercicio de su servicio deban tener acceso a la información por EL CLIENTE suministrada, c) Las personas naturales o jurídicas accionistas del ACREEDOR y a las sociedades controlantes, controladas, vinculadas, afiliadas o pertenecientes al mismo grupo empresarial, d) Las autoridades nacionales o extranjeras que en ejercicio de sus competencias y con autorización legal lo soliciten, o ante las cuales se encuentre procedente formular, denuncia, demanda, convocatoria a arbitramento, queja o reclamación, e) toda persona natural que EL CLIENTE expresamente autorice. Adicionalmente EL CLIENTE autoriza todo tipo de tratamiento que sea necesario para cumplir las finalidades anteriormente mencionadas y declara que ha sido informado de la posibilidad que tiene como titular de la información de conocer en cualquier momento los datos de su titularidad con los que cuenta EL ACREEDOR, con el fin de actualizarlos, corregirlos o rectificarlos, así como de la posibilidad que tiene de solicitar su eliminación o revocación, en los casos previstos en la ley. Adicionalmente EL CLIENTE declara que ha sido informado de las políticas y procedimientos que tiene EL ACREEDOR para el manejo de su información y conoce que las mismas pueden ser consultadas permanentemente en www.bancofinandina.com o en las oficinas principales del Banco.

- 8.6. EL ACREEDOR pondrá a disposición del CLIENTE los estados de cuenta del crédito de libranza a través de los canales determinados para tales efectos. No obstante EL CLIENTE podrá en cualquier momento solicitar el estado de cuenta de su producto a través de los canales de contacto de servicio al cliente dispuestos por EL ACREEDOR, asumiendo los costos que ello conlleve.
- 8.7. El deudor acepta y autoriza al Banco, mediante la suscripción de la presente comunicación el cobro del estudio de crédito.
- 8.8. EL CLIENTE declara que conoce y acepta las tarifas de los servicios financieros prestados por EL BANCO, y reconoce que dichas tarifas están sujetas a modificaciones que le serán informadas por el medio que EL BANCO tenga establecido. Así mismo, manifiesta que ha sido informado de la posibilidad con la que cuenta de consultar permanentemente las tarifas a través de la página de internet www.bancofinandina.com, las cuales también se encuentran publicadas en las oficinas del ACREEDOR.

EL ACREEDOR se reserva el derecho unilateral de modificar, limitar, ampliar, reducir y eliminar las condiciones y términos del presente Contrato, dichas variaciones serán debidamente notificadas al CLIENTE, con una antelación mínima de treinta (30) días calendario por el medio de notificación más adecuado, incluyéndose pero sin limitarse a: Avisos a través de los estados de cuenta, mensajes de texto (SMS), correos físicos o electrónicos, avisos en la página web y en las oficinas del ACREEDOR.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá a los 20 días del mes de Marzo del año 2018.

Acepto (aceptamos) en calidad de CLIENTE:

Firma: [Firma manuscrita]
Nombre Titular: Luis Hernando Millan Varela
Cedula de Ciudadanía: 16.786.770



Bogotá, 20 de Marzo de 20 18



Señor(a)

Luis Hernando Millan

La Ciudad

RESUMEN TERMINOS Y
CONDICIONES



00060000185252

Referencia: Términos y Condiciones del Crédito de Libranza

Apreciado(a) señor(a)

Luis Hernando Millan

A continuación nos permitimos presentarle los términos y condiciones que regirán el Crédito de Libranza aprobado por el Banco Finandina S.A.:

1. El valor del crédito asciende a la suma de

sesenta y siete millones de pesos

(\$ 67.000.000), monto sobre el cual se aplicará la tasa de interés remuneratoria.

2. Durante la vigencia del crédito la tasa de interés remuneratoria será fija y corresponderá al 1.29 % N.M.V., la cual equivale al 16.63 % E.A..

3. La tasa de interés de mora corresponderá a la máxima legal permitida.

4. El plazo del crédito es de 107 meses, el cual podrá aumentar en el evento en que el descuento correspondiente a la primera cuota de la operación por parte del empleador y/o la entidad pagadora, ocurra con posterioridad a la fecha pactada para el pago de la misma.

5. Número de cuotas: 106

6. El valor de cada una de las cuotas es de Un millón doscientos sesenta y cinco mil novecientos noventa y tres pesos (\$ 1.255.993), pagaderas en las fechas y en la periodicidad convenida con la entidad pagadora, conforme se estableció en el Contrato de Crédito de Descuento por Libranza.

7. Los valores de las primas mensuales del Seguro de Vida y del Seguro Desempleo o Incapacidad Total Temporal con Anexo de Enfermedades Graves Seguro de Protección Financiera son de (\$ 77.720) y de (\$), respectivamente.

8. El deudor acepta y autoriza al Banco, mediante la suscripción de la presente comunicación el cobro del estudio de crédito.

9. El desembolso se realizará una vez sea verificado el cumplimiento de los requisitos de aprobación de la solicitud de crédito presentada por EL CLIENTE, quien decidirá la forma en que se realizará la entrega de los dineros solicitados, pudiendo estos efectuarse por cualquiera de los siguientes medios:

- Transferencia a cuenta corriente o cuenta de ahorros del Banco Finandina S.A. o de otras entidades financieras según la elección del CLIENTE. La transferencia se realizará en la medida que los medios determinados por EL ACREEDOR y la entidad financiera receptora lo permitan, de lo contrario el pago se hará por medio de la expedición de un cheque de gerencia.
- Entrega de Cheque de Gerencia a nombre del cliente, o a nombre de cualquier Entidad Financiera autorizada para realizar operaciones en la República de Colombia.
- Abono total o parcial de deuda a obligaciones vigentes celebradas con anterioridad entre EL CLIENTE y EL ACREEDOR.

El deudor acepta y autoriza al Banco el cobro del costo de la transferencia y/o el valor del cheque de gerencia el cual se genera en el momento del desembolso del crédito. Dichas tarifas se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en la red de oficinas del Banco a nivel nacional.

10. Periodicidad de pago del crédito: Mensual.


11. El crédito no exige ningún término de permanencia, por lo cual podrá efectuar abonos parciales y/o totales en cualquier momento, sin ningún tipo de sanción o penalización. En ese sentido y para su comodidad, los abonos extraordinarios parciales y/o totales se aplicarán a capital, reduciendo el plazo del crédito, siempre y cuando la obligación se encuentre al día y no se haya causado la siguiente cuota, pues en ese evento se cubrirá el monto de la cuota causada y el valor restante, si hay lugar a ello, se aplicará a capital.

12. Sus derechos como deudor, así como los derechos del Banco en caso de incumplimiento en el pago de la obligación, serán aquellos que estén contemplados en la Ley y en el Contrato de Crédito de Descuento por Libranza, documento que se encuentra a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y del cual podrá solicitar una copia física en cualquiera de las oficinas del Banco a nivel nacional.

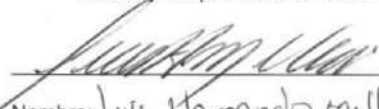
13. Las tarifas de los servicios financieros prestados por el Banco se encuentran permanentemente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com y en las oficinas del Banco a nivel nacional.

14. Las políticas y mecanismos establecidos por el Banco para la gestión de la cobranza prejudicial y judicial de las obligaciones, el momento a partir del cual se iniciará dicha gestión, los gastos derivados de la misma, las dependencias internas y las entidades externas autorizadas por esta entidad financiera para adelantar la gestión de cobranza, la facultad con la que estas cuentan para efectuar acuerdos de pago conforme con las políticas vigentes del Banco, los canales a través de los cuales se podrán realizar los pagos, entre otra información se encuentra permanente a su disposición en la página web www.bancofinandina.com.

Cordialmente,


Nombre: Lina Paola Vanegas
Cargo: Ejecutiva Libranza

Recibo y acepto estas condiciones,


Nombre: Luis Hernando Millan
Identificación (C.C., C.E.): 16786770



AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS



Ciudad y fecha _____

Señores. _____

Entidad Empleadora / Pagadora: _____

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregarla(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiero para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.

- En caso de retiro, incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicán tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuaran en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Deudor	Codeudor
Nombre del deudor: <u>Luis Hernando Mullan Varela</u>	Nombre del codeudor: _____
Firma 	Firma 
C.C. <u>16.786.770</u>	C.C. _____

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

PARA SER DILIGENCIADO POR EL EMPLEADOR DEL TRABAJADOR INTERESADO

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____

Nombre del empleador: _____

Sello del empleador: _____

Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador: _____

Observaciones: _____

Nombre del Representante: _____

C.C. _____

Calidad en la que actúa: _____

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS



Ciudad y fecha _____

Señores.

Entidad Empleadora / Pagadora:

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregaría(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y retenga y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiriere para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.
- En caso de retiro, incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicen tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuaran en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Deudor	Codeudor
Nombre del deudor: Luis Hernando Mullan Varela	Nombre del codeudor:
Firma	Firma
C.C. 16.786.770	C.C.

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

PARA SER DILIGENCIADO POR EL EMPLEADOR DEL TRABAJADOR INTERESADO

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____

Nombre del empleador:

Sello del empleador:

Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador:

Observaciones:

Nombre del Representante:

C.C.

Calidad en la que actúa:

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

Formulario de Autorización

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines. El Banco Financiero se reserva el derecho de modificar o cancelar esta autorización en cualquier momento sin necesidad de previo aviso. La presente autorización es válida por el tiempo que se indica en el formulario y no puede ser extendida o renovada. El Banco Financiero no se responsabiliza por los actos o omisiones de los terceros que actúen en su nombre o a sueldo. La presente autorización es válida para los efectos de descuento de efectos en el Banco Financiero y no para otros fines. El Banco Financiero no se responsabiliza por los actos o omisiones de los terceros que actúen en su nombre o a sueldo. La presente autorización es válida para los efectos de descuento de efectos en el Banco Financiero y no para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines. El Banco Financiero se reserva el derecho de modificar o cancelar esta autorización en cualquier momento sin necesidad de previo aviso. La presente autorización es válida por el tiempo que se indica en el formulario y no puede ser extendida o renovada. El Banco Financiero no se responsabiliza por los actos o omisiones de los terceros que actúen en su nombre o a sueldo. La presente autorización es válida para los efectos de descuento de efectos en el Banco Financiero y no para otros fines. El Banco Financiero no se responsabiliza por los actos o omisiones de los terceros que actúen en su nombre o a sueldo. La presente autorización es válida para los efectos de descuento de efectos en el Banco Financiero y no para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines. El Banco Financiero se reserva el derecho de modificar o cancelar esta autorización en cualquier momento sin necesidad de previo aviso. La presente autorización es válida por el tiempo que se indica en el formulario y no puede ser extendida o renovada. El Banco Financiero no se responsabiliza por los actos o omisiones de los terceros que actúen en su nombre o a sueldo. La presente autorización es válida para los efectos de descuento de efectos en el Banco Financiero y no para otros fines. El Banco Financiero no se responsabiliza por los actos o omisiones de los terceros que actúen en su nombre o a sueldo. La presente autorización es válida para los efectos de descuento de efectos en el Banco Financiero y no para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines. El Banco Financiero se reserva el derecho de modificar o cancelar esta autorización en cualquier momento sin necesidad de previo aviso. La presente autorización es válida por el tiempo que se indica en el formulario y no puede ser extendida o renovada. El Banco Financiero no se responsabiliza por los actos o omisiones de los terceros que actúen en su nombre o a sueldo. La presente autorización es válida para los efectos de descuento de efectos en el Banco Financiero y no para otros fines. El Banco Financiero no se responsabiliza por los actos o omisiones de los terceros que actúen en su nombre o a sueldo. La presente autorización es válida para los efectos de descuento de efectos en el Banco Financiero y no para otros fines.

	
--	--

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

El presente formulario es de uso exclusivo del Banco Financiero y no debe ser utilizado para otros fines.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CRÉDITO DE LIBRANZAS



Ciudad y fecha _____

Señores.

Entidad Empleadora / Pagadora:

Crédito No. _____ Por \$ _____ M/legal, Plazo _____ Tasa de interés _____ E.A. Valor Cuota \$ _____ Quincenal ☐ Mensual ☐

- De conformidad y en los términos establecidos en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamenten, modifiquen o sustituyan, el suscrito de la presente autorización, identificado como aparece al pie de mi firma, autorizo de manera expresa e irrevocable a mi Empleador / Entidad Pagadora, en adelante el Pagador para deducir y retener de mi(s) salario(s) / honorarios, la(s) cuota(s) de amortización del (de los) crédito(s) otorgado(s) por el BANCO FINANDINA (en adelante EL BANCO), más los intereses, seguros y demás valores a mi cargo y entregarla(s) directamente a dicha entidad financiera o a quien ella autorice, previa cuenta que le formule al Pagador y de acuerdo con el convenio que el BANCO y el Pagador suscriban o tengan suscrito.
- Durante el tiempo que permanezca en vacaciones y licencias, de manera expresa e irrevocable autorizo al Pagador para deducir, retener y pagar por anticipado de mi(s) salario(s), prestaciones sociales, indemnizaciones, compensaciones y bonificaciones y de cualquier emolumento a mi favor, el valor de las cuotas que deba pagar por el crédito de la referencia. Igualmente autorizo al Pagador para que deduzca y retenga lo correspondiente a las cuotas que me he obligado a pagar al BANCO, cuando los descuentos sean suspendidos o no sean suficientes o no se puedan realizar por cualquier causa (por ejemplo licencia no remunerada, incapacidad médica, suspensión disciplinaria, etc.), a partir del siguiente mes a mi reintegro o a la cesación de la causa, por el número de cuotas adicionales y por el valor de éstas que reporte el BANCO para la cancelación del crédito.
- Así mismo, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para que en caso de mi retiro definitivo, cualquiera que sea la causa, deduzca y retenga y pague a favor del Banco FINANDINA o de su cesionario, el saldo insoluto de la(s) deuda(s), con cargo directo a mis salarios, primas, prestaciones sociales, bonificaciones, indemnizaciones, liquidaciones, así como de cualquier otra suma a la que tenga derecho. Autorizo a que en cualquier evento se retenga el 100% de la liquidación de mis prestaciones sociales con destino al pago de la(s) obligación(es) que adquiriere para con el BANCO.
- El no descuento por nómina de la(s) cuota(s) en las fechas estipuladas, no me exime de la responsabilidad de cancelar en forma oportuna las cuotas convenidas en las oficinas del BANCO o a través de la red de recaudo autorizada.

- En caso de retiro, incapacidad o reconocimiento de pensión, autorizo de manera expresa e irrevocable al Pagador para reportar la novedad de esta libranza y la(s) obligación(es) a mi cargo a la Caja, Colpensiones, Sociedad Administradora de Pensiones o a la entidad obligada al pago de la asignación, indemnización, prestación o pensión de jubilación y/o de vejez, para que dicha ENTIDAD EN SU CALIDAD DE Entidad Pagadora deduzca, retenga y pague al BANCO el(los) crédito(s) que le adeude. Esta autorización incluye el reporte de la novedad, en su caso, al Ministerio de Defensa, Policía Nacional y a las Cajas y Fondos Adscritos o vinculados a dichas entidades tales como CREMIL, CASUR, CAGEN. En caso de coexistir pensión de jubilación y pensión de vejez a mi favor, el Banco podrá remitir esta Autorización a los dos Pagadores y éstos quedan autorizados para deducir y retener de mis pensiones y entregarle al Banco las sumas a mi cargo por concepto del (de los) crédito(s) adeudado(s).
- En el evento en que cambie de Empleador o Entidad Pagadora, la presente autorización de descuento faculta sin más requisitos al BANCO para solicitar a cualquier Empleador o Entidad Pagadora el giro correspondiente de los recursos a que tenga derecho, para la debida atención de la(s) obligación(es) adquirida(s) bajo la modalidad de libranza o descuento directo.
- Para los descuentos, retenciones y pagos del BANCO, se tendrá como suficiente y así lo declaro expresamente, la certificación que Banco FINANDINA emita sobre el saldo debido a su favor. El BANCO podrá ingresar a la página web de mi Empleador/Entidad Pagadora y utilizar el número de mi cédula de ciudadanía con la cual podrá consultar mis desprendibles de pago. Así mismo, el firmante de esta libranza autoriza expresamente al Empleador/Entidad Pagadora, para retener el producto de las liquidaciones parciales o totales hasta tanto presente el paz y salvo expedido por el BANCO, entidad que queda revestida de personería suficiente para que con las más amplias facultades, tramite todo lo referente al reconocimiento de mis prestaciones sociales y reciba el correspondiente pago. Es entendido que las autorizaciones dadas mediante este documento, se predicán tanto del Deudor como del Codeudor, de manera que los descuentos, deducciones y retenciones para pagar el(los) crédito(s) otorgado(s), se efectuaran en el siguiente orden: Deudor y Codeudor. Igualmente en señal de que aceptamos las obligaciones como tales en los términos expresados, solidaria y mancomunadamente firmamos:

Deudor	Codeudor
Nombre del deudor: <u>Luis Hernando Mullan Varela</u>	Nombre del codeudor: _____
Firma	Firma
C.C. <u>16 786 770</u>	C.C. _____

Señale tipo o clase de Pensión: Pensión de Vejez _____ Pensión de Invalidez _____ Pensión de Sobrevivientes _____ Pensión de Jubilación _____ Especifique porcentaje _____

PARA SER DILIGENCIADO POR EL EMPLEADOR DEL TRABAJADOR INTERESADO

De acuerdo con la autorización de nuestro empleado, el Empleador/Entidad Pagadora se compromete a realizar los descuentos en la forma y plazos que le reporte el BANCO FINANDINA, conservará una copia con el fin de proceder a girar los valores correspondientes al BANCO conforme con lo establecido en la ley 1527 de 2012 y demás disposiciones que la reglamente, modifiquen o sustituyan. En señal de aceptación firmo a los _____ días del mes _____ del año _____

Nombre del empleador: _____

Sello del empleador: _____

Firma del Representante Legal o de la persona jurídica autorizada por el empleador: _____

Observaciones: _____

Nombre del Representante: _____

C.C. _____

Calidad en la que actúa: _____

Clave para Consulta de desprendibles de pago: _____

CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO

La presente solicitud de seguro aplica para el Seguro de Vida Grupo Deudores
Crédito de Vehículo y Leasing, Libre inversión y Libranza
y el Seguro de Vida Grupo Voluntario (Doble vida)

DATOS DEL TOMADOR

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	NIT	860.051.894-6	RAZÓN SOCIAL	BANCO FINANADINA S. A.
----------------------------	-----	---------------	--------------	------------------------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	DÍA	MES	AÑO
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/>	16.786.770	cali	31	05	1989
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Millan	Varela	Luis	Hernando		
DIRECCIÓN DOMICILIO	TELÉFONO FIJO / CELULAR	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO		
Cr 37 # 47-261 int 301	3107745537	Copacabana	Antioquia		
CORREO ELECTRONICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	GÉNERO
lhm2601@hotmail.com	Candelaria	26	01	1971	M
DEPORTES QUE PRACTICA	Ocupación DETALLADA	PESO	ESTATURA		
Ninguno	Pensionado	80 Kg	1.67 Cms		
		VALOR CRÉDITO (SEGURO DE GRUPO DEUDORES)			
		\$ Planto Aprobado			

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.		Loa de ley				
2.						
3.						
4.						

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

PATOLOGÍA / ENFERMEDAD	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle información preguntas anteriores)
Hipertensión Arterial Controlada		<input checked="" type="checkbox"/>	Patología / Enfermedad
Diabetes Mellitus		<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha comienzo
Hipotiroidismo		<input checked="" type="checkbox"/>	Tratamiento
Hiperlipidemia		<input checked="" type="checkbox"/>	
Colesterol		<input checked="" type="checkbox"/>	
Triglicéridos		<input checked="" type="checkbox"/>	
Gastrointestinal		<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?		<input checked="" type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones.			

POLIZA SEGURO DE VIDA



00100000185252

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO VOLUNTARIO

¿Solicita Seguro de Vida Grupo Voluntario? Si ☐ No ☒

Amparos del seguro Voluntario:

- Amparo básico de muerte
- Incapacidad total y permanente
- Enfermedades graves
- Indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración
- Auxilio funerario

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO (VOLUNTARIO)

TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.						
2.						
3.						
4.						

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Cláusula de Tratamiento de Datos Personales: Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, a actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, entendiéndose como LA ASEGURADORA para:

- a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA. Si ☒ No ☐
- b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al Artículo 12 del Decreto 1377 de 2013. Si ☐ No ☒
- c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el Artículo 6 de la Ley 1581 de 2012. Si ☒ No ☐
- d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el Artículo 26 de la Ley 1581 de 2012. Si ☐ No ☒

INFORMACIÓN ADICIONAL

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

1. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. Si ☐ No ☒
2. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Si ☒ No ☐
3. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros provienen de actividades lícitas. Si ☒ No ☐
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 02 días del mes de abril del año 2018 en la ciudad de Bogotá.

Luis Hernando Millan V

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA SOLICITANTE

C.C. 16786770



HUELLA ÍNDICE
DERECHO

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO VIDA GRUPO

A. SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CRÉDITO DE VEHÍCULO Y LEASING, LIBRE INVERSIÓN Y LIBRANZA

1. TOMADOR
BANCO FINANDINA

2. GRUPO ASEGURADO
DEUDORES DEL BANCO FINANDINA

3. BENEFICIARIO

BANCO FINANDINA ADQUIERE EN TODOS LOS CASOS LA CALIDAD DE BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO, HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO; ENTENDIÉNDOSE COMO SALDO INSOLUTO EL SALDO DE CAPITAL, MAS INTERESES CORRIENTES, MAS INTERESES DE MORA, MAS HONORARIOS JURIDICOS Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS Y SOBRE LOS CUALES SE HAYA CALCULADO LA PRIMA COBRADA.

EN CASO DE EXISTIR UN REMANENTE, SERÁ PAGADO A LOS DEMÁS BENEFICIARIOS.

4. COBERTURA DEL SEGURO

LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SERÁ EL TIEMPO QUE TRANSCURRA ENTRE LA FIRMA DEL PAGARÉ O CONTRATO DE LEASING, DESEMBOLSO DEL CRÉDITO, O ACTIVACIÓN DEL PRODUCTO CUANDO APLIQUE, Y EL PAGO TOTAL DEL MISMO INCLUYENDO LAS PRÓRROGAS Y RENOVACIONES.

5. AMPAROS

5.1. BÁSICO

5.1.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYE HOMICIDIO, SUICIDIO, MUERTE ACCIDENTAL, DESAPARICIÓN Y TERRORISMO, DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DEL SEGURO Y SIDA DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL SERÁ IGUAL AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA Y PRIMAS DE SEGURO NO CANCELADAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS FACTORES SE HAYAN TENIDO EN CUENTA PARA EL CÁLCULO DE LA PRIMA.

5.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS, SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD SE HAYA DADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. PARA LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DEL RÉGIMEN ESPECIAL, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ CON BASE EN LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EXPEDIDA POR EL ENTE CALIFICADOR DE SU ENTIDAD, SIN NECESIDAD DE PRESENTAR CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDA POR LA JUNTA MEDICA REGIONAL, EPS, ARL O AFP. UNA VEZ AFECTADO ESTE AMPARO CESARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:

Crédito de Vehículo y Leasing , Libre inversión y Libranza:

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de permanencia
BÁSICO (Muerte por cualquier causa)	18 AÑOS	75 Años + 364 días	limitada
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 AÑOS	70 Años + 364 días	74 Años + 364 días

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

TODOS LOS SOLICITANTES EN EL MOMENTO DE REQUERIR UN CRÉDITO NUEVO, UNA REESTRUCTURACIÓN Y/O REFINANCIACIÓN, DEBEN CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL Y LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD INDICADOS A CONTINUACIÓN, DE ACUERDO A LA EDAD Y VALOR ASEGURADO.

Edades	Valor asegurado individual	Requisitos
	Hasta \$500.000.000	Solicitud individual
Hasta 75 años + 364 días	De \$500.000.001 a \$1.000.000.000	• Solicitud individual • Examen médico general (Forma SV-03) • Análisis de orina completo • Electrocardiograma en reposo

CUANDO EL SOLICITANTE EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, RESPONDA AFIRMATIVAMENTE QUE HA SUFRIDO UNA ENFERMEDAD, DEBE ENVIAR EL RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA, DONDE CONSTE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES MARCADAS AFIRMATIVAMENTE Y SU EVOLUCIÓN HASTA LA FECHA, LUEGO DE LO CUAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA DARÁ RESPUESTA DENTRO DE LOS DOS (2) DÍAS HÁBILES, POR ESCRITO SOBRE DICHA SOLICITUD, INDICANDO LA ACEPTACIÓN O NO DEL RIESGO DECLARADO CON EL COBRO DE LA EXTRA PRIMA CORRESPONDIENTE.

SE GARANTIZA REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS A DOMICILIO CUANDO LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD LO REQUIERAN.

8. CUADRO DE EXTRAPRIMAS:

ENFERMEDADES PARA AQUELLOS ASEGURADOS ENTRE LOS 18 Y 64 AÑOS MAS 364 DÍAS, DUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$200.000.000, QUE DECLAREN UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

Patología	Extraprima
Hipertensión arterial controlada	50%
Diabetes mellitus	50%
Colesterol	50%
Triglicéridos	50%
Gastrointestinal	50%
Hipotiroidismo	25%
Hiperlipidemia	25%

* PARA LOS CRÉDITOS DE LA LÍNEA DE LIBRANZA SE AMPLIA LA EDAD HASTA LOS 75 AÑOS Y VALOR ASEGURADO MÁXIMO HASTA \$60.000.000.

SI EL ASEGURADO DECLARA UNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN EL PUNTO ANTERIOR, O CUANDO COEXISTAN DOS O MAS ENFERMEDADES, ADEMÁS DE LOS OTROS FACTORES DE RIESGO INCLUIDO EL SOBREPESO, EL INGRESO DEBERÁ SER EVALUADO POR EL MÉDICO SUSCRIPTOR.

9. VALOR ASEGURADO

9.1 CRÉDITO DE VEHÍCULO Y LEASING, LIBRE INVERSIÓN Y LIBRANZA:

CRÉDITO DE VEHÍCULO Y LEASING, LIBRANZA Y LIBRE INVERSIÓN EL VALOR ASEGURADO POR PERSONA SERÁ EL EQUIVALENTE AL VALOR DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA Y PRIMAS DE SEGURO NO CANCELADAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS FACTORES SE HAYAN TENIDO EN CUENTA PARA EL CÁLCULO DE LA PRIMA, SIN SUPERAR EN NINGÚN CASO LA SUMA DE \$1.000.000.000, ACUMULADA EN UNO O VARIOS CRÉDITOS.

B. SEGURO VIDA GRUPO VOLUNTARIO DOBLE VIDA

1. TOMADOR
BANCO FINANDINA

2. GRUPO ASEGURADO
CLIENTES DEL BANCO FINANDINA QUE VOLUNTARIAMENTE ADQUIEREN LA PROTECCIÓN DE VIDA.

3. BENEFICIARIO

LOS BENEFICIARIOS SON LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, O EN SU DEFECTO LOS DE LEY.

4. COBERTURA DEL SEGURO

LA COBERTURA DE LA PÓLIZA SERÁ EL TIEMPO QUE TRANSCURRA ENTRE LA FIRMA DEL PAGARÉ O CONTRATO DE LEASING, DESEMBOLSO DEL CRÉDITO, O ACTIVACIÓN DEL PRODUCTO CUANDO APLIQUE, Y EL PAGO TOTAL DEL MISMO INCLUYENDO LAS PRÓRROGAS Y RENOVACIONES.

5. AMPAROS

5.1. BÁSICO

5.1.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:

AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYE HOMICIDIO, SUICIDIO, MUERTE ACCIDENTAL, DESAPARICIÓN Y TERRORISMO, DESDE EL PRIMER DÍA DE VIGENCIA DEL SEGURO Y SIDA DIAGNOSTICADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

5.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS, SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SIEMPRE Y CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD SE HAYA DADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. PARA LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DEL RÉGIMEN ESPECIAL, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ CON BASE EN LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EXPEDIDA POR EL ENTE CALIFICADOR DE SU ENTIDAD, SIN NECESIDAD DE PRESENTAR CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDA POR LA JUNTA MEDICA REGIONAL, EPS, ARL O AFP. UNA VEZ AFECTADO ESTE AMPARO CESARÁ LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA.

5.3 INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION

CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL Y LA PÉRDIDA FUNCIONAL O ANATÓMICA QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO ESTE OCURRA DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL ACCIDENTE.

EN DESMEMBRACIÓN APLICA SEGÚN TABLA DE PORCENTAJE DE PÉRDIDA QUE SE ENCUENTRAN EN EL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA.

5.4 ENFERMEDADES GRAVES

SE PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR CONTRATADO EN CASO QUE DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO LE SEA DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DESCRITAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA:

1. CÁNCER (INCLUYE LEUCEMIA, LINFOMAS, ENFERMEDAD DE HODGKIN, MELANOMA MALIGNO)
2. INFARTO AL MIOCARDIO
3. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
4. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
5. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGIA
6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, INTESTINO DELGADO Y MEDULA ÓSEA).

LA INDEMNIZACIÓN OPERA COMO ANTICIPO DEL 60% DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA.

5.5 AUXILIO FUNERARIO

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL ASEGURADO LLEGASE A FALLECER, A CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO, LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO.

6. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA:

Amparo	Edad mínima de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad de permanencia
BÁSICO (Muerte por cualquier causa)	18 AÑOS	75 Años + 364 días	limitada
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	18 AÑOS	70 Años + 364 días	74 Años + 364 días
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	18 AÑOS	75 Años + 364 días	limitada
ENFERMEDADES GRAVES	18 AÑOS	59 Años + 364 días	64 Años + 364 días
AUXILIO FUNERARIO	18 AÑOS	75 Años + 364 días	limitada

7. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

TODOS LOS SOLICITANTES EN EL MOMENTO DE REQUERIR UN CRÉDITO NUEVO, UNA REESTRUCTURACIÓN Y/O REFINANCIACIÓN, DEBEN CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL Y LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD INDICADOS A CONTINUACIÓN, DE ACUERDO A LA EDAD Y VALOR ASEGURADO.

Edades	Valor asegurado individual	Requisitos
Hasta 75 años + 364 días	Hasta \$300.000.000	Solicitud individual y declaración de asegurabilidad

8. VALOR ASEGURADO

Amparo	Valor Asegurado
BÁSICO (Muerte por cualquier causa)	El mismo valor del seguro de vida grupo deudores, sin exceder \$300.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	El mismo valor del seguro de vida grupo deudores, sin exceder \$300.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN	El mismo valor del seguro de vida grupo deudores, sin exceder \$300.000.000
ENFERMEDADES GRAVES	El 60% del Amparo básico
AUXILIO FUNERARIO	El 10% del amparo básico, máximo \$10.000.000.00

9 DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES Y/O VIDA GRUPO VOLUNTARIO:

LOS SIGUIENTES SON LOS DOCUMENTOS QUE SE EXIGIRÁ PARA ATENDER UNA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL, SEGÚN SEA EL CASO:

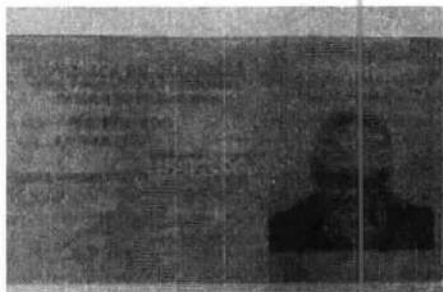
- A. REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO O FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA
- B. REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- C. LIQUIDACIÓN DE LA OBLIGACIÓN ESTIMADA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO (VIDA GRUPO DEUDOR).
- D. CERTIFICADO DEL MÉDICO, CUANDO SE TRATE DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA LOS ASEGURADOS QUE HAGAN PARTE DEL RÉGIMEN ESPECIAL.
- E. ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER O CERTIFICACIÓN DE LA FISCALÍA QUE ADELANTA LA INVESTIGACIÓN, EN CASO DE MUERTE VIOLENTA.
- F. PARA LOS ASEGURADOS QUE NO HAGAN PARTE DE UN RÉGIMEN ESPECIAL SE REQUIERE LA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ EMITIDA POR LA JUNTA MEDICA REGIONAL, EPS, ARL O AFP.
- G. EN CASO DE MUERTE NATURAL EN UNA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ES IMPORTANTE LA SOLICITUD DE LA HISTORIA DEL FALLECIMIENTO.
- H. SOLICITUD DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.

10. CLAUSULADO

RECOMENDAMOS AL ASEGURADO LEER EL PRESENTE CLAUSULADO, DONDE SE DETALLAN LOS AMPAROS Y EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA. ASÍ MISMO LO PUEDE CONSULTAR EN LA PÁGINA DEL BANCO FINANDINA WWW.BANCOFINANDINA.COM Y DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA WWW.ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO DE CONFORMIDAD CON EL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 1047 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LO NO CONTENIDO EN ESTE CLAUSULADO, SE TENDRÁN COMO CONDICIONES GENERALES LAS DEPOSITADAS EN LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO CLAUSULADO 25112016-1502-P-31, DS-C.02.02-PER-14 V. 2, Y VIDA GRUPO DEUDORES CLAUSULADO 02/08/2017-1502-P-PERSO-CL-SUSV-06

En caso de reclamación o inquietud, comuníquese totalmente gratis desde cualquier ciudad del país a la Línea de Atención Solidaria 018000 512021, en Bogotá al 291 6868 o desde cualquier celular al #789, las 24 horas del día, los 365 días del año

Caso #360636



Nombre: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Identificación: 16786770

Oficina: FND02 - FINANDINA ANDROID

Fecha radicación: 20/03/18 @ 04:20:36

Fecha respuesta: 20/03/18 @ 04:25:29

Radicador: d76a1cf5d7d78be1

Impresor: edwin vela

Resultado: SIN PROBLEMA - CEDULA ORIGINAL

Observaciones:



CREMIL
Caja de Retiro de las Fuerzas Militares

(<https://www.cremil.gov.co/>)

Comprobantes de pago

Fecha de generación : 20-03-2018 05:25 pm

Caja de Retiro de las FF.MM.-				Fecha de pago	28022018
Nombre	MILLAN VARELA LUIS HERNANDO			Nro.Cuenta	
Dirección	RESIDENCIAL Carrera 37 # 47 - 263				
Unidad	61013	Grado	SP	Nro.Cedula	16786770

Conceptos Devengados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
	Sueldo Basico			1,592.498
	*Partidas Computables			2.115.702
	**Base Liquidacion			3.708.200
	***% de Liquidacion			78
001	001	01022018	28022018	2.892.396
TOTAL DEVENGADO				2.892.396

Conceptos Descontados				
Cod	Descripción	Inicia	Termina	Valor
105	DTOLEYCRFM1%	201802	201802	28.924
110	DTOSERMEDIC4%	201802	201802	115.696
TOTAL DEDUCCION				144.620
NETO				2.747.776

Nota:* : Partidas Computables :PRIMA DE ACTIVIDAD 49.5% * PRIMA DE ANTIGÜEDAD 22% * SUBSIDIO FAMILIAR 39% * DOCEAVA PARTE DE LA PRIMA DE NAVIDAD \$355,992

La base de liquidación corresponde al sueldo básico + la sumatoria de la totalidad de las partidas computables.

El porcentaje de liquidación corresponde a los años de servicio prestados a la Fuerza

Aplicada la protección del 50% - A la fecha, usted solo puede comprometer hasta \$1,301,578 para nuevos descuentos.

Consulte y descargue la respuesta a sus derechos de petición a través de www.cremil.gov.co, servicios en línea/Consulta derechos de petición y si el envío físico se encuentra devuelto y su causal en el botón rojo CORRESPONDENCIA DEVUELTA ubicado en la página principal

Actualice sus datos de contacto en www.cremil.gov.co

Para verificar la autenticidad de este comprobante consulte la siguiente página

<https://www.cremil.gov.co/tools/comprobante.php?hash=24005620&cedula=16786770&print>



MUNICIPIO DE
COPACABANA



Certificado: SC 4453-1



Certificado: Q

NIT 890 980 767-3
Carrera 50 No 50-15
TELÉFONO (4) 274 00 89
e-mail: hacienda@copacabana.gov.co

DETERMINACIÓN OFICIAL DEL IMPUESTO PREDIAL UNIFICADO

RESOLUCIÓN FACTURA No.
110003324710

PROPIETARIO: LUIS HERNANDO WILLAN VARELA
DIRECCIÓN: CR 040048-350 APT 315
CÓDIGO: CC 16786770

ABONO: 0.00
IMPUESTO ANUAL: 305 104.00

PERIODO: 1 2017
PAGUE SIN RECARGO: DIA MES AÑO 22 8 2017
PAGUE CON RECARGO: DIA MES AÑO 30 9 2017

PREDIO No.	DIRECCIÓN PREDIO	MATRICULA INMOBILIARIA	DESTINO	AVALUO DEL DERECHO	AVALUO TOTAL	NCV	TAR	IMPUESTO
212-1-001-004-0014-00021-00001-00037	KIR 40 N 48-50 APT 315	06567	HAB (100%)	305 104.410	30 510 419	0	7	76 276

Transparente y Amable

RESUMEN DE CANTIDAD					
VALOR PERIODO	VIGENCIA ACTUAL	VIGENCIA ANTERIOR	RECARGOS	TOTAL POR CONCEPTO	
15 255.00	15 255.00	0.00	0.00	15 255.00	
7 028.00	7 028.00	0.00	0.00	7 028.00	
13 783.00	13 783.00	0.00	0.00	13 783.00	

REFERENCIA 1: 110003324710

REFERENCIA 2: 16786770

TOTAL A PAGAR

76 276.00

OBSERVACIONES: SEÑOR CONTRIBUYENTE, USTED PUEDE REALIZAR LOS PAGOS DE SUS IMPUESTOS POR INTERNET, MIRANDO EL BOTÓN QUE HAY EN LA PAGINA DEL MUNICIPIO.

FECHA DE VENCIMIENTO

30 septiembre 2017

Visión Social

José Luis Cardona
SECRETARIO DE HACIENDA

Desarrollo Sostenible

Movilidad Sostenible

Competitividad

Copacabana somos Todos



Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com>

EXCEPCION CLIENTE MONTO 67 MM CREMIL - LIBRE INVERSION CASO 357756 - LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Jose Fransisco Moyano Vergara <jose.moyano@bancofinandina.com>
Para: Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com>

23 de marzo de 2018, 18:17

OK AURORIZADO RADICAR

sustentar respaldo patrimonial
radicar SIN ERRORES



 **José Francisco Moyano Vergara**
Dirección Gestión de Convenios y
venta de Libranzas Pais
 **jose.moyano@bancofinandina.com**
PBX 6511919 Ext 1545
Banco Finandina S.A
 Kilómetro 17 Carretera Central del
Norte Bogotá - Chia
www.bancofinandina.com
 Bogotá - Chia, Colombia

El 23 de marzo de 2018, 9:26, Angie Jenniffer Malagon Franco <angie.malagon@bancofinandina.com> escribió:
Buena tarde jefe, envío conocimiento de cliente relacionado en asunto para radicar por 67.000.000 de la asesora LINA
VANEGAS para su VoBo y continuar con proceso

Caso: 357756
Nombre Cliente LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
Cédula: 16786770
Convenio: CREMIL
Monto solicitado: \$67.000.000
Plazo: 106 MESES
Ingresos: \$ 2.892.396
Calificación: A
Acierta: 868
Tasa política: 1.29%
Fecha inicio trámite en LP / BPM: 21/03/2018
Ejecutivo: Lina Paola Vanegas
Coordinación: SALA 3 - ANGIE MALAGON FRANCO
Justificación (Detallado): **Crédito Libre inversión** para mejoras de vivienda y negocio respaldo patrimonial por
200.000.000 representados en una casa en Copacabana - Antioquia

Mil gracias

La Marca De Una Banca Diferente.

Angie Malagón Franco
COORDINADORA DE LIBRANZA FMV



angie.malagon@bancofinandina.com
(+571) 6511919 Ext. 1429
3188759453



Banco Finandina S.A
Calle 93B N. 19-31 Piso 2



Bogotá D.C. Colombia
www.bancofinandina.com



Ayúdenos a conservar nuestros árboles



Antes de imprimir, piense en su responsabilidad y compromiso con el **MEDIO AMBIENTE**

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente, excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente,

excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

AVISO LEGAL

Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener información confidencial o legalmente protegida. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje así como todas sus copias y notifique al remitente. No se renuncia al derecho a mantener reservada o secreta cierta información por haberle enviado equivocadamente el correo electrónico. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Banco Finandina no asume ninguna responsabilidad por la pérdida o daños relacionados con este correo electrónico. Cualquier opinión expresada en este mensaje proviene del remitente, excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de Banco Finandina.

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL



Identificación: 16786770

Impreso: 22/10/2022 - 15:25:22

Página 1 de 3

Paciente: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Fecha y Lugar: 22/10/2022

VILLAVICENCIO - META

INFORMACION DEL PACIENTE

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

EPS: SANIDAD MILITAR

AFP: NO REPORTA

Dirección: URBANIZACION VILLA CARMELITA

Edad: 51

Estrato:

Fecha y Lugar de Nacimiento: 26/01/1971

CANDELARIA

Escolaridad: BACHILLERATO -

ARL: NO REPORTA

Profesión:

Teléfono: no reporta

Móvil: 3014861778

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

Cargo: PENSIONADO - Descripción del Cargo: PENSIONADO

Empresa: PARTICULAR -

Tipo de Examen: EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL - Antigüedad: 0 - Turno: Diurno

Materias Primas:

Equipos o Herramientas Utilizadas:

Usa elementos de protección personal: N - Control Fuente: N - Control Medio: N - Tiempo de Exposición:

Acciones Realizadas: OTRA - Pocióes: DE PIE - Elementos de Protección Personal: OTROS

Biológicos	Físicos	Químicos	Biomecánico	Psicosocial	Condiciones de Seguridad	Fenómenos Naturales
Virus Bacterias Hongos Rickettsias Parásitos Picaduras Mordeduras Fluidos o Excrementos	Ruido Iluminación Vibración Temperatura Presión Atmosférica Radiación Ionizante Radiación No Ionizante	Polvo Fibras Líquidos Gases Vapores Humo Material Particulado	Trabajo Estático Esfuerzo Físico Manejo de Cargas Posturas Forzadas Trabajo Sedente Movimientos	Contenido de la Tarea Relaciones Humanas Riesgo Contra Persona Secretos del Producto Secretos del Proceso Gestión Administrativa Organización del	Mecánico Riesgo Eléctrico Locativo Tecnológico Accidente de Tránsito Rápido Trabajo en Alturas Trabajo en Espacios Confinados	Sismo Terremoto Vendaval Inundación Granizo Precipitaciones

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Cargo	Tiempo de Exposición	Riesgos	Biológico	Físico	Químico	Biomecánico	Psicosocial	Seguridad	F. Naturales
EJERCITO	SARGENTO	22 AÑOS						X	X	

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. HTA	N	
2. INFARTO	N	
3. ACV	N	
4. ALERGIAS	N	
5. ULCERA PÉPTICA	N	
6. DIABETES	N	
7. ASMA	N	
8. T B C	N	
9. ARTRITIS	N	
10. ENFERMEDAD MENTAL	N	
11. CANCER	N	
12. OTROS	N	

ANTECEDENTES PERSONALES

Tipo	Refiere	Observaciones
1. PATOLÓGICOS	S	HTA, DMT GASTRITS CRONICA LEUCOPENIA CRONICA ATROFIA TESTICULAR, GONALGIA LUMBAGO
2. HOSPITALARIOS	N	
3. QUIRÚRGICOS	S	COLECISTECTOMIA VASECTOMIA
4. TRAUMÁTICOS	N	
5. ALÉRGICOS	N	
6. TÓXICOALÉRGICOS	N	
7. FARMACOLÓGICOS	S	JANUMET 50/100 LOSARTAN 50 X2 FENOFIBRATO ESOMEPRAZOL
8. PSIQUIÁTRICOS	N	
9. INMUNOLÓGICOS	N	
10. NUTRICIONALES	N	
10. OTROS	N	

RESUMEN DE ANTECEDENTES

PERSONALES	1. PATOLÓGICOS	HTA, DMT GASTRITS CRONICA LEUCOPENIA CRONICA ATROFIA TESTICULAR, GONALGIA LUMBAGO	22/10/2022
PERSONALES	3. QUIRÚRGICOS	COLECISTECTOMIA VASECTOMIA	22/10/2022

Paciente: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA

Identificación: 16786770

Impreso: 22/10/2022 - 11:21:23

Fecha y Lugar: 22/10/2022

VILLAVICENCIO - META

Página 2 de 3

PERSONALES

7. FARMACOLÓGICOS

JANUMET 50/100 LOSARTAN 50 X2 FENOFIBRATO ESOMEPRAZOL

22/10/2022

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

Menarca: 0 - Ciclo: 0 - Grávida: 0 - Partos: 0 - Cesáreas: 0 - Abortos: 0 - Mortinatos: 0 - Ectópicos: 0 - FUM: 0 - FUP: 0 Dismenorrea: N - Última Citología: - Resultado última citología: - Transformos del Ciclo: - Planificación: NO APLICA

HABITOS

Tipo de Fumador: No Fumador - Años de Suspensión del hábito: 0 - Años de Fumador: 0 - Número de Cigarrillos al día: 0
Tipo de Bebedor: No Bebe - Años de hábito: 0 - Frecuencia de Consumo: N/A - Tipo de Licor: - ¿Ha tenido problemas con la bebida?: S - ¿Cuál Problema?: NIEGA - Años de suspensión: 0
¿Toma algún medicamento regularmente?: S - ¿Cuál?: NIEGA
Deporte: SI - NIEGA - Frecuencia: N/A
Psicotrópicos: SI - NIEGAS

ACCIDENTE LABORAL

Fecha:	Empresa:	Causa:	Lesión:	Parte Afectada:	Incapacidad:	Secuelas:
X	NIEGA	X	X	X	X	X

ENFERMEDAD LABORAL

Fecha:	Enfermedad:	Estado Actual:
X	NIEGA	X

REVISION POR SISTEMAS

Tipo	Refiere	Observaciones
1. CABEZA	N	
2. OJOS	N	
3. OIDOS	N	
4. NARIZ	N	
5. BOCA	N	
6. FARINGE	N	
7. CUELLO	N	
8. TORAX	N	
9. CARDIOPULMONAR	N	
10. ABDOMEN	N	
11. GENITOURINARIO	N	
12. EXTREMIDADES SUPERIORES	N	
13. EXTREMIDADES INFERIORES	N	
14. COLUMNA	N	
15. NEUROLOGICO	N	
16. PIEL Y UÑAS	N	
17. OTROS	N	

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE ASINTOMATICO ASISTE A VALORACION MEDICA OCUPACIONAL

EXAMEN FISICO

Talla: 158 cm Peso: 84 KG IMC: 34 - - Obesidad I Temperatura: 37 °C Tensión Arterial: 130/80 Frecuencia Cardíaca: 80
Frecuencia Respiratoria: 16 Biotipo: N/A Lateralidad: Derecha Estado General: Bueno
CABEZA/CRÁNEO: NORMAL - OROFARINGE: Amígdalas: NORMAL - Faringe NORMAL
CAVIDAD ORAL: Dientes: NORMAL - Encías: NORMAL - Labios: NORMAL - Mucosa Bucal: NORMAL - Lengua: NORMAL - Paladar: NORMAL
OJOS: Conjuntivas: NORMAL - Córnea: NORMAL - Fondo de Ojos: NO EXAMINADO - Párpados: NORMAL
AGUDEZA VISUAL: LEJANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
AGUDEZA VISUAL: CERCANA: Sin Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0 - Con Lentes: O.D. 20/0 - O.I. 20/0 - A.O. 20/0
OIDOS: Inspección Externa: NORMAL - Otoscopia: NORMAL
NARIZ: Inspección Externa: NORMAL - Rinoscopia: NO EXAMINADO
CUELLO: Inspección: NORMAL - Palpación: NORMAL
TORAX: Inspección: NORMAL - Ventilación Pulmonar: NORMAL - Conformación: NORMAL - Mamas: NO EXAMINADO - Ruidos Cardíacos: NORMAL
ABDOMEN: Exploración: NORMAL - Palpación: NORMAL - Inspección: NORMAL
OSTEOMUSCULAR: Inspección de Columna: NORMAL - Palpación Columna: NORMAL - Miembros Superiores: NORMAL - Miembros Inferiores: NORMAL
Columna Vista Lateral: Normal - Columna Vista Posterior: Alineada - Flexibilidad Wells: IV - Lasegue: Negativo - Compresión Radicular: Negativo
Extremidades Superiores: Tinel: Negativo - Phanel: Negativo - Finkelstein: Negativo
GENITOURINARIO: Genitales: NO EXAMINADO - Región Inguinal: NORMAL
OTROS: Equilibrio: NORMAL - Pares Craneanos: NORMAL - Marcha: NORMAL - Piel y Faneras: NORMAL - Reflejos Tendinosos: NORMAL - Sensibilidad: NORMAL - Conciencia: NORMAL
OTROS HALLAZGOS EN EL EXAMEN FISICO: NINGUNA

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Examen	Concepto Especialidad	Consideraciones Médicas	Diagnóstico
--------	-----------------------	-------------------------	-------------

MEDICINA

Recomendaciones

Impresión Diagnóstica - CIE10

Código:	Diagnóstico:	Posible Origen de la Enfermedad:	Observaciones:
---------	--------------	----------------------------------	----------------

Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL

No Definido

Observaciones de la impresión diagnóstica:

Calle33B N°37-16 TELs: (8)6740996 E-Mail: Cel: 3177630173 Villavicencio

Impreso por Software SIMEDI - Salud Laboral - www.sigaltda.com.co

Paciente: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA Identificación: 16786770
Fecha y Lugar: 22/10/2022 VILLAVICENCIO - META
Impreso: 22/10/2022 - 11:21:23
Página 3 de 3

CONCEPTO DE APTITUD

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL SATISFACTORIA

Notas: SE REALIZA AUDITORIA A HISTORIA CLINICA DE PACIENTE EN MENSION DONDE SE EVIDENCIA QUE PACIENTE NO TENIA CONOCIMIENTO, NI SE DOCUMENTA HISTORIA DE PATOLOGIAS QUE LO LLEVARON A CALIFICACION DE INVALIDEZ DADO PACIENTE FUE DIAGNOSTICADO Y CALIFICADO EN EL 25 DE JULIO DEL 2019, PREVIO A ESTE DICTAMEN NO HAY ANTECEDENTES PATOLOGICOS NI FARMACOLOGICOS, POR LO CUAL SE CERTIFICA HISTORIA CLINICA APARTIR DEL AÑO 2019.

RESTRICCIONES

Tipo de Restricción: Condiciones, Factores, Agentes Asociados: Permanentemente:
NO

REMISION A ESPECIALISTAS

Remisión: Observaciones:
NO

INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA O AL PROGRAMA DE PREVENCION Y PROMOCION

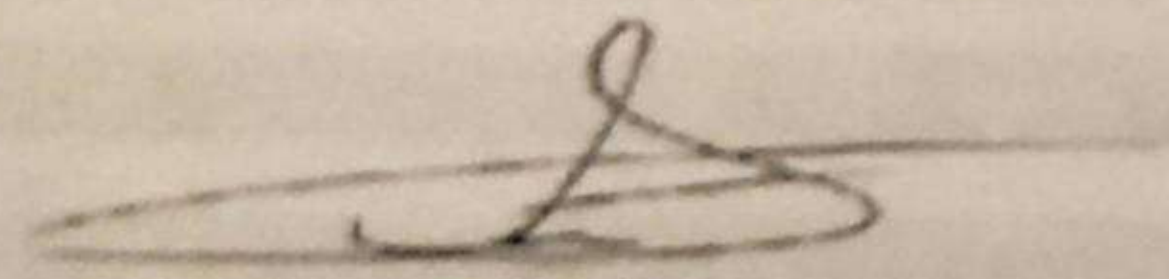
Violencia: Observaciones:
NO

RECOMENDACIONES PARA EL CARGO

OBSERVACIONES

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que Si he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que Si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, Si autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Note: Dando cumplimiento a las disposiciones legales, Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS, que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice, corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad.


Dr. Alexander Gomez Hernandez
Médico Especialista
Especialización en Salud Ocupacional
Código Profesional: 74372550

ALEXANDER GOMEZ HERNANDEZ 74372550
Profesional

LUIS HERNANDO MILLAN VARELA 16786770
Firma y cédula del Paciente

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ASESORIAS INTEGRALES Y CAPACITACION EN SGI S.A.S - FELAIFEL IPS
NIT: 901047739-5

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 16786770-22197

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	22/10/2022 - VILLAVICENCIO - META	Tipo de Examen:	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL	
Paciente:	LUIS HERNANDO MILLAN VARELA	Identificación:	16786770	
Género:	MASCULINO Edad: 51	Teléfono:	no reporta	Móvil: 3014861778
Fecha Nacimiento:	26/01/1971	Cargo:	PENSIONADO	
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	SANIDAD MILITAR	
Dirección:	URBANIZACION VILLA CARMELITA	ARL:	NO REPORTA	
Escolaridad:	BACHILLERATO	AFP:	NO REPORTA	
Empresa:	PARTICULAR -			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL SATISFACTORIA

Observaciones: SE REALIZA AUDITORIA A HISTORIA CLINICA DE PACIENTE EN MENSION DONDE SE EVIDENCIA QUE PACIENTE NO TENIA CONOCIMIENTO, NI SE DOCUMENTA HISTORIA DE PATOLOGIAS QUE LO LLEVARON A CALIFICACION DE INVALIDEZ DADO PACIENTE FUE DIAGNOSTICADO Y CALIFICADO EN EL 25 DE JULIO DEL 2019, PREVIO A ESTE DICTAMEN NO HAY ANTECEDENTES PATOLOGICOS NI FARMACOLOGICOS, POR LO CUAL SE CERTIFICA HISTORIA CLINICA APARTIR DEL AÑO 2019.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
----------------------------	---	-------------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NO

"En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mí están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Nota: Dando cumplimiento a las disposiciones legales, Ley 1581 de 2012 (protección de datos personales), Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y Ley 1273 de 2009 (Protección de la Información y de los datos), declaro en mi calidad de usuario de la IPS, que he sido informado y conozco de manera clara y expresa la finalidad con que se recopilan mis datos y autorizo expresamente a que la presente entidad conozca, actualice, corrija o suprima la información entregada, por lo que los datos recopilados serán tratados de manera confidencial y exclusivamente para los propósitos relacionados con los trámites y servicios que presta la entidad.

Dr. Alexander Gomez Hernandez
Médico Especialista en Salud Laboral
RES 24.27.2012 Firm. 44104947



ALEXANDER GOMEZ HERNANDEZ
Médico Especialista en Salud Laboral

RES 4055/17 74372550

LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
Firma y cédula del Paciente

16786770



Bogotá, 29 de diciembre de 2022

Estado Señor
LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
Calle 42 A No 29 - 08
Cali, Valle del Cauca

Referencia:

No. de radicación: 27513 – 28624
Fecha radicación: 16/12/2022

En nombre de la Unidad Operativa de Negocios Corporativos de Aseguradora Solidaria de Colombia, reciba un cordial saludo.

En atención a su inconformidad, relacionada con la copia de la póliza de Vida en Grupo Deudor **No.** 994000000006, tomada a través de la Entidad BANCO FINANDINA SA BIC, nos permitimos remitir adjunto a la presente comunicación, copia del certificado póliza.

Es importante precisar que, en las anteriores ocasiones se brindó contestación de acuerdo a lo requerido, teniendo en cuenta que en el certificado se encuentra la información del seguro, y referente a la fecha vigencia se indica que será a partir de la fecha del desembolso del crédito y hasta que el asegurado ostente la calidad de deudor.

En Aseguradora Solidaria de Colombia estamos comprometidos con ofrecer buen servicio a nuestros clientes y aliados. En caso de requerir más información puede hacerlo a través de nuestra página web <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>.

Atentamente,

**Dirección Unidad Operativa
Negocios Corporativos**
Elaboró: Algc



ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

CERTIFICA

Que el Banco Finandina, fue el tomador de la póliza Vida Grupo Deudor No. **9940000000006**, en la cual figuraba como asegurado el señor **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.786.770, desde abril del 2018 hasta agosto del 2021.

La póliza mencionada anteriormente contaba con los siguientes amparos:

- **Amparo básico de muerte**
- **Incapacidad Total y Permanente**

La presente se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los 21 días de diciembre de 2022.



**Coordinación Comercial
Negocios Corporativos**

Elaboró: Algc

Certificado Individual de Seguro 167867701150326214

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES 994000000006

Agencia Expedidora: **NEGOCIOS CORPORATIVOS FINANDINA**

Cod Agencia: **665**

Ramo: **VIDA GRUPO DEUDORES**

Datos del Tomador

Nombre: **BANCO FINANDINA SA BIC**

Identificación: **NIT 860051894**

Dirección: **LUGAR KM 17 CARR CENTRAL DEL NORTE**

Ciudad: **CHIA**

Teléfono: **6016751984**

Datos del Asegurado

Nombres: **MILLAN VARELA LUIS HERNANDO**

Numero identificacion: **16786770**

Vigencia

La vigencia del presente certificado será a partir de la fecha del desembolso del crédito y hasta que el asegurado ostente la calidad de deudor.

Amparos y Valores Asegurados

CATEGORIA:

DEUDORES - CRÉDITOS LIBRANZA - NUEVAS

AMPAROS

VALOR ASEGURADO

AMPARO BASICO DE MUERTE

SEGÚN CONDICIONES

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SEGÚN CONDICIONES

Beneficiario

Nombre: **BANCO FINANDINA S A**

Identificación: **860051894**

Observaciones

Esta póliza se rige bajo el clausulado Cód. 30/06/2020-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-22-D001
30/06/2020-1502-NT-P-34-P300620MVV11V110

Valor Prima

La indicada en el cobro de las cuotas del crédito

La mora en el pago de prima de la póliza o de los certificados y anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión a la expedición del contrato.

Firma Asegurador