POLIZA DE AUTOMOVILES
SERVICIO PUBLICO

INICIACION
COPIA

Poliza Grupo 1507115900108 GRUPO INTEGRAL DE TRANSPORTE M

Ref. de Pago: 31371769378

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE
103/ 141	1507121003677	0			CALI	CARRERA 80 # 6-71 BRR CAPRI

TOMADOR	GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION			**NIT / C.C.**	9000993109
DIRECCION	KR 109 # 26 - 19	**CIUDAD**	CALI	**TELEFONO**	5553034
ASEGURADO	GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION			**NIT / C.C.**	9000993109
DIRECCION	KR 109 # 26 - 19	**CIUDAD**	CALI	**TELEFONO**	5553034
ASEGURADO	N.D.			**NIT / C.C.**	
DIRECCION	N.D.	**CIUDAD**	N.D.	**TELEFONO**	
BENEFICIARIO	GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION			**NIT / C.C.**	9000993109
DIRECCION	KR 109 # 26 - 19	**CIUDAD**	CALI	**TELEFONO**	5553034
BENEFICIARIO	N.D.			**NIT / C.C.**	
DIRECCION	N.D.	**CIUDAD**	N.D.	**TELEFONO**	

FEC. NACIMIENTO
GENERO

NOMBRE DEL CONDUCTOR		No. IDENTIFICACION	EDAD:
	GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION		

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
SEGUROS CAPITAL LTDA	AGENCIA COLOCADORA	4936	6370944	100

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION

DIA	MES	AÑO
17	02	2021

VIGENCIA POLIZA

	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00 : 00	20	02	2021	365
TERMINACION	24 : 00	19	02	2022	

VIGENCIA CERTIFICADO

	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00 : 00	20	02	2021	365
TERMINACION	24 : 00	19	02	2022	

INFORMACION DEL VEHICULO ASEGURADO

CODIGO FASECOLDA	: 01603049
MARCA	: CHEVROLET
LINEA	: NQR SUPER BUSETON CC 4650
TIPO	: BUSES, BUSETAS Y MICROBUSES
MODELO	: 2015
CIUDAD DE CIRCULACION	: CALI PAIS : COLOMBIA
USO	: URBANO
SERVICIO	: PUBLICO URBANO
VALOR ASEGURADO	: 195.633.000
VALOR A NUEVO	: 195.633.000

PLACA:	WMV428
MOTOR:	4HK1757510
CHASIS:	9GCN1R757FB021290
COLOR:	VERDE

DISP. SEGURIDAD Y LOCALIZACION

CAZADOR:	NO APLICA
OTROS:	NO APLICA

ACCESORIOS

REFERENCIA	VALOR
GENERICO ACCESORIOS	29.000.000

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO		AMPARO	DEDUCIBLE
1. COBERTURA AL ASEGURADO				
1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL				
DANOS A BIENES DE TERCEROS	1.000,00	SMMLV		10 % Min 1 (SMMLV)
MUERTE O LESIONES A UNA PERSONA	1.000,00	SMMLV		NO APLICA
MUERTE O LESIONES A DOS O MAS PERSONAS	1.000,00	SMMLV		NO APLICA
1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL				
MUERTE	100,00	SMMLV		NO APLICA
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	100,00	SMMLV		NO APLICA
INCAPACIDAD TEMPORAL	100,00	SMMLV		NO APLICA
GASTOS MEDICOS,DE TRASLADO,QUIRURGICO,FARMACEUTICO Y HOSP	100,00	SMMLV		NO APLICA
2. COBERTURAS AL VEHICULO				
PERDIDA TOTAL POR DANOS Y TERRORISMO	195.633.000,00			10 %
PERDIDA TOTAL HURTO	195.633.000,00			10 %
PERDIDA PARCIAL POR DANOS Y TERRORISMO	195.633.000,00			10 % Min 1 (SMMLV) OK
PERDIDA PARCIAL POR HURTO	195.633.000,00			10 % Min 1 (SMMLV)
TERREMOTO,TEMBLOR Y ERUPCION VOLCANICA	195.633.000,00			10 % Min 1 (SMMLV)
ACCESORIOS	29.000.000,00			10 % Min 1 (SMMLV)
3. COBERTURAS ADICIONALES				
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO PENAL Y CIVIL			SI AMPARA	NO APLICA
ASISTENCIA MAPFRE			SI AMPARA	NO APLICA
MUERTE POR ACCIDENTE DE TRANSITO PARA EL CONDUCTOR Hasta $30,000,000			SI AMPARA	NO APLICA
ASISTENCIA JURIDICA EN PROCESO CIVIL			SI AMPARA	NO APLICA
PROTECCION PATRIMONIAL			SI AMPARA	NO APLICA
PERDIDA BENEFICIOS PTD O PTH 12 SMDLV Hasta por 30 Dias, a partir del tercer dia de cesar operaciones		SMDLV		NO APLICA
PERDIDA BENEFICIOS PPD 12 SMDLV Hasta por 30 Dias, a partir del tercer dia de cesar operaciones		SMDLV		NO APLICA

CLAUSULAS ANEXAS:

DESCUENTO POR NO RECLAMACION **% (Ya aplicado en el valor de la prima).** **SE ANEXAN CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES**

VALORES EN PESO COLOMBIANO TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	Subtotal en Pesos Colombianos	Valor en Pesos Impuesto a las Ventas	Total a Pagar en Pesos colombianos
4.629.685	**0**	**4.629.685**	**879.640**	**5.509.325**

LAS PARTES ACUERDAN QUE EL TOMADOR PAGARA LA PRIMA DE LA PRESENTE POLIZA, A MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA MISMA. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DE LA POLIZA Y DARA DERECHO A MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICION DEL CONTRATO Y SUS CERTIFICADOS Y ANEXOS.

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

Somos Autorretenedores según resolución 5098 de junio 21 de 2013

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

POLIZA DE AUTOMOVILES
SERVICIO PUBLICO

INICIACION
COPIA

Poliza Grupo 1507115900108 GRUPO INTEGRAL DE TRANSPORTE M

Ref. de Pago: 31371769378

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION OF. MAPFRE
103/ 141	1507121003677	0			CALI	CARRERA 80 # 6-71 BRR CAPRI

TOMADOR	GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION			**NIT / C.C.**	9000993109
DIRECCION	KR 109 # 26 - 19	**CIUDAD**	CALI	**TELEFONO**	5553034
ASEGURADO	GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION			**NIT / C.C.**	9000993109
DIRECCION	KR 109 # 26 - 19	**CIUDAD**	CALI	**TELEFONO**	5553034
ASEGURADO	N.D.			**NIT / C.C.**	
DIRECCION	N.D.	**CIUDAD**	N.D.	**TELEFONO**	
BENEFICIARIO	GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION			**NIT / C.C.**	9000993109
DIRECCION	KR 109 # 26 - 19	**CIUDAD**	CALI	**TELEFONO**	5553034
BENEFICIARIO	N.D.			**NIT / C.C.**	
DIRECCION	N.D.	**CIUDAD**	N.D.	**TELEFONO**	

NOMBRE DEL CONDUCTOR	GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION	**No. IDENTIFICACION**		**EDAD:**

FEC. NACIMIENTO
GENERO

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
SEGUROS CAPITAL LTDA	AGENCIA COLOCADORA	4936	6370944	100

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION

DIA	MES	AÑO
17	02	2021

VIGENCIA POLIZA

	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00 : 00	20	02	2021	365
TERMINACION	24 : 00	19	02	2022	

VIGENCIA CERTIFICADO

	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
INICIACION	00 : 00	20	02	2021	365
TERMINACION	24 : 00	19	02	2022	

PLAN DE PAGO POR PERIODO

AÑO	MES	VALOR FACTURA ANTERIOR	VALOR DEL MOVIMIENTO	VALOR ACTUAL
2021	FEBRERO	0	459.115	459.115
2021	MARZO	0	459.110	459.110
2021	ABRIL	0	459.110	459.110
2021	MAYO	0	459.110	459.110
2021	JUNIO	0	459.110	459.110
2021	JULIO	0	459.110	459.110
2021	AGOSTO	0	459.110	459.110
2021	SEPTIEMBRE	0	459.110	459.110
2021	OCTUBRE	0	459.110	459.110
2021	NOVIEMBRE	0	459.110	459.110
2021	DICIEMBRE	0	459.110	459.110
2022	ENERO	0	459.110	459.110
TOTAL PRIMA				**5.509.325**

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

Somos Autorretenedores según resolución 5098 de junio 21 de 2013

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

COPIA

CERTIFICADO DE AMPARO
SERVICIO PUBLICO ESPECIAL

PLACA No. WMV428

TOMADOR	POLIZA No.
EGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORG	1507121003677
ASEGURADO	**No. DOC. IDENTIFICACION**
EGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORG	

MARCA	LINEA	MODELO	USO
CHEVROLET	NQR SUPER BUSETON CC 4650	2015	URBANO

No. MOTOR	No. CHASIS	PASAJEROS
4HK1757510	9GCN1R757FB021290	48

VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA			
00:00	20	febrero	2021	24:00	19	febrero	2022

COBERTURAS	SUMAS ASEGURADAS
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL	1000/1000/1000
RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL	100/100/100/100
* LIMITES Y COBERTURAS DESCRITAS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.	

EN CASO DE ACCIDENTE POR FAVOR, comuniquese inmediatamente para recibir orientación y autorización las 24 horas del día a los teléfonos:

LINEA BOGOTA : 3077024
LINEA NACIONAL : 01 8000 51 99 91

FIRMA AUTORIZADA

REGIMEN COMUN, SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2509 DE DICIEMBRE 3/93.AGENTE RETENEDOR DEL IVA. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 5 DECRETO 1165/96

Somos Autorretenedores según resolución 5098 de junio 21 de 2013

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE MOVILIDAD

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

No. A001311597

1. ORGANISMO DE TRÁNSITO: 7 6 0 0 1 0 0 0 0
SECRETARIA DE MOVILIDAD DE SANTIAGO DE CALI

2. GRAVEDAD: CON MUERTOS [ ] | CON HERIDOS [X] | SOLO DAÑOS [ ]

3. LUGAR O COORDENADAS GEOGRÁFICAS
CÓDIGO DE RUTA: [ ]
VÍA Y KILOMETRO O SITIO, DIRECCIÓN Y CIUDAD: Kilometro 3,5 via la Buitrera
Lat. [ ]° [ ]' [ ]"
Long. [ ]° [ ]' [ ]"
3.1 LOCALIDAD O COMUNA: [ ]

4. FECHA Y HORA
FECHA Y HORA DE OCURRENCIA: 30 08 2021 | 08 20
FECHA Y HORA DE LEVANTAMIENTO: 30 08 2021 | 09 00

5. CLASE DE ACCIDENTE
CHOQUE [1] | CAÍDA OCUPANTE [4]
ATROPELLO [2] | INCENDIO [5]
VOLCAMIENTO [X] | OTRO _____ [6]

5.1 CHOQUE CON
VEHICULO [1] | TREN [2] | SEMOVIENTE [3] | OBJETO FIJO [4]

5.2 OBJETO FIJO
MURO [1] | SEMÁFORO [5] | TARIMA CASETA [9]
POSTE [2] | INMUEBLE [6] | VEHICULO ESTACIONADO [10]
ARBOL [3] | HIDRANTE [7] | OTRO _____
BARANDA [4] | VALLA SEÑAL [8] | _____ [11]

6. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR

6.1 ÁREA: RURAL [ ] | *NACIONAL [ ] | *DEPARTAMENTAL [X] | *MUNICIPAL [ ] | URBANA [ ]

6.2 SECTOR: RESIDENCIAL [X] | INDUSTRIAL [ ] | COMERCIAL [ ]

6.3 ZONA: ESCOLAR [ ] | DEPORTIVA [ ] | TURISTICA [ ] | PRIVADA [ ] | MILITAR [ ] | HOSPITALARIA [ ]

6.4 DISEÑO: CICLORUTA [ ] | PASO A NIVEL [ ] | PASO ELEVADO [ ] | PUENTE [ ] | INTERSECCIÓN [X] | PONTÓN [ ] | PASO INFERIOR [ ] | TRAMO DE VÍA [ ] | LOTE O PREDIO [ ] | CICLO RUTA [ ] | PEATONAL [ ] | TÚNEL [ ]

6.5 CONDICIÓN CLIMATICA: GRANIZO [ ] | VIENTO [ ] | LLUVIA [X] | NORMAL [ ] | NIEBLA [ ]

7. CARACTERÍSTICAS DE LAS VIAS

	VIA 1	VIA 2
7.1 GEOMETRICAS		
A RECTA	X	
CURVA		
B PLANO		
PENDIENTE	X	
C BAHÍA DE EST. CON ANDEN		
CON BERMA	X	
7.2 UTILIZACIÓN		
UN SENTIDO		
DOBLE SENTIDO	X	
REVERSIBLE		
CONTRAFLUJO		
CICLO VIA		
7.3 CALZADAS		
UNA	X	
DOS		
TRES O MAS		
VARIABLE		
7.4 CARRILES		
UNO		
DOS	X	
TRES O MAS		
VARIABLE		
7.5 SUPERFICIE DE RODADURA		
ASFALTO	X	
AFIRMADO		
ADOQUÍN		
EMPEDRADO		
CONCRETO		
TIERRA		
OTRO _____		
7.6 ESTADO		
BUENO	X	
CON HUECOS		
DERRUMBES		
EN REPARACIÓN		
HUNDIMIENTO		
INUNDADA		
PANCHADA		
RIZADA		
FISURADA		
7.7 CONDICIONES		
ACEITE		
HUMEDA	X	
LODO		
ALCANTARILLA DESTAPADA		
MATERIAL ORGANICO		
MATERIAL SUELTO		
SECA		
OTRA _____		
7.8 ILUMINACIÓN ARTIFICIAL		
A CON		
BUENA		
MALA		
B SIN		
7.9 CONTROLES DE TRÁNSITO		
A AGENTE DE TRANSITO		
B SEMÁFORO		
OPERANDO		
INTERMITENTE		
CON DAÑOS		
APAGADO		
OCULTO		
C SEÑALES VERTICALES		
PARE		
CEDA EL PASO		
NO GIRE		
SENTIDO VIAL	X	
NO ADELANTAR		
VELOCIDAD MÁXIMA		
OTRA _____		
NINGUNA		
D SEÑALES HORIZONTALES		
ZONA PEATONAL		
LINEA DE PARE		
UNEA CENTRAL AMARILLA CONTINUA		
SEGMENTADA		
LÍNEA DE CARRIL BLANCA CONTINUA		
SEGMENTADA		
LÍNEA DE BORDE BLANCA	X	
LINEA DE BORDE AMARILLA		
LÍNEA ANTEOJO/EJO		
FLECHAS	X	
LEYENDAS		
SÍMBOLOS		
OTRA		
E REDUCTOR DE VELOCIDAD		
BANDAS SONORAS		
RESALTO MÓVIL		
FIJO		
SONORIZADOR		
ESTOPERO		
OTRO		
F DELINEADOR DE PISO		
TACHA		
ESTOPERO LES		
TACHONES		
BOYAS		
BORDILLOS		
TUBULAR		
BARRERAS PLÁSTICAS		
HITOS TUBULARES		
CONOS		
OTRO		
7.10 VISIBILIDAD		
NORMAL	X	
DISMINUIDA POR		
CASETAS		
CONSTRUCCIÓN		
VALLAS		
ARBOL/VEGETACIÓN		
VEHICULO ESTACIONADO		
ENCANDILAMIENTO		
POSTE		
OTROS		

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

VEHÍCULO 1

8.1 CONDUCTOR

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)	SEXO	GRAVEDAD
Wilson. gambca Delgado	CC	16.535.314	Colombia	06 02 82	M	MUERTO [ ] HERIDO [ ]

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	CIUDAD	TELÉFONO	SE PRACTICÓ EXAMEN	AUTORIZO	EMBRIAGUEZ	GRADO	S. PSICOACTIVAS
Carrera 109 Kilometro 1 via compartido	CALI	5553031	SI [X] NO [ ]	[X] NO [ ]	POS [ ] NEG [X]	0.00	SI [ ] NO [ ]

PORTA LICENCIA	LICENCIA DE CONDUCCIÓN No.	CATEGORÍA	RESTRICCIÓN	EXP. [X] VEN [ ]	CÓDIGO DE TRÁNSITO	CHALECO	CASCO	CINTURÓN
[X] NO [ ]	16.535.314	C-2		DIA 23 MES 05 AÑO 19		SI NO	SI NO	[X] NO [ ]

HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: [ ]
DESCRIPCIÓN DE LESIONES: [ ]

8.2 VEHÍCULO

PLACA	PLACA REMOLQUE / SEM	NACIONALIDAD	MARCA	LÍNEA	COLOR	MODELO	CARROCERIA	TON.	PASAJEROS	LICENCIA DE TRANS No.
WMV 426		COLOMBIANO [X] EXTRANJERO [ ]	Chevrolet	NQR Verde		2015	cerrada		48	10020302596

EMPRESA	MATRICULADO EN	INMOVILIZADO EN	TARJETA DE REGISTRO No.
NIT	CALI	A DISPOSICIÓN DE:	377758

REV. TEC MEC [X] NO [ ] No. 1526673B0 | CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE: [ ]

PORTA SOAT	POLIZA No.	ASEGURADORA	VENCIMIENTO (DIA MES AÑO)
[X] NO [ ]	10001099284O1	Bolivar	12 06 22

PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL [X] NO [ ]

No.	ASEGURADORA	VENCIMIENTO (DIA MES AÑO)	PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL	No.	ASEGURADORA	VENCIMIENTO (DIA MES AÑO)
150711590168	MAPFRE	20 02 22	SI [ ] NO [X]	150911590016	Mapfre	20 02 22

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.
SI [X] NO [ ]	GIT Masivo	NIT	900099310

8.3 CLASE VEHICULO: AUTOMÓVIL [ ] | BUS [X] | BUSETA [ ] | CAMIÓN [ ] | CAMIONETA [ ] | CAMPERO [ ] | MICROBUS [ ] | TRACTOCAMION [ ] | VOLQUETA [ ] | MOTOCICLETA [ ] | M. AGRÍCOLA [ ] | M. INDUSTRIAL [ ] | BICICLETA [ ] | MOTOCARRO [ ] | MOTOTRICICLO [ ] | TRACCIÓN ANIMAL [ ] | MOTOCICLO [ ] | CUATRIMOTO [ ] | REMOLQUE [ ] | SEM REMOLQUE [ ]

8.4 CLASE SERVICIO: OFICIAL [ ] | PÚBLICO [X] | PARTICULAR [ ] | DIPLOMÁTICO [ ]

8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE: MIXTO [ ] | CARGA [ ] | *EXTRADIMENSIONADA [ ] | *EXTRAPESADA [ ] | *MERCANCIA PELIGROSA [ ] | *CLASE DE MERCANCÍA [ ]

PASAJEROS: *COLECTIVO [X] | *INDIVIDUAL [ ] | *MASIVO [ ] | *ESPECIAL TURISMO [ ] | *ESPECIAL ESCOLAR [ ] | *ESPECIAL ASALARIADO [ ] | *ESPECIAL OCASIONAL [ ]

8.6 RADIO DE ACCIÓN: NACIONAL [ ] | MUNICIPAL [X]

8.8 DESCRIPCIÓN DAÑOS MATERIALES DEL VEHÍCULO: Lado derecho completo, parabrisas. Daños por establecer

8.7 FALLAS EN: FRENOS [ ] | DIRECCIÓN [ ] | LUCES [ ] | BOCINA [ ] | LLANTAS [ ] | SUSPENSIÓN [ ] | OTRA [ ]

8.9 LUGAR DE IMPACTO: FRONTAL [ ] | LATERAL [ ] | POSTERIOR [ ] | Otro

- ORIGINAL -

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

No. A001311597

HOJA 2

8. CONDUCTORES, VEHICULOS Y PROPIETARIOS

VEHICULO 2

8.1 CONDUCTOR

APELLIDOS Y NOMBRES | DOC | IDENTIFICACION No. | NACIONALIDAD | FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO) | SEXO | GRAVEDAD

DIRECCION DE DOMICILIO | CIUDAD | TELEFONO | SE PRACTICO EXAMEN SI NO | AUTORIZO | EMBRIAGUEZ | GRADO | S. PSICOACTIVAS

PORTA LICENCIA | LICENCIA DE CONDUCCION No. | CATEGORIA | RESTRICCION | EXP | VEN | CODIGO DE TRANSITO | CHALECO | CASCO | CINTURON

HOSPITAL / CLINICA O SITIO DE ATENCION | DESCRIPCION DE LESIONES

8.2 VEHICULO

PLACA | PLACA REMOLQUE / SEM | NACIONALIDAD (COLOMBIANO / EXTRANJERO) | MARCA | LINEA | COLOR | MODELO | CARROCERIA | TON | PASAJEROS | LICENCIA DE TRANS No.

COMPAÑIA | MATRICULADO EN | EXPEDIDO EN | TARJETA DE REGISTRO No.

NIT | A DISPOSICION DE

REV. TEC. MEC. SI NO No. | CANTIDAD ACOMPAÑANTES O PASAJEROS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE

PORTA SOAT SI NO | POLIZA No. | ASEGURADORA | VENCIMIENTO (DIA MES AÑO)

PORTA SEG. RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL SI NO | VENCIMIENTO | PORTA SEG. RESPONSABILIDAD EXTRACONTRACTUAL SI NO | VENCIMIENTO

No. | ASEGURADORA | DIA MES AÑO | No | ASEGURADORA | DIA MES AÑO

PROPIETARIO

MISMO CONDUCTOR SI NO | APELLIDOS Y NOMBRES | DOC | IDENTIFICACION No.

8.3 CLASE VEHICULO

AUTOMOVIL, BUS, BUSETA, CAMION, CAMIONETA, CAMPERO, MICROBUS, TRACTOCAMION, VOLQUETA, MOTOCICLETA, M. AGRICOLA, M. INDUSTRIAL, BICICLETA, MOTOCARRO, MOTOTRICICLO, TRACCION ANIMAL, MOTOCICLO, CUATRIMOTO, REMOLQUE, SEMI-REMOLQUE

8.4 CLASE SERVICIO

OFICIAL, PUBLICO, PARTICULAR, DIPLOMATICO

8.5 MODALIDAD DE TRANSPORTE

MIXTO, CARGA, *EXTRADIMENSIONADA, *EXTRAPESADA, *MERCANCIA PELIGROSA, *CLASE DE MERCANCIA

PASAJEROS

*COLECTIVO, *INDIVIDUAL, *MASIVO, *ESPECIAL TURISMO, *ESPECIAL ESCOLAR, *ESPECIAL ASALARIADO, *ESPECIAL OCASIONAL

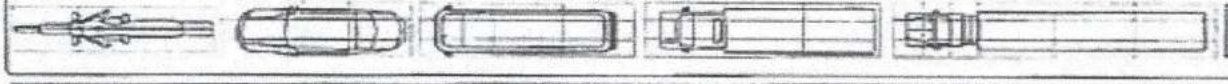
8.6 RADIO DE ACCION

NACIONAL, MUNICIPAL

8.6 DESCRIPCION DANOS MATERIALES DEL VEHICULO

8.7 FALLAS EN: FRENOS, DIRECCION, LUCES, BOCINA, LLANTAS, SUSPENSION, OTRA

8.9 LUGAR DE IMPACTO: FRONTAL, LATERAL, POSTERIOR, Otro



9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. 1 DEL VEHICULO No.

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)	SEXO
Paz Juan CARLOS	CC	94.415.121	Colombia	09 10 69	M

DIRECCION DE DOMICILIO: Kilometro 6 via la buitrera | CIUDAD: CALI | TELEFONO: 3113538423

HOSPITAL CLINICA O SITIO DE ATENCION: Sonia Clara | SE PRACTICO EXAMEN SI NO | AUTORIZO SI NO | EMBRIAGUEZ POS NEG | GRADO | S. PSICOACTIVAS SI NO

DESCRIPCION DE LESIONES: Ver Historia Medica

CINTURON SI NO | CASCO SI NO | CHALECO SI NO

CONDICION: PEATON, PASAJERO, ACOMPAÑANTE

GRAVEDAD: MUERTO, HERIDO

10. TOTAL VICTIMAS PEATON | ACOMPAÑANTE | PASAJERO 13 | CONDUCTOR | TOTAL HERIDOS 13 | MUERTOS

11. HIPÓTESIS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

DEL CONDUCTOR | DEL VEHICULO | DEL PEATON | DE LA VIA | DEL PASAJERO

OTRA 217 ESPECIFICAR ¿CUAL? Fallas Mecanicas y Perdida del control.

12. TESTIGOS

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACION No.	DIRECCION Y CIUDAD	TELEFONO
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACION No.	DIRECCION Y CIUDAD	TELEFONO
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACION No.	DIRECCION Y CIUDAD	TELEFONO

13. OBSERVACIONES

14. ANEXOS ANEXO 1 Conductores, Vehiculos SI | ANEXO 2 Victimas, peatones o pasajeros SI | OTROS ANEXOS (Fotos y Videos) SI

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC.	IDENTIFICACION No.	PLACA	ENTIDAD
	Murillo Jose Luis			361	Movilidad

16. CORRESPONDIÓ NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN 76001 60 9 11 65 20 21 8 26 35

(Dep | Mpio | Ent | 0 receptora | Año | Consecutivo)

- ORIGINAL -

VIGILADO

182

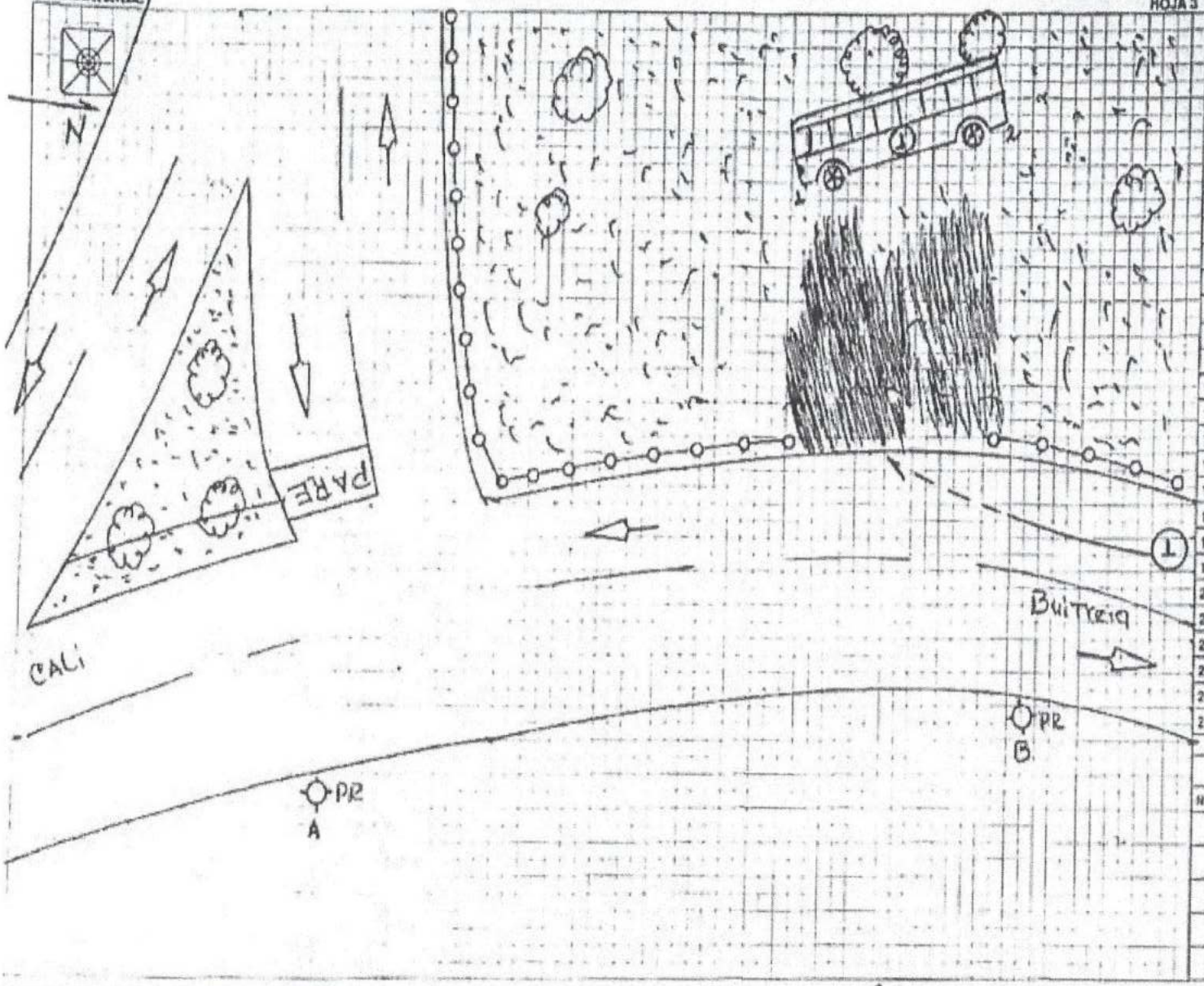
ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE MOVILIDAD

17. CROQUIS (BOSQUEJO TOPOGRÁFICO)
INFORME POLICIAL DE ACCIDENTE DE TRANSITO

No. A00 1311597

Movilidad para la gente

HOJA 3



PUNTO DE REFERENCIA (PR): Postes "A" A 6518 338 B 1172351

TABLA DE MEDIDAS

#	"X" o "X"	"Y" o "Y"	IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO
1	28	21	Vehículo delantero (1)
2	37	20	Vehículo Trasero (1)
3			
4			
5			
6			Convenciones
7			
8	(1)		Bus placa WMV 428
9			
10			sentido vial
11			Posible Trayectoria
12			
13			ARBoles
14			
15			Derrape del Bus sobre el pasto
16			
17			
18			cerca de alambres
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

LONG. HUELLAS

N°	METROS	CM	TIPO DE HUELLA

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
P	Murillo jose luis			361	Movilidad	

16. CORRESPONDIO NÚMERO UNICO DE INVESTIGACION

Dpto	Mpio	Ent	Vigencia	Año	Consecutivo
76001	6099	165	2021	82635	

Long
Lat
ESCALA: 1:200
PLANO: ⊥
VISTA: superior

	VÍA 1	VÍA 2
RADIO		
PERALTE		
PENDIENTE		

ORIGINAL

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

SIM

ANEXO N° 2
VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

PERTENECE AL INFORME DE ACCIDENTES FORMULARIO No. 1311597

8. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | DEL VEHÍCULO No.

APELLIDOS Y NOMBRES: Montes Hernandez Laura Lizeth | DOC: CC | IDENTIFICACIÓN No: 1.002.544.454 | NACIONALIDAD: Colombia | FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 015 MES 09 AÑO 012 | EDAD: M X

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Kilometro 4 via la Buitrera | CIUDAD: CALI | TELÉFONO: 3122634920

HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: Santa clara | SE PRACTICÓ EXAMEN: SI ☐ NO ☒

DESCRIPCIÓN DE LESIONES: VER Historia Medica

AUTORIZÓ: SI ☒ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ | GRADO: | S. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☒

CINTURÓN: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☐

9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA — CONDICIÓN: PEATÓN ☐ PASAJERO ☒ ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO ☒

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | DEL VEHÍCULO No.

APELLIDOS Y NOMBRES: OSPina arena JOHANNA LUCRE | DOC: CC | IDENTIFICACIÓN No: 1.006.994.768 | NACIONALIDAD: Colombia | FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | EDAD: M X

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Kilometro 6 via la Buitrera | CIUDAD: CALI. | TELÉFONO: 3228491632

HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: Santa clara | SE PRACTICÓ EXAMEN: SI ☐ NO ☒

DESCRIPCIÓN DE LESIONES: VER HISTORIA Medica

AUTORIZÓ: SI ☒ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ | GRADO: | S. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☒

CINTURÓN: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☒ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☒

9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA — CONDICIÓN: PEATÓN ☐ PASAJERO ☒ ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO ☒

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | DEL VEHÍCULO No.

APELLIDOS Y NOMBRES: PABON PAJOJOY ROSA MONICA | DOC: CC | IDENTIFICACIÓN No: 1.065.660.217 | NACIONALIDAD: Colombia | FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 16 MES 07 AÑO 85 | EDAD: M X

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Carrera 74 # 1A-62 | CIUDAD: CALI. | TELÉFONO: 316.8408103

HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: Santa clara | SE PRACTICÓ EXAMEN: SI ☐ NO ☒

DESCRIPCIÓN DE LESIONES: Ver Historia Medica

AUTORIZÓ: SI ☒ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ | GRADO: | S. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☒

CINTURÓN: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☒

9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA — CONDICIÓN: PEATÓN ☐ PASAJERO ☒ ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO ☒

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | DEL VEHÍCULO No.

APELLIDOS Y NOMBRES: Lopez Hernandez Luis Carlos | DOC: CC | IDENTIFICACIÓN No: 1.112.463.505 | NACIONALIDAD: Colombia | FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 17 MES 04 AÑO 87 | EDAD: M X

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Kilometro 4 via la Buitrera | CIUDAD: CALI. | TELÉFONO: 3208752

HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: Santa clara | SE PRACTICÓ EXAMEN: SI ☐ NO ☐

DESCRIPCIÓN DE LESIONES: H. VER Historia Medica

AUTORIZÓ: SI ☒ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ | GRADO: | S. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURÓN: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☒

9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA — CONDICIÓN: PEATÓN ☐ PASAJERO ☒ ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO ☒

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | DEL VEHÍCULO No.

APELLIDOS Y NOMBRES: Solano Velasco Araceli | DOC: CC | IDENTIFICACIÓN No: 66.902.264 | NACIONALIDAD: Colombia | FECHA DE NACIMIENTO: DÍA 02 MES 07 AÑO 73 | EDAD: M X

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: Kilometro 5 via la Buitrera | CIUDAD: CALI. | TELÉFONO:

HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: Santa clara | SE PRACTICÓ EXAMEN: SI ☐ NO ☒

DESCRIPCIÓN DE LESIONES: VER Historia Medica

AUTORIZÓ: SI ☒ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ | GRADO: | S. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURÓN: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☒

9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA — CONDICIÓN: PEATÓN ☐ PASAJERO ☒ ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO ☒

9. VÍCTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | DEL VEHÍCULO No.

APELLIDOS Y NOMBRES: | DOC: | IDENTIFICACIÓN No: | NACIONALIDAD: | FECHA DE NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | EDAD: M F

DIRECCIÓN DE DOMICILIO: | CIUDAD: | TELÉFONO:

HOSPITAL CLÍNICA O SITIO DE ATENCIÓN: | SE PRACTICÓ EXAMEN: SI ☐ NO ☐

DESCRIPCIÓN DE LESIONES: | AUTORIZÓ: SI ☐ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ | GRADO: | S. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURÓN: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☐

9.1. DETALLES DE LA VÍCTIMA — CONDICIÓN: PEATÓN ☐ PASAJERO ☐ ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO ☐

13. OBSERVACIONES

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

CARGO: Auxilio | APELLIDOS Y NOMBRES: Murillo Jose Luis | DOC: | IDENTIFICACIÓN No: | PLACA: 361 | ENTIDAD: Movilidad | FIRMA:

16. CORRESPONDIO

NÚMERO ÚNICO DE INVESTIGACIÓN: Dpto 76 | Municipio 001 | Entidad 6C919 | U. Receptora 1E5 | Año 2021 | Consecutivo 822635

VIGILADO supersalud

STM

ANEXO Nº 2
VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES

PERTENECE AL INFORME DE ACCIDENTES FORMULARIO No. 1311597

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | **DEL VEHICULO No.**

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)	SEXO
Toro caballero YADIT LICED	CC	1.146.435.354	Colombia	31 12 92	M X

DIRECCION DE DOMICILIO: Kilometro 7 via cruce de la Buitrera | CIUDAD: CALI | TELEFONO: 3136436045

HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION: Santa clara | SE PRACTICO EXAMEN: SI ☐ NO X

DESCRIPCION DE LESIONES: VER Historia Medica

AUTORIZO: SI ☐ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ GRADO ☐ | 5. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURON: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☐

9.1 DETALLES DE LA VICTIMA — CONDICION: PEATON ☐ PASAJERO X ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO X

FIRMA CONDUCTOR O VICTIMA CC

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | **DEL VEHICULO No.**

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)	SEXO
Chacon Elisea chacon	CC	66.992.737	Colombia	06 03 75	M X

DIRECCION DE DOMICILIO: Kilometro 7 via la Buitrera | CIUDAD: CALI | TELEFONO: 3157224146

HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION: Santa clara | SE PRACTICO EXAMEN: SI ☐ NO X

DESCRIPCION DE LESIONES: VER Historia Medica

AUTORIZO: SI ☐ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ GRADO ☐ | 5. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURON: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☐

9.1 DETALLES DE LA VICTIMA — CONDICION: PEATON ☐ PASAJERO X ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO X

FIRMA CONDUCTOR O VICTIMA CC

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | **DEL VEHICULO No.**

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)	SEXO
LERMA Santana Deisa	TI	1.111.750.445	Colombia	20 03 05	M X

DIRECCION DE DOMICILIO: Kilometro 5.5 via la buitrera | CIUDAD: CALI | TELEFONO: 3137943017

HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION: Santa clara | SE PRACTICO EXAMEN: SI ☐ NO X

DESCRIPCION DE LESIONES: VER Historia Medica

AUTORIZO: SI ☐ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ GRADO ☐ | 5. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURON: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☐

9.1 DETALLES DE LA VICTIMA — CONDICION: PEATON ☐ PASAJERO X ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO X

FIRMA CONDUCTOR O VICTIMA CC

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | **DEL VEHICULO No.**

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)	SEXO
ORTIZ Henao Maria camila					M F

DIRECCION DE DOMICILIO: Kilometro 4 via la Buitrera | CIUDAD: CALI | TELEFONO: 3052222026

HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION: Santa clara | SE PRACTICO EXAMEN: SI ☐ NO X

DESCRIPCION DE LESIONES: VER Historia Medica

AUTORIZO: SI ☐ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ GRADO ☐ | 5. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURON: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☐

9.1 DETALLES DE LA VICTIMA — CONDICION: PEATON ☐ PASAJERO ☐ ACOMPAÑANTE X | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO X

FIRMA CONDUCTOR O VICTIMA CC

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | **DEL VEHICULO No.**

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)	SEXO
ANTURI ORTIZ Brigitte Mayelin	CC	1.006.035.831	Colombia	24 07 02	M X

DIRECCION DE DOMICILIO: Kilometro 7 via la Buitrera | CIUDAD: CALI | TELEFONO: 3583393340

HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION: Santa clara | SE PRACTICO EXAMEN: SI ☐ NO X

DESCRIPCION DE LESIONES: VER Historia Medica

AUTORIZO: SI ☐ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ GRADO ☐ | 5. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURON: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☐

9.1 DETALLES DE LA VICTIMA — CONDICION: PEATON ☐ PASAJERO X ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO X

FIRMA CONDUCTOR O VICTIMA CC

9. VICTIMAS: PASAJEROS, ACOMPAÑANTES O PEATONES No. | **DEL VEHICULO No.**

APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	NACIONALIDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DIA MES AÑO)	SEXO
RIOS Roman Manuel salvador	cc	16.649.661	Colombia	25 10 56	M X

DIRECCION DE DOMICILIO: Carrera 4EA # 13B-21 | CIUDAD: CALI | TELEFONO: 3184808126

HOSPITAL, CLINICA O SITIO DE ATENCION: Santa clara | SE PRACTICO EXAMEN: SI ☐ NO X

DESCRIPCION DE LESIONES: VER Historia Medica

AUTORIZO: SI ☐ NO ☐ | EMBRIAGUEZ: POS ☐ NEG ☐ GRADO ☐ | 5. PSICOACTIVAS: SI ☐ NO ☐

CINTURON: SI ☐ NO ☐ | CASCO: SI ☐ NO ☐ | CHALECO: SI ☐ NO ☐

9.1 DETALLES DE LA VICTIMA — CONDICION: PEATON ☐ PASAJERO X ACOMPAÑANTE ☐ | GRAVEDAD: MUERTO ☐ HERIDO X

FIRMA CONDUCTOR O VICTIMA CC

13. OBSERVACIONES

15. DATOS DE QUIEN CONOCE EL ACCIDENTE

GRADO	APELLIDOS Y NOMBRES	DOC	IDENTIFICACION No.	PLACA	ENTIDAD	FIRMA
	Murillo José Luis			361	Facilitador	

16. CORRESPONDIÓ

NUMERO UNICO DE INVESTIGACION: FE | DR | 1 | 6 | 0 | 9 | 9 | 1 | 7 | 6 | 5 | 2 | 0 | 2 | 1 | E | 2 | 6 | 3 | 5

(De | Mulpio | Em | U. receptora | Año | Consecutivo)

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

Santiago de Cali, 11 de octubre 2021

Señores
Fiscalía General de la Nación

VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA - CALI
CALI-MCGIT - No. 20210060282262
Fecha Radicado: 2021-10-11 11:59:08
Anexos: 7 FOLIOS.

Asunto
Querella por Accidente de tránsito

Yo **EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO** Identificada con cédula de ciudadanía 66.992.7374 de Cali, pongo querella debido a que fui víctima de accidente de tránsito el día 30 de agosto del 2021 a las 08:20 am, en el kilómetro 3.5 vía a la Buitrera, Accidente que fue ocasionado por el Sr WILSON GANBOA DELGADO identificado con la CC16.535.314 quien conducía un bus del mío con placas WMV428, el cual conducía a mucha velocidad, perdiendo el control del bus, saliéndose de la vía y volcándose, el Guarda de tránsito puso que la responsabilidad era únicamente del conductor con la hipótesis 217. Yo era pasajera de este bus, ocasionándome lesiones físicas de gravedad.

Atentamente

Emilce Elisea Chacon R.

EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Cédula 66.992.737
Celular: 3157224146
Dirección residencia: corregimiento la Buitrera Km 7 callejón don chepe
Correo electrónico: elisachacon5@gmail.com

Gmail **Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com>**

Reclamación - RCC en Lesiones Personales - S/VH WMV428– Victimas: Emilce Elisea Chacón Restrepo (Víctima -Directa), Brenda Guilan Sarria Chacon (Víctima-Indirecta), José Orlando Toro López (Víctima -Indirecta)

Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com> 28 de julio de 2023, 20:42
Para: Martha Liliana Diaz Angel Abogados <diazangelabogados@live.com>

Doctora buenas tardes,

Respetadas Doctoras, en mi calidad de apoderado judicial de la Sra Emilce Elisea Chacón Restrepo (Víctima – Directa), su compañero permanente José Orlando Toro López y su hija Brenda Guilan Sarria Chacón (Víctimas Indirectas), por medio del presente, respetuosamente me permito presentar reclamación extrajudicial por el amparo de RCC lesiones personales en accidente de tránsito ocurrido el pasado 30 de agosto de 2021, cuando el conductor del rodante de placas WMV428, asegurado por ustedes, perdió el control del vehículo, saliéndose de la vía y volcándose el rodante y la señora Emilce Elisea Chacón Restrepo y en consecuencia mi representada sufrió graves lesiones, y se le impuso la única causal de responsabilidad "HIPÓTESIS. 217 PARA EL CONDUCTOR DEL VH. WMV428 FALLAS MECÁNICAS Y PÉRDIDA DEL CONTROL". Para la fecha del siniestro el citado rodante se encontraba asegurado con MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

Cordialmente,

--
MAURICIO ARMANDO CHIRINOS MARTINEZ
Especialista en Derecho de Seguros
Derecho de los Seguros, U. Javeriana (Bogotá)
Abogado.
T.P. 180.387 C.S. de la J.
Celular. 3008760684
E-mail: mauriciochirinosabogado@gmail.com

Reclamacion Extrajudicial - WMV428 Sra.Emilce Elisea Chacon y Otros.pdf
23260K

Gmail **Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com>**

Entrega Doc PCL 13.90% - Reclamación Extrajudicial - RCC en Lesiones - WMV428 Sra. Emilce Elisea Chacon Restrepo y Otros

Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com> 26 de septiembre de 2023, 15:12
Para: Martha Liliana Diaz Angel Abogados <diazangelabogados@live.com>

Señores:
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
Departamento de Indemnizaciones
E. S. D.

Referencia: ENTREGA DE DOCUMENTOS- Reclamación por Responsabilidad Civil Contractual.
Lesionada: EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO (Víctima Directa); JOSE ORLANDO TORO LÓPEZ (Víctima Indirecta-Compañero Permanente de la Víctima Directa); BRENDA GUILAN SARRIA CHACON (Víctima Indirecta - Hija de la Víctima Directa).
Aseguradora: MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
Su Conductor Asegurado: WILSON GAMBOA DELGADO (Conductor)
Vehículo asegurado: Placa WMV428

Anexo:

- **Dictamen de Calificación de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca con 13.90% PCL**

Respetadas Doctoras, en mi calidad de apoderado judicial de la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO**, en su condición de **VÍCTIMA DIRECTA-LESIONADA**; **JOSE ORLANDO TORO LOPEZ,** en su condición de **VÍCTIMA INDIRECTA** (Víctima Indirecta-Compañero Permanente de la Víctima Directa); y **BRENDA GUILAN SARRIA CHACÓN**, en su condición de **VÍCTIMA INDIRECTA** (Víctima Indirecta-Hija de la Víctima Directa), a consecuencia del accidente de tránsito ocurrido el 30 de agosto de 2021, en el Kilómetro 3.5 vía la Buitrera, cuando la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO** se desplazaba en su calidad de pasajera del vehículo de placa WMV428 perdió el control, saliéndose de la vía y volcándose el rodante**.** El rodante de placa **WMV428** se encontraba asegurado bajo el amparo de responsabilidad civil contractual con **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.** para la época de ocurrencia de los hechos, respetuosamente presento ante esta compañía aseguradora, nuevos materiales probatorios a la reclamación presentada el pasado 28 de julio de 2023, **INCORPORANDO RESULTADO DE LA CALIFICACIÓN POR PARTE DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA CON 13.90% PCL,** para que mi representados sea indemnizados por sus perjuicios ocasionados, con fundamento en lo siguiente:

HECHOS:

PRIMERO: El día 30 de agosto de 2021, la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO**, se desplazaba en su calidad de pasajera del vehículo de placa **WMV428**, por la el Kilómetro 3.5 vía la Buitrera en la ciudad de Cali, cuando de manera intempestiva, irresponsable y culpable, el conductor del rodante de placas **WMV428,** asegurado por ustedes, perdió el control del vehículo, saliéndose de la vía y volcándose el rodante, y en consecuencia le ocasionó graves lesiones en su integridad. La autoridad de tránsito que conoció del hecho, establece como único responsable del accidente a su conductor asegurado, con la única hipótesis de responsabilidad para vehículo asegurado con ustedes de placas **WMV428,** la hipótesis descrita por el agente de tránsito fue la siguiente **"HIPÓTESIS. 217 PARA EL CONDUCTOR DEL VH. WMV428 FALLAS MECÁNICAS Y PÉRDIDA DEL CONTROL" (Tomada Textualmente del Informe).**

SEGUNDO: El pasado 28 de julio de 2023, se presentó reclamación ante MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., sin embargo a la fecha del presente escrito aún no se ha recibido respuesta a la misma. No obstante, en aras de dimensionar la magnitud de las lesiones de mi representada, la familia de mi representada y mi representada decidieron se realizará la valoración por parte de Junta Regional, con el propósito de que la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** pudiera dimensionar de una forma objetiva la magnitud las lesiones y el perjuicio irrogado a las **VÍCTIMAS DIRECTAS E INDIRECTAS, quienes confirmaron la magnitud y gravedad de las lesiones de mi representada, estableciendo la siguiente Pérdida de la Capacidad Laboral:**

Por lo anterior, el pasado 21 de septiembre de 2023, la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA,** realizó la valoración de la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO** y estableció:

7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (ponderado) Título I	5.00%
Valor final Rol Laboral, Ocupacional y otras áreas ocupacionales – Título II	8.90%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	**13.90%**

EN CUANTO A LOS NUEVOS HALLAZGOS E HISTORIAS CLÍNICAS RECIENTES:

EN CUANTO A LOS NUEVOS HALLAZGOS RECIENTES:

A. EN CUANTO AL DICTAMEN JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA PRACTICADO EL PASADO 21 DE SEPTIEMBRE DE 2023, REALIZÓ LA VALORACIÓN DE LA SEÑORA EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO Y ESTABLECIÓ:

7. Concepto final del dictamen pericial

Valor final de la deficiencia (ponderado) Título I	5.00%
Valor final Rol Laboral, Ocupacional y otras áreas ocupacionales – Título II	8.90%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	**13.90%**

Por tanto, se **RATIFICAN** las **LIMITACIONES Y RESTRICCIONES FÍSICAS, PSÍQUICAS Y LABORALES** que padece mi representada, lo cual es consecuente con la magnitud de las lesiones físicas y psíquicas que ella padece con ocasión del accidente.

B. EN CUANTO AL COMPENDIO DE LAS LESIONES FÍSICAS Y PSÍQUICAS (PSICOLÓGICAS Y PSIQUIÁTRICAS) QUE SE DESTACAN:

1. **TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO**
2. **SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL**
3. **CERVICALGIA CRÓNICA**
4. **DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO SOMÁTICO ESCÁPULA IZQUIERDA**
5. **DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO SOMÁTICO DORSAL IZQUIERDA**
6. **DOLOR AL PALPAR TRAPECIO ROMBOIDES**
7. **DOLOR AL PALPAR REGIONES INFRAESCAPULAR**
8. **MOVILIDAD ACTIVA LIMITADA POR DOLOR HOMBRO IZQUIERDO**
9. **DOLOR EN TÓRAX POSTERIOR**
10. **SIGNOS DE TENDINITIS DEL MAGUITO ROTADOR NEGATIVOS A LA PALPACIÓN**
11. **DOLOR EN REJA COSTAL POSTERIOR EN LA ESCÁPULA**
12. **DOLOR ESCAPULAR IZQUIERDO**
13. **CONTUSIÓN EN TÓRAX**
14. **TRAUMA CERRADO DE TÓRAX**
15. **TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO**
16. **EPISODIO DEPRESIVO GRAVE**
17. **TRASTORNO DEPRESIVO – DOLOR CRÓNICO**
18. **TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

19. **PRESENTA ANSIEDAD – LLANTO**
20. **SENTIMIENTO DE LIMITACIÓN**
21. **ANGUSTIA POR EL FUTURO**
22. **SENTIMIENTO DE FRUSTRACIÓN**
23. **SENTIMIENTO DE LIMITACIÓN**
24. **PENSAMIENTOS CATASTRÓFICOS**
25. **PENSAMIENTOS SUICIDAS**
26. **TRASTORNO DE ANSIEDAD**
27. **DORSALGIA ASOCIADA A COMPONENTE EMOCIONAL IMPORTANTE**
28. **REACCIÓN AL ESTRÉS AGUDO**
29. **TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

CONCLUSIONES:

Teniendo en cuenta todos los elementos descritos anteriormente, todos debidamente justificados y acreditados, lesiones, secuelas, el **DICTAMEN JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, DONDE SE ESTABLECEN QUE MI REPRESENTADA SUFRIÓ UNA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL 13.90% CON OCASIÓN DEL ACCIDENTE,** con los cuales deben convivir mi poderdante y su núcleo familiar por el resto de sus días, y responsabilidad probada por parte del conductor del vehículo asegurado por ustedes, se cumplen a cabalidad los requisitos del art. 1077 del Código de Comercio.

Para el caso objeto de la reclamación radicadas el 28 de julio de 2023, muy respetuosamente quiero expresar que la magnitud de las lesiones de mi **REPRESENTADA**, quien con su núcleo familiar directo (Víctimas Indirectas) llevan más de 22 meses y padeciendo las secuelas de por vida que le dejó el citado accidente de tránsito, las cuales sin lugar a dudas son terribles y desafortunadas, y por eso quiero ser muy respetuoso en sugerir **no prorrogar más su sufrimiento**, pues sobra decir que la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO quien con 46 años de edad, y *DE ACUERDO CON LA VALORACIÓN DE LOS MÉDICOS TRATANTES Y JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, RATIFICAN QUE LAS SECUELAS SON TANTO FÍSICAS COMO PSÍQUICAS PARA MI REPRESENTADA Y SIN LUGAR A DUDAS, LA HAN DEJADO EN UN ESTADO DE INDEFENSIÓN, O COMO ELLOS MISMOS LO EXPRESAN LA MAGNITUD Y SEVERIDAD DE SUS LESIONES HAN DEJADO A MI REPRESENTADA CON UNA* DISFUNCIONALIDAD DE VARIAS DE SUS ESFERAS VITALES LO QUE LE IMPIDE *PARA ASUMIR OBLIGACIONES BÁSICAS DIARIAS Y LABORALES, LIMITANDO OSTENSIBLEMENTE SU POSIBILIDAD DE OBTENER UNA FUENTE DE INGRESOS, COARTANDO VISIBLEMENTE EL EJERCICIO UN OFICIO.***

Cabe resaltar, que mi representada la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO**, VÍCTIMA DIRECTA-LESIONADA, el señor JOSE ORLANDO TORO LOPEZ, (Víctima Indirecta-Compañero Permanente de la Víctima Directa); y BRENDA GUILAN SARRIA CHACÓN, (Víctima Indirecta-Hija de la Víctima Directa), han cumplido con cada uno de los requerimientos por parte de la aseguradora y es por ello que la liquidación objetiva de perjuicios presentada a la aseguradora **por un valor de CIENTO NOVENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($198.204.661,oo) M/CTE, no es un valor arbitrario, ni es una cifra irreal, es un valor resultante de una liquidación objetiva de perjuicios correctamente elaborada, y únicamente se está solicitando de manera respetuosa a la aseguradora MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., sea consecuente y realice un ofrecimiento que refleje la magnitud de sus lesiones, secuelas FÍSICAS Y PSÍQUICAS PERMANENTES, que padece mi representada para toda su vida.**

Así las cosas, de manera respetuosa solicito a **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** realizar una valoración de perjuicios con las historias clínicas, conceptos médicos, los resultados del **DICTAMEN JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ *DONDE ESTABLECEN Y RATIFICAN QUE LAS SECUELAS QUE PADECE MI REPRESENTADA***, aportados a la aseguradora, con la que tengo la plena convicción que se comprenderá la magnitud de los perjuicios, tanto físicos, psíquicos que sufrió la señora EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO y se realice una valoración de perjuicios de la VÍCTIMA DIRECTA-LESIONADA, y LAS VÍCTIMAS INDIRECTAS donde se estimen los perjuicios conforme a la documentación aportada en la presente solicitud de indemnización.

PRUEBAS Y ANEXOS

➢ Dictamen de Calificación de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca con 13.90% PCL.
➢ Soportes del pago del Dictamen de Calificación de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca.

NOTIFICACIONES

EL SUSCRITO: Carrera 68 No. 20-65, Manzana 41 // C. 3, Cali – Valle del Cauca. Teléfonos. 3008760684. E-mail: mauriciochirinosabogado@gmail.com

Respetuosamente se suscribe,

MAURICIO ARMANDO CHIRINOS MARTÍNEZ
Especialista en Derecho de Seguros
Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá)
Abogado.
T.P. 180.387 C.S. de la J.

Entrega Doc PCL 13.90% - Reclamación Extrajudicial - RCC en Lesiones - WMV428 Sra. Emilce Elisea ChacOn Restrepo y Otros.pdf
2249K

Gmail **Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com>**

COMUNICADO MAPFRE SEGUROS STR 150711412103431 PLACA WMV428

CATALINA BOCANEGRA VASQUEZ <CBOCAN1@mapfre.com.co> 16 de noviembre de 2023, 11:00
Para: "mauriciochirinosabogado@gmail.com" <mauriciochirinosabogado@gmail.com>
Cc: martha liliana Diaz Angel <diazangelabogados@live.com>

Señor (a) Mauricio Armando Chirinos Martinez

Amablemente nos permitimos adjuntar comunicación de MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., según asunto de este correo.

Cordial saludo,

MAPFRE

PAPERLESS

MAPFRE contribuye a la conservación del medio ambiente.

Este mensaje y, en su caso, los ficheros anexos son confidenciales, especialmente en lo que respecta a los datos personales, y se dirigen exclusivamente al destinatario referenciado. Si usted no lo es y lo ha recibido por error, o tiene conocimiento del mismo por cualquier motivo, le rogamos que nos lo comunique por este medio y proceda a destruirlo o borrarlo, y que en todo caso se abstenga de utilizar, reproducir, alterar, archivar o comunicar a terceros el presente mensaje y ficheros anexos, todo ello bajo pena de incurrir en responsabilidades legales.

Nota: agradecemos amablemente no responder este correo a la dirección notifica@mapfre.com.co, pues no se encuentra habilitada para recibir correos electrónicos.

DISCLAIMER

Este mensaje, así como los archivos adjuntos son confidenciales, especialmente en lo que respecta a los datos personales, y se dirigen exclusivamente al destinatario referenciado y/o autorizado. Si usted no lo es y lo ha recibido por error, o tiene conocimiento del mismo por cualquier motivo, por favor comunicárnoslo de forma inmediata por este medio y proceda a destruirlo o borrarlo. Cualquier utilización, reproducción, alteración, archivo o comunicar a terceros el presente mensaje y archivos anexos, podrá ser considerado ilegal. El presente mensaje se ajusta a lo establecido por las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y demás normas que adicionen, modifiquen o deroguen lo relacionado con este tema.

Este mensaje, así como los archivos adjuntos son confidenciales, especialmente en lo que respecta a los datos personales, y se dirigen exclusivamente al destinatario referenciado y/o autorizado. Si usted no lo es y lo ha recibido por error, o tiene conocimiento del mismo por cualquier motivo, por favor comunicárnoslo de forma inmediata por este medio y proceda a destruirlo o borrarlo. Cualquier utilización, reproducción, alteración, archivo o comunicar a terceros el presente mensaje y archivos anexos, podrá ser considerado ilegal. El presente mensaje se ajusta a lo establecido por las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y demás normas que adicionen, modifiquen o deroguen lo relacionado con este tema.

MAPFRE Seguros Generales y MAPFRE Colombia Vida seguros informan que: A través del Defensor del Consumidor Financiero usted tiene la posibilidad de interponer quejas por fallas y deficiencias en los servicios.

Estas quejas pueden ser radicadas mediante alguno de los siguientes canales:

Defensor principal MAPFRE: Dr. Manuel Guillermo Rueda Serrano; E-mail: defensoriamapfre@gmail.com; dirección física: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221 – Bogotá D.C.; en el celular: 3123426229; Defensor suplente Dr. Jorge Humberto Martínez Luna; Dirección: Transversal 17 A Bis # 36-60 – Bogotá D.C.; Teléfono Celular: 3102234304; Correo electrónico: martiluabog@cable.net.co; Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Jornada Continua; o en la página web MAPFRE.COM.CO, oficinas y líneas telefónicas de MAPFRE en Colombia.

OB- 150711412103431-12.pdf
0K

MAPFRE | COLOMBIA

Bogotà D.C, 16 de noviembre de 2023

Señor (a)
Mauricio Armando Chirinos Martinez (apoderado)
mauriciochirinosabogado@gmail.com

REFERENCIA PÓLIZA DE AUTOMÓVILES 1507121003677
AVISO DE SINIESTRO 150711412103431
VEHICULO DE PLACA WMV428

Respetado señor Olga, reciba un cordial saludo

Amablemente nos referimos a la solicitud de pago de indemnización por las lesiones informadas de la señora EMILSEN ELICEA CHACON, pasajera del vehículo de placa WMV428, en hechos ocurridos el 30 de agosto de 2021, según circunstancias de tiempo, modo y lugar, radicado con el número 150711412103431.

Al respecto, MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. informa lo siguiente:

La obligación condicional de indemnizar, surgida del contrato de seguros, está supeditada, entre otros factores, a la ocurrencia del siniestro, la cuantía de la pérdida, la cobertura del seguro, la no presencia de exclusiones y a la vigencia del seguro contratado.

Con relación al contrato de seguros en mención y para el adecuado análisis del caso, es necesario precisar que MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A expidió la póliza de automóviles No. 1507121003677 para amparar el vehículo de placas WMV428, con vigencia del 20 de marzo de 2023 al 19 de marzo de 2024, en la cual se encuentra como asegurado (a) GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA EN REORGANIZACION.

En tal virtud, nos permitimos informar que la caratula de la póliza citada, establece expresamente la cobertura de RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL con los siguientes amparos:

“1.2. REPONSABILIDAD CIVL CONTRACTUAL

- MUERTE
- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- INCAPACIDAD TEMPORAL
- GASTOS MEDICOS DE TRASLADO, QUIRURGICO, FARMACEUTICO Y HOSP

MAPFRE | COLOMBIA

Por consiguiente, y una vez analizada la documentación allegada por las lesiones informadas de la señora EMILSEN ELICEA CHACON, encontramos que, la suma de CIENTO NOVENTA Y OCHO MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL SESCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE ($198.204.661), no se advierte probada o demostrada a través de soportes idóneos y pertinentes que, permitan determinar con certeza el perjuicio solicitado, conforme al pago pretendido bajo la cobertura de RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL de la póliza citada.

Expuesto lo anterior, MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., informa respetuosamente que no podrá atender de manera favorable la solicitud de pago bajo la cobertura de RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, con ocasión a los hechos ocurridos el 30 de agosto de 2021, y se objeta, de conformidad con las disposiciones del contrato de seguro y la ley

Cordialmente,

PAOLA ANDREA MOLINA C
APODERADA GENERAL
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.
Elaboró: cbocan1

Con copia Dra. Martha Liliana Diaz Angel apoderada designada por MAPFRE SEGUROS (diazangelabogados@live.com)

Gmail **Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com>**

OFRECIMIENTO FORMAL//Reconsideracion - WMV428 Sra. Emilce Elisea Chacón Restrepo y Otros

martha liliana Diaz Angel <diazangelabogados@live.com> 23 de noviembre de 2023, 9:47
Para: Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com>, "CBOCAN1@mapfre.com.co" <CBOCAN1@mapfre.com.co>, "info@gitmasivo.com" <info@gitmasivo.com>, "gerencia@gitmasivo.com" <gerencia@gitmasivo.com>

Buen dia

Dr. Mauricio Armando chirinos.

Cordial saludo;

Mediante la presente nos permitimos enviar ofrecimiento formal, por valor de $20.000.000. MILLONES, en razón a las lesiones sufridas por la señora Emilce Elisea Chacón Restrepo, en caso de aceptación al ofrecimiento comedidamente nos permitimos solicitarle se aporte los siguientes documentos para la elaboración del contrato, a saber:

.- Numero de cuentas y/o certificaciones bancarias de los beneficiarios
.- Si el apoderado está autorizado por la víctima a recibir honorarios directamente a su cuenta (debe aportar carta de autorización firmada y autenticada por la víctima) así como el porcentaje para cada uno de los beneficiarios. (Victima y Apoderado)
.- Documentos de identificación de los beneficiarios.

Quedo atenta a sus comentarios

Cordialmente

Viviana Rodríguez
Asistente

DIAZ ANGEL ABOGADOS

Martha Liliana Diaz Angel
Calle 6a Nº 2N-36 Ofc. 202
Centro Profesional y Comercial el Campanario - cali
diazangelabogados@live.com
PBX: 402 29 48 - CEL: 311 340 69 32

De: Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com>
Enviado: jueves, 16 de noviembre de 2023 4:03 p. m.
Para: CBOCAN1@mapfre.com.co <CBOCAN1@mapfre.com.co>; Martha Liliana Diaz Angel Abogados <diazangelabogados@live.com>; info@gitmasivo.com <info@gitmasivo.com>; gerencia@gitmasivo.com <gerencia@gitmasivo.com>
Asunto: Reconsideracion - WMV428 Sra. Emilce Elisea Chacón Restrepo y Otros

Respetados doctoras buenas tardes,

En mi calidad de apoderado judicial de la **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO**, en su condición de **VÍCTIMA DIRECTA-LESIONADA**; **JOSE ORLANDO TORO LOPEZ,** en su condición de **VÍCTIMA INDIRECTA** (Víctima Indirecta-Compañero Permanente de la Víctima Directa); y **BRENDA GUILAN SARRIA CHACÓN**, en su condición de **VÍCTIMA INDIRECTA** (Víctima Indirecta-Hija de la Víctima Directa), respetuosamente presento ante esta compañía aseguradora, **SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN**, sobre la comunicación extemporánea de fecha 16 de noviembre de 2023, respecto de la reclamación presentada el pasado 28 de julio de 2023, es decir después de casi 4 meses donde se informa no dar trámite a la citada reclamación con fundamento en *"no se advierte probada no demostrada a través de soportes idóneos y pertinentes que, permitan determinar con certeza el perjuicio solicitado"*, pese a que mis presentados el pasado 26 de septiembre de 2023 aportaron a la aseguradora el **Dictamen de Calificación de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca con 13.90% PCL**, lo anterior con fundamento en los siguientes argumentos:

HECHOS:

PRIMERO: El día ocurrido el 30 de agosto de 2021, la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO**, se desplazaba en su calidad de pasajera del vehículo de placa **WMV428**, por la el Kilómetro 3.5 vía la Buitrera en la ciudad de Cali, cuando de manera intempestiva, el conductor del rodante de placas **WMV428,** asegurado por ustedes, perdió el control del vehículo, saliéndose de la vía y volcándose el rodante, y en consecuencia le ocasionó graves lesiones en su integridad que la han dejado con una **PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL del 13,90% PCL**. La autoridad de tránsito, estableció como único responsable del accidente a su conductor asegurado, y se le imponen la **"HIPÓTESIS. 217 PARA EL CONDUCTOR DEL VH. WMV428 FALLAS MECÁNICAS Y PÉRDIDA DEL CONTROL".**

SEGUNDO: El pasado 28 de julio de 2023, se presentó reclamación ante MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., sin embargo a la fecha del presente escrito aún no se ha recibido respuesta a la misma. No obstante, en aras de dimensionar la magnitud de las lesiones de mi representada, la familia de mi representada y mi representada decidieron se realizará la valoración por parte de Junta Regional, con el propósito de que la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** pudiera dimensionar de una forma objetiva la magnitud las lesiones y el perjuicio irrogado a las **VÍCTIMAS DIRECTAS E INDIRECTAS**, **quienes confirmaron la magnitud y gravedad de las lesiones de mi representada, estableciendo la siguiente Pérdida de la Capacidad Laboral del 13.90%.**

TERCERO: Por lo anterior, el pasado 21 de septiembre de 2023, la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA,** realizó la valoración de la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO** y estableció:

7. Concepto final del dictamen pericial
Valor final de la deficiencia (ponderado) Título I 5.00%
Valor final Rol Laboral, Ocupacional y otras áreas ocupacionales – Título II 8.90%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II) 13.90%

CUARTO: Por lo anterior, el suscrito apoderado pese a no tener respuesta de **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., presentó EL PASADO 26 DE SEPTIEMBRE DE 2023 NUEVOS ELEMENTOS PROBATORIOS a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., como lo fue el resultado del DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, con el cual se estableció que mi representada**, la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO, sin lugar a dudas sufrió una PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL 13.90% PCL** con ocasión del accidente, con lo cual se complementaban y sustentaban tanto legalmente como objetivamente los perjuicios irrogados a la víctima directa e indirectas, por tanto la liquidación de perjuicios presentada en la reclamación inicial del 28 de julio de 2023 conforme al **DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA.**

QUINTO: ES MUY IMPORTANTE RESALTAR Y REITERAR con los mismos documentos aportados a la ASEGURADORA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., (TODAS HISTORIAS CLÍNICAS, SOPORTES FUERON APORTADAS A LA ASEGURADORA el 28 de julio de 2023) mi representada fue examinada ante Junta Regional, quienes confirmaron la magnitud y gravedad de las lesiones de mi representada, y establecieron una PCL del 13.90%.

SEXTO: El pasado 08 de noviembre de 2023, se presentó derecho de petición a **la ASEGURADORA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** por instrucción de mis representados solicitando "**LAS PÓLIZAS DE AUTOMÓVILES PRINCIPAL Y COMPLEMENTARIAS QUE AMPARABAN EL VEHÍCULO DE PLACAS WMV428 BAJO EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL en el siniestro del 30 de agosto de 2021".**

El propósito de la citada petición obedece a la ausencia injustificada por más de tres meses de respuesta por parte de la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., lo que lleva a concluir que no tiene interés en dar respuesta a la reclamación, es decir que MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** no dio cumplimiento al término legal para dar respuesta, establecido en el artículo 1053 del Código de Comercio, en consecuencia la póliza presta mérito ejecutivo. Toda vez que la Aseguradora está obligando a la víctima directa e indirectas a acudir a instancias judiciales para cobrarle a su asegurado, conductor asegurado y propietario del vehículo asegurado, quienes directamente deberán asumir el resarcimiento del perjuicio ocasionado a mis representadas civil y penalmente. ES IMPORTANTE RESALTAR QUE A LA FECHA DE PRESENTACIÓN DEL PRESENTE ESCRITO **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. NO HA DADO RESPUESTA AL CITADO DERECHO DE PETICIÓN SOLICITANDO "LAS PÓLIZAS DE AUTOMÓVILES PRINCIPAL Y COMPLEMENTARIAS QUE AMPARABAN EL VEHÍCULO DE PLACAS WMV428 BAJO EL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL en el siniestro del 30 de agosto de 2021".**

SÉPTIMO: El 16 de noviembre de 2023, **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** mediante comunicación enviada por la Dra. Catalina Bocanegra Vásquez, y suscrita por la Dra. Paola Andrea Molina C., se informa que es OBJETADA LA RECLAMACIÓN por que supuestamente *"no se advierte probada no demostrada a través de soportes idóneos y pertinentes que, permitan determinar con certeza el perjuicio solicitado"*.

OCTAVO: La anterior respuesta extemporánea de la aseguradora, respetuosamente me permito manifestarles que es absolutamente irrespetuosa con las victimas directa e indirectas, (e inclusive con sus asegurados), puesto que la objeción sin lugar a dudas **OMITE EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL CON PCL 13.90%, QUE PRECISAMENTE LE DA CERTEZA FÁCTICA Y JURÍDICA, A LA RECLAMACIÓN Y SU LIQUIDACIÓN DE PERJUICIOS**, el cual fue presentado el pasado 26 de septiembre de 2023, **ANTE** la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., y el resultado del DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, con absoluta certeza y contundencia estableció que mi representada**, la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO, sin lugar a dudas sufrió una PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL 13.90% PCL** con ocasión del accidente, **CON LO CUAL SIN LUGAR A DUDAS SUSTENTABA TANTO LEGALMENTE COMO OBJETIVAMENTE LA LIQUIDACIÓN DE PERJUICIOS APORTADAS A LA ASEGURADORA EL MISMO 26 DE SEPTIEMBRE DE 2023, Y SOBRA DECIR QUE EL DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ ES EL ELEMENTO PROBATORIO IDÓNEO ADSCRITO AL MINISTERIO DEL TRABAJO PARA ESTABLECER LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DE UN INDIVIDUO, CON EL CUAL SE**

REALIZA LA LIQUIDACIÓN Y TASACIÓN DE PERJUICIOS, POR TANTO DESCONOCER DICHO DICTAMEN ES UN HECHO SIN PRECEDENTES.

FUNDAMENTOS POR LOS CUALES SE SOLICITA LA RECONSIDERACIÓN:

EN RELACIÓN A LA AFIRMACIÓN REALIZADA POR LA ASEGURADORA DE LA AUSENCIA DE SOPORTES IDÓNEOS Y PERTINENTE QUE, PERMITAN DETERMINAR CON CERTEZA EL PERJUICIO SOLICITADO:

"no se advierte probada no demostrada a través de soportes idóneos y pertinentes que, permitan determinar con certeza el perjuicio solicitado".
Al respecto me permito manifestar:

ES MUY IMPORTANTE RESALTAR Y REITERAR que en la reclamación inicial presentada el pasado 28 de Julio de 2023, en la liquidación objetiva de perjuicios, **se realizó con base en el análisis de las TODAS HISTORIAS CLÍNICAS, SOPORTES FUERON APORTADAS A LA ASEGURADORA,** sin embargo en aras de dimensionar la magnitud de las lesiones de mi representada y su familia decidieron que se realizará la valoración por parte de Junta Regional, con el propósito de que la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** pudiera **DIMENSIONAR DE UNA FORMA OBJETIVA LA MAGNITUD LAS LESIONES Y EL PERJUICIO IRROGADO** a las **VÍCTIMAS DIRECTAS E INDIRECTAS**. Por lo tanto, **con los mismos documentos aportados a la ASEGURADORA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., (TODAS HISTORIAS CLÍNICAS, SOPORTES FUERON APORTADAS A LA ASEGURADORA el 28 de julio de 2023) mi representada fue examinada ante la Junta Regional, quienes confirmaron la magnitud y gravedad de las lesiones de mi representada, y establecieron el 13.90% de PCL.**

Así las cosas, el comunicado extemporáneo del 16 de noviembre de 2023, **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** enviada por la Dra. Catalina Bocanegra Vásquez, y suscrita por la Dra. Paola Andrea Molina C., se informa que es OBJETADA LA RECLAMACION porque supuestamente *"no se advierte probada no demostrada a través de soportes idóneos y pertinentes que, permitan determinar con certeza el perjuicio solicitado"*, respetuosamente me permito manifestarles que es absolutamente irrespetuoso con las victimas directa e indirectas, (e inclusive con sus asegurados), puesto que la objeción sin lugar a dudas **OMITE EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL CON PCL 13.90%, QUE PRECISAMENTE LE DA CERTEZA FÁCTICA Y JURÍDICA, A LA RECLAMACIÓN Y SU LIQUIDACIÓN DE PERJUICIOS**, el cual fue presentado el pasado 26 de septiembre de 2023, **ANTE** la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., y el resultado del DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, con absoluta certeza y contundencia estableció que mi representada**, la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO , sin lugar a dudas sufrió una PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL 13.90% PCL** con ocasión del accidente, **CON LO CUAL SIN LUGAR A DUDAS SUSTENTABA TANTO LEGALMENTE COMO OBJETIVAMENTE LA LIQUIDACIÓN DE PERJUICIOS APORTADAS A LA ASEGURADORA EL MISMO 26 DE SEPTIEMBRE DE 2023, Y SOBRA DECIR QUE EL DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ ES EL ELEMENTO PROBATORIO IDÓNEO ADSCRITO AL MINISTERIO DEL TRABAJO PARA ESTABLECER LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL DE UN INDIVIDUO, CON EL CUAL SE REALIZA LA LIQUIDACIÓN Y TASACIÓN DE PERJUICIOS, POR TANTO DESCONOCER DICHO DICTAMEN ES UN HECHO SIN PRECEDENTES.**

De otra, parte respetuosamente considero que si la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA, realizó la valoración de la señora **EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO con TODAS HISTORIAS CLÍNICAS, SOPORTES FUERON APORTADAS A LA ASEGURADORA y estableció con absoluta certeza una PCL 13.90%, es una contradicción por parte de la aseguradora negar la existencia de "*soportes idóneos y pertinentes que, permitan determinar con certeza el perjuicio solicitado*",** es por ello que nuevamente respetuosamente me permito relacionar los perjuicios y liquidación objetiva de los mismos para que estos sean revisados por la aseguradora.

Por lo anterior, respetuosamente considero que EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL CON PCL 13.90%, es el SOPORTE MÁS IDÓNEO Y PERTINENTE QUE PERMITE DETERMINAR CON CERTEZA OBJETIVA EL PERJUICIO QUE SE HA SOLICITADO Y DE ESA MISMA MANERA LO HA REITERADO LA JURISPRUDENCIA DE LAS ALTAS CORTES DEL PAÍS COMO LO SON LA H. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA (DOCTRINA PROBABLE) Y EL H. CONSEJO DE ESTADO (Acta No. 23 del 25/sep/2013 con el fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios unificados para la reparación de los perjuicios inmateriales) quienes han reiterado la importancia de calificación de pérdida de la capacidad laboral, que es el mecanismo más idóneo para la realización de una

liquidación objetiva de perjuicios, por tanto desconocer y/o omitir el alcance probatorio del **DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL CON UN PCL 13.90%,** es una contradicción en sí misma frente a lo que se busca que es una objetividad en la tasación de los perjuicios puesto que no se tendría criterio objetivo para tasar y/o liquidar perjuicios y las jurisprudencias de las H. Cortes se desconociera y se terminaría tasando perjuicios sin un raciocinio idóneo u objetivo de los mismos, lo que sería injusto para las partes involucradas en los procesos litigiosos.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta todos los elementos descritos anteriormente, todos debidamente justificados y acreditados, lesiones, secuelas, el **PORCENTAJE DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DEL 13.90%** con los cuales deben convivir mi poderdante y su núcleo familiar por el resto de sus días, y responsabilidad probada por parte del conductor del vehículo asegurado por ustedes, se cumplen a cabalidad los requisitos del art. 1077 del Código de Comercio.

ES MUY IMPORTANTE RESALTAR Y REITERAR que en la reclamación inicial presentada el pasado 28 de Julio de 2023, en la liquidación objetiva de perjuicios, **se realizó con base en el análisis de las TODAS HISTORIAS CLÍNICAS, SOPORTES FUERON APORTADAS A LA ASEGURADORA,** sin embargo en aras de dimensionar la magnitud de las lesiones de mi representada y su familia decidieron que se realizará la valoración por parte de Junta Regional, con el propósito de que la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** pudiera **DIMENSIONAR DE UNA FORMA OBJETIVA LA MAGNITUD LAS LESIONES Y EL PERJUICIO IRROGADO** a las **VÍCTIMAS DIRECTAS E INDIRECTAS**.

Por lo tanto, **con los mismos documentos aportados a la ASEGURADORA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., (TODAS HISTORIAS CLÍNICAS, SOPORTES FUERON APORTADAS A LA ASEGURADORA el 28 de julio de 2023) mi representada fue examinada ante la Junta Regional, quienes confirmaron la magnitud y gravedad de las lesiones de mi representada, y establecieron el 13.90% de PCL.**

De otra parte, respetuosamente considero que EL DICTAMEN DE CALIFICACIÓN DE LA JUNTA REGIONAL CON PCL 13.90%, es el SOPORTE MÁS IDÓNEO Y PERTINENTE QUE PERMITE DETERMINAR CON CERTEZA OBJETIVA EL PERJUICIO QUE SE HA SOLICITADO Y DE ESA MISMA MANERA LO HA REITERADO LA JURISPRUDENCIA DE LAS ALTAS CORTES DEL PAÍS COMO LO SON LA H. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA (DOCTRINA PROBABLE) Y EL H. CONSEJO DE ESTADO (Acta No. 23 del 25/sep/2013 con el fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios unificados para la reparación de los perjuicios inmateriales) quienes han reiterado la importancia de calificación de pérdida de la capacidad laboral, que es el mecanismo más idóneo para la realización de una liquidación objetiva de perjuicios, por tanto desconocer y/o omitir el alcance probatorio del DICTAMEN DE LA JUNTA REGIONAL CON UN PCL 30.88%, es una contradicción en sí misma frente a lo que se busca que es una objetividad en la tasación de los perjuicios puesto que no se tendría criterio objetivo para tasar y/o liquidar perjuicios y las jurisprudencias de las H. Cortes se desconociera y se terminaría tasando perjuicios sin un raciocinio idóneo u objetivo de los mismos, lo que sería injusto para las partes involucradas en los procesos litigiosos.

En la reclamación inicial del 28 de julio de 2023, se liquidado teniendo en cuenta los parámetros establecidos por el H. Consejo de Estado **(Acta No. 23 del 25/sep/2013 con el fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios unificados para la reparación de los perjuicios inmateriales)**, por encontrarnos en una etapa extrajudicial y con el fin de tratar un acercamiento entre ambas partes, sin embargo, en la respuesta de **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, no solo se omite el resultado del Dictamen de la Junta Regional sino que se expresa que no justifica el valor de las pretensiones, lo cual no es cierto, puesto que si la liquidación de perjuicios se realizará **CONFORME A LA DOCTRINA PROBABLE DE LA H. CORTE SUPREMA DE JUSTICIA LAS PRETENSIONES SON MAYORES descrita en sus sentencias (SC3728-2021, 26/08/2021); (SC9193-2017, 28/06/2017); (SC562-2020, 27/02/2020); (SC3919-2021; 08/09/2021),** los cuales no solo sustentan las pretensiones iniciales sino que por el contrario incrementan sin lugar a dudas por perjuicios irrogados a mis representados, hecho que es de conocimiento por parte de la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.**, en ese caso las pretensiones según la **DOCTRINA PROBABLE** serían de **TRESCIENTOS CUATRO MILLONES QUINIENTOS UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($304.000.501,oo) M/CTE,** esto es sin incluir los perjuicios de la pérdida de oportunidad entre otros de la víctima directa e indirecta, que sí se tendrán en cuenta en el evento de iniciar el proceso judicial.

No obstante lo anterior por encontrarnos en una etapa extrajudicial la liquidación presentada a la aseguradora **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.** se realiza con base en los parámetros del el H. Consejo de Estado **(Acta No. 23 del 25/sep/2013 con el fin de recopilar la línea jurisprudencial y establecer criterios unificados para la reparación de los perjuicios inmateriales)**, por tal motivo las pretensiones extrajudiciales de mis representados son **CIENTO NOVENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y UN PESOS MONEDA CORRIENTE ($199.364.661,oo) M/CTE, solo en la etapa extrajudicial,** y mis representados han presentado a la aseguradora todos los soportes idóneos que prueban y/o demuestran con certeza el perjuicio solicitado, como también que las pretensiones inicialmente presentadas se encuentran muy bien ajustadas teniendo en cuenta que nos encontramos en una etapa extrajudicial.

Cabe resaltar, que mi representada la señora EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO , han cumplido con cada uno de los requerimientos por parte de la aseguradora y es por ello que la liquidación objetiva de perjuicios presentada a la aseguradora **NO ES UN VALOR ARBITRARIO, NI ES UNA CIFRA IRREAL, ES UN VALOR RESULTANTE DE UNA LIQUIDACIÓN OBJETIVA DE PERJUICIOS CORRECTAMENTE ELABORADA, Y ÚNICAMENTE SE ESTÁ SOLICITANDO DE MANERA RESPETUOSA A LA ASEGURADORA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A., sea consecuente y realice un ofrecimiento que refleje la magnitud de sus lesiones, secuelas permanentes y el 13.90% de PCL, que padece mi representada para toda su vida.**

Así las cosas, de manera respetuosa solicito a **MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.,** realizar una valoración de perjuicios con las historias clínicas, conceptos médicos y el Dictamen de Calificación de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca con 13.90% PCL, aportados en la citada reclamación, con la que tengo la plena convicción que se comprenderá la magnitud de los perjuicios, tanto físicos, psicológicos que sufrió la señora EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO.

PRUEBAS Y ANEXOS

- Dictamen de Calificación de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca con 13.90% PCL.

NOTIFICACIONES

EL SUSCRITO: **Carrera 68 No. 20-65, Manzana 41 // C. 3, Cali – Valle del Cauca.** Teléfonos. 3008760684. E-mail: mauriciochirinosabogado@gmail.com

Respetuosamente se suscribe,

MAURICIO ARMANDO CHIRINOS MARTÍNEZ
Especialista en Derecho de Seguros
Pontificia Universidad Javeriana (Bogotá)
Abogado.
T.P. 180.387 C.S. de la J.

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 01/08/2023 Hora: 12:32:52
Jornada: Normal
Oficina: 153
Terminal: CJ0153W703
Usuario: RGS

DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:
JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION D
Cuenta Convenio: ********2021
Código Convenio: 1117134
No. de Referencia 1:
66992737
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: $1,160,000.00
Costo Transacción: $.00
No. Transacción: 355772
Quien realiza la transacción
Tipo Id: CC
No Id: 66992737
Transacción exitosa en linea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

EJE-23-720

LA ABOGADA Y MIEMBRO PRINCIPAL DE LA SALA DOS DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA.

CERTIFICA:

Que Declara en firme el Dictamen número **16202304738** de fecha **21** de **septiembre** del año **2023** a nombre del (a) señor (a) **EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO,** identificado (a) con documento de identidad No**. 66992737,** correspondiente a la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral.

El dictamen fue solicitado de forma particular para trámite administrativo y, el mismo fue emitido por esta Junta de igual forma; es así como, la calificación se rinde de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1 del Decreto 1072 de 2015; en el cual se lee: "… las juntas regionales de calificación de invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos…".

Se firma la presente certificación, a los 22 días del mes de septiembre del año 2023.

JULIETA BARCO LLANOS
Abogada – Miembro Principal Sala No. 2

COPIA: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
EPS SURA
EXPEDIENTE

Patricia F.

Santiago de Cali, 22 de septiembre del 2023

NOTIFICACIÓN DICTAMEN

La **Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca**, le comunica que:

Se le **NOTIFICA** a través de correo electrónico, el dictamen número **16202304738,** a nombre del (a) calificado (a) **EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO** identificado (a) con documento de identidad número **66992737,** emitido en audiencia privada número **189** realizada el día **21 de septiembre del año 2023**.

El dictamen fue solicitado de forma particular para trámite administrativo y, el mismo fue emitido por esta Junta de igual forma; por lo anterior, la calificación se rinde de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1 del Decreto 1072 de 2015; en el cual se lee: "… las juntas regionales de calificación de invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos…"

Es así como, contra el dictamen emitido, **NO** procede recurso alguno.

Anexo copia del dictamen notificado.

Atentamente;

JULIETA BARCO LLANOS
Abogada - Miembro Principal - Sala N° 2

NOTIFICADO: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
EPS SURA

COPIA: EXPEDIENTE

MinTrabajo
República de Colombia

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL VALLE DEL CAUCA
NIT. 805012111-1

DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

1. Información general del dictamen

Fecha de dictamen: 21/09/2023	**Motivo de calificación:** PCL (Dec 1507 /2014)	**Nº Dictamen:** 16202304738
Instancia actual: No aplica		
Tipo solicitante:	**Nombre solicitante:** PARTICULAR	**Identificación:** NIT
Teléfono:	**Ciudad:**	**Dirección:**
Correo eletrónico:		

2. Información general de la entidad calificadora

Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca - Sala 2	**Identificación:** 805.012.111-1	**Dirección:** Calle 5E No. 42-44 Barrio Tequendama (Cali, Valle del Cauca)
Teléfono: 5531020	**Correo electrónico:** solicitudes@juntavalle.com	**Ciudad:** Santiago de cali - Valle del cauca

3. Datos generales de la persona calificada

Nombres y apellidos: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	**Identificación:** CC - 66992737 - CALI	**Dirección:** Corregimiento La Buitrera Kilometro 7 Callejon Don Chepe Apto 102
Ciudad: Santiago de cali - Valle del cauca	**Teléfonos:** - 315 722 4146	**Fecha nacimiento:** 06/05/1975
Lugar: Santiago de cali - Valle del cauca	**Edad:** 48 año(s) 4 mes(es)	**Genero:** Femenino
Etapas del ciclo vital: Población en edad economicamente activa	**Estado civil:** Unión Libre	**Escolaridad:** Básica secundaria
Correo electrónico: chaconelisea@gmail.com	**Tipo usuario SGSS:**	**EPS:** EPS Sura
AFP:	**ARL:**	**Compañía de seguros:**

4. Antecedentes laborales del calificado

Tipo vinculación:	**Trabajo/Empleo:**	**Ocupación:**
Código CIUO:	**Actividad economica:**	
Empresa:	**Identificación:**	**Dirección:**
Ciudad:	**Teléfono:**	**Fecha ingreso:**
Antigüedad:		
Descripción de los cargos desempeñados y duración:		

5. Relación de documentos y examen físico (Descripción)

Información clínica y conceptos

Resumen del caso:

Diagnóstico actual:

- (S202) TRAUMA CERRADO DE TÓRAX
- (R522) DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO SOMÁTICO ESCAPULAR Y REGIÓN DORSAL IZQUIERDA
- (F412) TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
- (F322) EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS.
- (M531) SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL

Argumento: Paciente de 48 Años. Sexo: Femenino. Empresa: No labora. Cargo: ama de casa. Tiempo: no aplica. Actualmente: Ama de casa
Estado Civil: Unión libre
Escolaridad: Secundaria
Residencia: Cali – Valle

Antecedentes de importancia:
Patológicos: Negativo. Traumáticos: Negativo. Alérgicos: Negativo. Tóxicos: Negativo. Familiares: Negativo. Farmacológicos: Pregabalina – Trazodona-. Quirúrgicas: Histerectomía radical y ooforectomía. Ocupacionales: Negativo.

Motivo de consulta: Solicitud PARTICULAR para determinar la calificación de pérdida de capacidad laboral de todas las patologías mencionadas.

El presente dictamen solo es válido para (Solicitud para examen particular para calificación de pérdida de capacidad laboral de la junta regional de calificación de invalidez del valle del cauca. Yo, Emilce Elísea Chacón Restrepo, sufrí un accidente de tránsito el 30 de agosto de 2021, en la buitrera ciudad de Cali, en el bus donde iba como pasajera se salió de la vía y se volcó. La aseguradora del bus Mapfre Seguros, cuando me acerque para que me atendieran por las lesiones del accidente, me dijo que debía ser calificada por la JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, por eso mi familia contactó con la junta y nos explicaron que debía pagar el costo del examen, y que debía hacer esta carta y enviarla con las historias clínicas para que me pudieran realizar la CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL VALLE, para yo poder volver a la aseguradora a presentar la reclamación con este examen por las lesiones del accidente que me piden en la aseguradora del bus responsable.) y se emite de conformidad con lo establecido en el numeral 3 del artículo 2.2.5.1.1. del Decreto 1072 de 2015, en el cual se lee:

"...3. De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las juntas regionales de calificación de invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos, en los siguientes casos:
3,1. Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral;

3.2. Entidades bancarias o compañía de seguros;

3.3. Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997...".

Se solicita al paciente valoraciones por psiquiatría. El usuario aporta valoraciones por psicología del 31/03/2022, 25 /04/2022, 25/08/2022, 13/12/2022 04/01/2023, 26/01/2023, 16/02/2023, 22/03/2023, 05/04/202318/04/2023, 19/05 /2023, 22/03/2023. De psiquiatría aporta la mismas que se encuentran en el expediente que corresponden a la fecha: 28/12/2022, 13/04/2023, 26/06/2023. Por lo tanto se procede a calificar con lo obrante dentro del expediente.

Resumen de información clínica:

30/08/2021 ATENCIÓN INICIAL: Fue atendida en la IPS Unidad Médico Quirúrgica Santa Clara. MC: Accidente de tránsito. EA: paciente quien sufrió accidente de tránsito, traída por paramédicos en ambulancia, quien refiere haber sufrido trauma en columna dorsal, manifestando dolor en áreas afectadas, limitación para la marcha, con EVA 5/8. EF: Extremidades: Eutróficas, movimiento de las 4 extremidades normal. Dolor a la palpación en columna dorsal, RS CS sin soplos, pulmones normo ventilados. Justificación clínica: Paciente con politraumatismo se ordena aplicación de analgésico para disminución del dolor, se ordena realización de rx para confirmar y/o descartar lesiones óseas. Se revisan radiografías de columna dorsal encontrándose dentro de los limites normales, no se visualizan lesión ósea ni luxación alguna, se revalora paciente manifestando presentar mejoría del dolor, se decide dar salida con formula médica, recomendaciones y pautas de alarma, se da incapacidad médica, se da cita medica con medico general por consulta externa. Dx: S242 Traumatismo de raíces nerviosas de la columna torácica.

APORTA NO. 95 FOLIOS

NO CUMPLE CON CRITERIOS DE CALIFICACIÓN PATOLOGÍA MENTAL

Según el manual Único para la Calificación de la Perdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional refiere en el capítulo XIII de Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento, dice en el punto 13.3. Definiciones y Principios de Evaluación. 13.3.1 Aspectos Clínicos. Para la evaluación de las deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento se tendrá en cuenta: Criterio 1. Diagnósticos clínicos: Este capítulo utiliza la nomenclatura y los códigos correspondientes a la CIE-10. No obstante, aunque se utilizan los códigos de la CIE-10, los criterios diagnósticos a utilizar son los del DSM IV. Criterio 2. Historial clínico: relacionado con los antecedentes clínicos y su evolución en el año anterior a la calificación. Criterio 3. Hallazgo actual: Presencia de síntomas y signos determinados mediante examen mental. Criterio 4. Evolución total del trastorno: Es el tiempo comprendido entre la primera aparición de las alteraciones propias del cuadro clínico y el momento de la calificación. Criterio 5. Coeficiente intelectual. Para efectos de calificar la pérdida de capacidad laboral u ocupacional por enfermedad mental o trastorno del comportamiento, se tendrán en cuenta los ejes 1 y 1 acorde a la tabla 13.1 de la calificación.

Tabla 13.1 Sistema multiaxial del DSM-IV

Eje	Condición
1	Trastornos clínicos
	Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
II	Trastornos de personalidad
III	Enfermedades médicas (con código CIE - 10)
IV	1 Problemas psicosociales y ambientales
V	1 Evaluación de la actividad global

Cada uno de los 5 ejes (en una escala de 1 a V) hace referencia a un tipo diferente de información. Los tres primeros constituyen las categorías de diagnóstico principales e incluyen los cuadros clínicos y las condiciones que son el foco del

tratamiento (eje 1), la personalidad y los trastornos del desarrollo (eje II) y los trastornos y condiciones físicas que puedan ser relevantes para la compresión y manejo del cuidado de la persona. (Eje III). El eje IV hace referencia a factores estresantes psicosociales y el Eje V a la capacidad funcional global que refleja los efectos de los trastornos mentales de manera integral. 13.3.2. Procedimientos para la Calificación de las Deficiencias por Trastornos Mentales y del Comportamiento. Consideraciones preliminares. En ciertos casos se necesitan además de la historia clínica, algunas pruebas diagnósticas tales como: pruebas de personalidad, test de inteligencia, afrontamiento del estrés, de vulnerabilidad al estrés, evaluación de factores psicosociales, escalas de depresión y ansiedad que varían según la etapa del ciclo vital en que se encuentre la persona. 13.3.3 Metodología de calificación. Determinado el diagnóstico, se califica de la siguiente manera: 1. Identificar el trastorno mental a calificar según lo definido en el DSM-IV y su sistema de clasificación multiaxial, de acuerdo con el diagnostico emitido por el médico psiquiatra. 2. Verificar que se haya alcanzado la Mejoría Médica Máxima, un año después de iniciado el tratamiento, o se haya terminado el proceso de rehabilitación integral; no obstante, se deberá calificar antes de cumplir los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad.

Por todo lo anterior no puede verificarse que se haya alcanzado la mejoría medica máxima un año después de iniciado el tratamiento o se haya terminado el proceso de rehabilitación integral.

Conceptos médicos

Fecha: 20/09/2021 **Especialidad:** MEDICINA GENERAL

Resumen:

MC: Control secundario a accidente de tránsito. EA: Paciente quien ingresa por sus propios medios, con antecedente de accidente de transito con trauma en tórax y región dorsal consulto al servicio de urgencias donde se realiza rx en donde no se observa alteración, ante persistencia del dolor en tórax médico en control solicita ecografía de mama realizada el 08/09/2021 dentro de la normalidad, en el momento refiere persistencia del dolor la incapacidad para realizar actividades diarias niega otra sintomatología. Se decide continuar manejo con analgesia, se recomienda reposo, manejo local frio y calor, se realiza prorroga de incapacidad por 5 días más a partir de la fecha, se dan orden de 6 sesiones de terapia física para manejo del dolor. Dx: Contusión de tórax.

Fecha: 08/11/2021 **Especialidad:** HISTORIA CLÍNICA URGENCIAS

Resumen:

MC: Me duele aún el tórax. EA: Paciente con cuadro de trauma de tórax el 30 de agosto, con imágenes normales de HTORAX en 3D, se revisa paciente y se le explica normalidad. Plan: Igual. Incapacidad. Dx: S202 Trauma cerrado de tórax.

Fecha: 04/05/2022 **Especialidad:** FISIATRÍA

Resumen:

EA: Paciente quien presentó accidente de transito con trauma en región cervicodorsal izquierda, para lo que recibió manejo con terapia física y analgesia oral, pero persiste con dolor motivo por el cual acude a valoración. EF: Ingresa por sus propios medios, alerta, tranquila, no déficit motor ni sensitivo, amas de 4 extremidades conservados. Puntos dolorosos en romboides, trapecio y supraespinoso. Amas de hombro conservados a la igual columna cervical. Dolor a la palpación de paraespinales torácicos y proceso espinoso. Plan: Se indica bloqueo de puntos dolorosos persistente en paraespinales y proceso espinoso dorsales por lo que se solicita RMN simple de columna torácica.

Fecha: 03/08/2022 **Especialidad:** FISIATRÍA

Resumen:

Bloqueo de región dolorosa. Cuadro de dolor cervicobraquial, dolor persistente que acude para bloqueo de región dolorosa. Reporte de RMN simple de columna normal. Se realiza procedimiento, se dan recomendaciones generales, relajante muscular y ALTA. Dx: M531 Síndrome cervicobraquial.

Fecha: 02/09/2022 **Especialidad:** MEDICINA DEL DOLOR

Resumen:

EA: Paciente que asiste a control por historia de dolor crónico nociceptivo somático escapular y región dorsal izquierda. EF: Hombro izquierdo: amas completas, dolor a la palpación en trapecio romboides región infraescapular, no se objetiva déficit neurológico, no alodinia ni disestesias. Evolución: Paciente remitido de ortopedia por dolor de 1 año de evolución en la región dorso escapular de características mecánicas que se aumenta con el movimiento y al vestirse referido al tórax sin un patrón de irradiación radicular EVA 8/9 hasta 10 se le realiza intervencionismo para tratar de modular el dolor. DX: Dolor crónico nociceptivo escapular y región dorsal izquierda. Plan: Bloqueo simpático supraescapular, bloqueo simpático dorso escapular, se cita el 22 de septiembre a las 12 de la media día en urgetrauma san Fernando medicamentos.

Fecha: 28/12/2022 **Especialidad:** PSIQUIATRÍA

Resumen:

EA: Menciona el 30 de agosto de 2021tuvo accidente dentro de un alimentador del mío “se volcó porque iba en excesos de velocidad y al caer me golpee la espalda”. Refiere dolor intenso en región cérvico dorsal y hombro izquierdo, con todos los estudios radiográficos normales, le han realizado bloqueos neural de hombro y espalda sin mejoría, a la fecha persiste con dolor a pesar de la analgesia, con limitación para las actividades físicas “deje el trabajo porque el dolor me impide hacer todo”, a raíz de lo descrito habla de intensa anhedonia, aislamiento social, con tristeza la mayor parte del tiempo, irritabilidad, ideas de minusvalía, frustración, llanto, ansiedad flotante, angustia por su situación económica, insomnio intermitente con PTOS catastróficos “soy una inútil, que no puede hacer nada”, ha tenido ideas de muerte y suicidas poco estructuradas. Finalmente habla de ideas evitativas, intrusivas recurrentes acerca del accidente y recuerdos donde rememora lo sucedido. Niega sintomatología psicótica. “mi hija tuvo un amorío con el vecino casado, le tiene un hijo que apenas 7 años más tarde vienen a aceptar que es suyo, la eche de mi casa”. Plan: 12 psicoterapias individuales por psicología. Sesiones quincenales por estrés postraumático. Dx: F322 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Fecha: 13/04/2023 **Especialidad:** PSIQUIATRÍA

Resumen:

Se trata de paciente de 47 años, con diagnóstico y tratamiento anotado, quien no acudía a control desde el 28/12/2022 y no ha sido adherente al manejo médico. Acude hoy dando cuentas de persistencia en síntomas afectivos y ansiosos asociado a dolor crónico a nivel de región cervicodorsal y de hombro izquierdo, ha sido de difícil manejo. Además de marcada irritabilidad, alteración en ciclos biológicos y funcionalidad comprometida por la dolencia. Trae resultados de paraclínicos dentro de los parámetros normales, excepto el TSH ligeramente elevada, lo cual se le debe hacer seguimiento con pruebas tiroideas complementarias, formulo tratamiento médico así: sertralina, trazodona, se indica continuar psicoterapia de apoyo con psicología y se cita a control en 1 mes, se dan recomendaciones, psicoeducación y signos de alarma. Dx: F322 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. R522 Otro dolor crónico.

Fecha: 26/06/2023 **Especialidad:** PSIQUIATRÍA

Resumen:

EA: Paciente conocida en la institución con dx de trastorno depresivo, dolor crónico, ultima atención en esta institución 25/05 /2023. Paciente con antecedente de un trastorno depresivo, una cervicalgia crónica tratada por otras especialidades refiere aumento de síntomas ansiosos posteriores a evidenciar un accidente de tránsito, no ha tenido ideas de muerte ni suicidio, ni agresión a terceros, no hay síntomas psicóticos, decido hacer entonces un cambio farmacológico y dejar un seguimiento ambulatorio, se dan signos de alarma y reconsulta. Continuo con sertralina, suspenso la trazodona e inicio pregabalina, se dan signos de alarma, reconsulta debe seguir en psicoterapia. F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Fecha: 14/07/2023 **Especialidad:** MEDICINA DEL DOLOR

Resumen:

MC: Control presencial. EA: Paciente que asiste a control por historia de dolor crónico nociceptivo somático escapula y región dorsal izquierda. Dx: dolor crónico nociceptivo somático escapular y región dorsal izquierda. Evolución: paciente conocido con dolor en hombro izquierdo a quien se le realizo intervencionismo no Sostenido en el tiempo, se ajusta farmacológicamente y se da de alta por esta consulta. Debe Continuar con recomendaciones laborales Examen físico: buenas condiciones generales Hombro izquierdo, amas de hombro completas, dolor al palpar trapecio romboides y regiones Infraescapular, no se objetiva alodinia ni disestesias. Se da de ALTA por esta especialidad.

Pruebas especificas

Fecha: 20/08/2021 **Nombre de la prueba:** RX DE COLUMNA TÓRACICA

Resumen:

Estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal. La altura de los cuerpos vertebrales y espacios intervertebrales está conservada. Canal medular de anormales, amplitud normal. No hay ni calcificaciones de fracturas ni luxaciones. No observan masas paravertebrales.

Fecha: 22/06/2022 **Nombre de la prueba:** RMN DE COLUMNA TORACICA

Resumen:

Normal.

Concepto de rehabilitación

Proceso de rehabilitación: Sin información

Valoraciónes del calificador o equipo interdisciplinario

Fecha: 23/08/2023 **Especialidad:** MÉDICO PONENTE

Valoración Médica:

PERSONA VALORADA EL 23/08/2023 PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Enfermedad actual: Usuario refiere “Dolor en región torácica a nivel del tórax anterior y posterior postraumático, insomnio de conciliación”

Examen físico: Paciente atendido telefónicamente.
Dominancia derecha.
Orientado en las tres esferas.
Peso: 68 kilos. Talla: 1,55cm. Tensión Arterial:120/80mmHg
Ojos: Conjuntivas rosadas,
Boca: Dentadura en buen estado.
Cuello: Normal.
Cardiopulmonar: Normal.
Abdomen: Normal.
Osteomuscular: dolor en región torácica anterior y posterior.
No déficit neurológico.
Marcha: normal sin ayudas ni aditamentos

Fecha: 23/08/2023 **Especialidad:** TERAPEUTA OCUPACIONAL

Valoración Terapeuta Ocupacional 23/08/2023: se realiza valoración por tele consulta previa autorización del paciente.

Edad: 48 años
Escolaridad: Bachiller
Estado civil: Unión libre, vive en compañía de la pareja y dos hijos de 30 y 25 años

Paciente con antecedente de trauma cerrado de tórax, dolor crónico nociceptivo somático escapular y región dorsal izquierda, trastorno mixto de ansiedad y depresión, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, síndrome cervicobraquial, independiente en actividades básica cotidianas y actividades de la vida diaria, orientada. Presenta movimientos de tórax dolorosos, dominancia derecha. Puede desplazarse por terreno regular por periodos cortos de tiempo, puede subir y bajar escaleras realizando pausas, dificultad para adquirir postura de cuclillas y manipular peso, al realizar las actividades del hogar, para trabajar, refiere que el esposo contrato una persona para que cocine y realice las actividades del hogar.

Presenta dificultad para participar en actividades deportivas y actividades sociales. Vive en casa propia, tiene un perro de mascotas, no conduce.

Rol Laboral:
Se desempeñó como empleada doméstica y oficios varios en finca independiente durante 12 años. Tareas habituales: barrer, trapear, podar, cargar, cuidar animales.
Actualmente refiere que no labora desde el momento del accidente.
Económicamente indica que depende del esposo y de los hijos.

Otros conceptos técnicos:

Fundamentos de derecho:
Manual Único De Calificación De Invalidez - Decreto 1507 De 2014.

Para el caso que nos ocupa debe tenerse en cuenta que de acuerdo al capítulo preliminar numeral 3 principios de ponderación.

3. Principios de ponderación. Para efectos de calificación, el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, se distribuye porcentualmente de la siguiente manera: El rango de calificación oscila entre un mínimo de cero por ciento (0%) y un máximo de cien por ciento (100%), correspondiendo, cincuenta por ciento (50%) al Título Primero (Valoración de las deficiencias) y cincuenta por ciento (50%) al Título Segundo (Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales) del Anexo Técnico.

Tabla 1. Ponderación usada en el Anexo Técnico del Manual
Ponderación
Titulo Primero. Valoración de las deficiencias 50%
Titulo Segundo. Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales 50%
Cálculo del Valor Final de la Deficiencia: El valor final de la deficiencia Será el valor obtenido por la secuela calificable de cada una de las patologías de la persona; si tiene varias secuelas calificables de diferentes capítulos, estas se combinan mediante la fórmula de valores combinados. Una vez combinadas todas, la deficiencia del resultado final se debe ponderar al cincuenta por ciento (50%), es decir se debe multiplicar por cero coma cinco (0,5). De manera tal que si el valor final fue de ochenta por ciento (80%) se multiplica por cero coma cinco (0,5) obteniendo como resultado o Valor Final de la Deficiencia, cuarenta por ciento (40%).
El valor de la pérdida de capacidad ocupacional para niños, niñas (mayores de 3 años) y adolescentes será: valor final de la deficiencia + valor final del Título Segundo Pérdida de Capacidad Ocupacional = (mayores de 3 años.) + Valor Final de la Titulo Primero (ponderado al 50%) + Valor Final del Título Segundo bebés, niños, niñas (mayores de 3 años;
Otros Fundamentos De Derecho
Otros fundamentos de derecho que se tuvieron en cuenta para el presente dictamen se encuentran en las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993, Articulo 42 crea las Juntas de Calificación.
- Decreto Ley 19/2012 Art.142 que modifico el Articulo 41 de la Ley 100 de 1993
- Ley 776 de 2002, reglamenta el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)
- Decreto 1352 de 26 de junio de 2013 por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1562 de 2012 Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
- Decreto único 1072 de 2015 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo
- Resolución 3745 de 2015 Por la cual se adoptan los formatos de dictamen para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Análisis y conclusiones:

La Sala dos (2) Junta Regional de Calificación de invalidez del Valle, con base en los fundamentos de hecho y derechos expuestos anteriormente y, teniendo en cuenta que, una vez revisada la documentación aportada en una carpeta y la valoración practicada, establece que:

Se analiza la calificación de deficiencias, la del rol laboral y otras áreas ocupacionales

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la perdida de capacidad laboral y ocupacional

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias

Diagnósticos y origen

CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
S202	Contusión del tórax	TRAUMA CERRADO DE TÓRAX		Accidente común
R522	Otro dolor crónico	DOLOR CRÓNICO NOCICEPTIVO SOMÁTICO ESCAPULAR Y REGIÓN DORSAL IZQUIERDA		Accidente común
M531	Síndrome cervicobraquial			Accidente común

Deficiencias

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	1	NA	NA	NA	10,00%		10,00%
Deficiencia por nervios misceláneos	12	12.8	0	NA	NA	NA	0,00%		0,00%
								Valor combinado	**10,00%**

Deficiencia	Capitulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por alteración de miembro superior izquierdo	14	14.5	NA	NA	NA	NA	0,00%		0,00%
								Valor combinado	**0,00%**

Capítulo	Valor deficiencia
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.	10,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.	0,00%
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar	**10,00%**

CFP: Clase factor principal CFM: Clase factor modulador

Formula ajuste total de deficiencia por tabla: (CFM1 - CFP) + (CFM2 - CFP) + (CFM3 - CFP)

Formula de Baltazar: Obtiene el valor de las deficiencias sin ponderar.

$$\frac{A + (100 - A) * B}{100}$$

A: Deficiencia mayor valor. B: Deficiencia menor valor.

Calculo final de la deficiencia ponderada: % Total deficiencia (sin ponderar) x 0,5	**5,00%**

Título II - Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales

Rol laboral

Restricciones del rol laboral	5
Restricciones autosuficiencia económica	1.5
Restricciones en función de la edad cronológica	1.5
Sumatoria rol laboral, autosuficiencia económica y edad (30%)	**8,00%**

Calificación otras áreas ocupacionales (AVD)

A	0,0	No hay dificultad, no dependencia.	B	0,1	Dificultad leve, no dependencia.	C	0,2	Dificultad moderada, dependencia moderada.
D	0,3	Dificultad severa, dependencia severa.	E	0,4	Dificultad completa, dependencia completa.			

d1	**1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento**	**1.1**	**1.2**	**1.3**	**1.4**	**1.5**	**1.6**	**1.7**	**1.8**	**1.9**	**1.10**	**Total**
		d110	**d115**	**d140-d145**	**d150**	**d163**	**d166**	**d170**	**d172**	**d175-d177**	**d1751**	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d3	**2. Comunicación**	**2.1**	**2.2**	**2.3**	**2.4**	**2.5**	**2.6**	**2.7**	**2.8**	**2.9**	**2.10**	**Total**
		d310	**d315**	**d320**	**d325**	**d330**	**d335**	**d345**	**d350**	**d355**	**d360**	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
d4	**3. Movilidad**	**3.1**	**3.2**	**3.3**	**3.4**	**3.5**	**3.6**	**3.7**	**3.8**	**3.9**	**3.10**	**Total**
		d410	**d415**	**d430**	**d440**	**d445**	**d455**	**d460**	**d465**	**d470**	**d475**	
		0.1	0	0.1	0	0	0.1	0.1	0	0	0.1	0.5
d5	**4. Autocuidado personal**	**4.1**	**4.2**	**4.3**	**4.4**	**4.5**	**4.6**	**4.7**	**4.8**	**4.9**	**4.10**	**Total**
		d510	**d520**	**d530**	**d540**	**d5401**	**d5402**	**d550**	**d560**	**d570**	**d5701**	
		0.1	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0	0.2
d6	**5. Vida doméstica**	**5.1**	**5.2**	**5.3**	**5.4**	**5.5**	**5.6**	**5.7**	**5.8**	**5.9**	**5.10**	**Total**
		d610	**d620**	**d6200**	**d630**	**d640**	**d6402**	**d650**	**d660**	**d6504**	**d6506**	
		0	0	0	0	0.1	0.1	0	0	0	0	0.2

Sumatoria total de otras áreas ocupacionales (20%)	**0.9**
Valor final título II	**8,90%**

7. Concepto final del dictamen pericial	
Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	5,00%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	8,90%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	**13,90%**

Origen: Accidente **Riesgo:** Común **Fecha de estructuración:** 23/08/2023

Sustentanción fecha estructuración y otras observaciones:

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:

El Artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, define la fecha de estructuración como: "La fecha en que una persona pierde un grado o porcentaje de su capacidad laboral u ocupacional, de cualquier origen, como consecuencia de una enfermedad o accidente, y que se determina con base en la evolución de las secuelas que han dejado estos. Para el estado de invalidez, esta fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el cincuenta por ciento (50%) de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional. Esta fecha debe soportarse en la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y puede ser anterior o corresponder a la fecha de la declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral. Para aquellos casos en los cuales no exista historia clínica, se debe apoyar en la historia natural de la enfermedad. En todo caso, esta fecha debe estar argumentada por el calificador y consignada en la calificación. Además, no puede estar sujeta a que el solicitante haya estado laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral."

Con base en los fundamentos expuesto, se tiene como **FECHA DE ESTRUCTURACIÓN**:

La fecha de estructuración de la invalidez, en el presente caso, corresponde al día **23/08/2023**, fecha de valoración por la **JRCIV**.

Nivel de perdida: Incapacidad permanente parcial	**Muerte:** No aplica	**Fecha de defuncíon:**
Ayuda de terceros para ABC y AVD: No aplica	**Ayuda de terceros para toma de decisiones:** No aplica	**Requiere de dispositivos de apoyo:** No aplica
Enfermedad de alto costo/catastrófica: No aplica	**Enfermedad degenerativa:** No aplica	**Enfermedad progresiva:** No aplica

8. Grupo calificador

WILLIAM SALAZAR SANCHEZ
Firmado digitalmente por WILLIAM SALAZAR SANCHEZ
Fecha: 2023.09.21 09:15:36 -05'00'

William Salazar Sánchez
Médico ponente
Miembro Principal Sala 2
RM 256/84

LILIAN PATRICIA POSSO ROSERO
Firmado digitalmente por LILIAN PATRICIA POSSO ROSERO
Fecha: 2023.09.21 11:15:43 -05'00'

Lilian Patricia Posso Rosero
Terapeuta Ocupacional
Miembro Principal Sala 2
RG 13425/97

JUDITH EUFEMIA DEL SOCORRO PARDO HERRERA
Firmado digitalmente por JUDITH EUFEMIA DEL SOCORRO PARDO HERRERA
Fecha: 2023.09.22 13:47:24 -05'00'

Judith Eufemia del Socorro Pardo Herrera
Medico Laboral
Miembro Principal Sala 2
RM 10146/84

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155
CALLE 5 # 80-00
SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

66992737

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:** 48 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
Afiliado: SOAT **Teléfono:** 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

Responsable: EMILCE CHACON **Teléfono:** **Parentesco:** Otro

SEDE DE ATENCIÓN A **Cod. de habilitación** **Edad** 48 años 4 meses 26 dias

FOLIO 9 **FECHA** 29/09/2023 15:31:18 **TIPO DE ATENCION : AMBULATORIO**

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

NOMBRE: EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 66992737.
EDAD: 48 AÑOS.
ACUDE SOLA.
DIAGNÓSTICOS:
1 - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.
2 - CERCIVALGIA.
TRATAMIENTO:
- SERTRALINA 100MG EN LA MAÑANA.
- PREGABALINA 25MG EN LA MAÑANA Y 75MG EN LA NOCHE.
+ ÚLTIMA VALORACIÓN CON PSIQUIATRÍA POR URGENCIAS EL 26/06/2023.

ENFERMEDAD ACTUAL

+ PACIENTE REFIERE QUE NO HA SIDO ADHERENTE AL MANEJO DESDE HACE VARIAS SEMANAS. EXPRESA QUE NO TOLERÓ LA TRAZODONA.
+ PACIENTE COMENTA QUE PERSISTE CON DOLOR A NIVEL DE REGIÓN CÉRVICO-DORSAL Y DE HOMBRO IZQUIERDO (EN MANEJO ANALGESICO CON DOLEX FORTE Y UNGUENTO TOPICO). LA PACIENTE FUE DADA DE ALTA POR PARTE DE ORTOPEDIA, FISIATRÍA Y CLÍNICA DEL DOLOR. NO ASISTE A TERAPIA FISICA PORQUE YA LA FINALIZÓ. REFIERE QUE PERSISTE CON ALTIBAJOS EMOCIONALES, SENSACIÓN DE ANSIEDAD FLOTANTE, LABILIDAD EMOCIONAL, APATÍA, IRRITABILIDAD E IDEAS DE MINUSVALÍA, FRUSTRACIÓN, FUTILIDAD Y PREOCUPACIÓN. EXPRESA QUE ES INDEPENDIENTE PARA SU ABVD, NO REALIZA QUEHACERES DEL HOGAR NI NINGÚN TIPO DE ACTIVIDAD LÚDICA U OCUPACIONAL TAMPOCO ACTIVIDAD FISICA. DESCRIBE QUE PRESENTA INAPETENCIA E INSOMNIO. NIEGA SÍNTOMAS PSICÓTICOS, MANEIFORMES O CONFUSIONALES ASOCIADOS.
+ CUENTA CON RESULTADOS DE PARACLÍNICOS DEL 27/02/2023 = HEMOGRAMA: LEUCOS 8.01, #NEU 4.92, #LINFO 2.71, HB 13.8, HCTO 42.6, PLT 289.000 // TSH: 6.00* // SEROLOGÍA: NO REACTIVA // VITAMINA B12: 385 // VITAMINA D: 30.9
+ COMENTA QUE ASISTE CON PSICOLOGÍA CADA 15 DÍAS.

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO: P.A: 112/67 - F.C: 67 - SATURACIÓN: 95% - TEMPERATURA: 36.2 - TALLA: 1.52 - PESO: 68.3 KG
EXAMEN MENTAL: SE VALORA A PACIENTE EN CONSULTORIO DE CONSULTA EXTERNA CON LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD. INGRESA PACIENTE FEMENINA EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SE OBSERVA APARENTEMENTE TRANQUILA, SE RELACIONA ADECUADAMENTE, APARENTA LA EDAD CRONOLÓGICA, LUCE PREOCUPADA POR SU PRESENTACIÓN PERSONAL, ES COLABORADORA Y ESTABLECE CONTACTO VISUAL. EUQUINÉTICA. AFECTO TRISTE NO RESONANTE. DISCURSO COHERENTE, RELEVANTE, TONO DE VOZ NORMAL, INTERVALO PR NORMAL, ADECUADA PRODUCCIÓN IDEOVERBAL, VERBALIZA IDEAS SOBREVALORADAS DE DESESPERANZA, INUTILIDAD Y PREOCUPACIÓN, NO SE IDENTIFICAN DELIRIOS, NO IDEAS DE MUERTE, SUICIDIO O AUTO/HETEROAGRESIÓN, LÓGICA. NIEGA ALTERACIÓN EN LA SENSOPERCEPCIÓN, SIN ACTITUD ALUCINATORIA, ALERTA, ORIENTADA, EUPROSÉXICA, MEMORIA, CÁLCULO Y ABSTRACCIÓN CONSERVADOS. JUICIO NO

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:**48 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
Afiliado: SOAT **Teléfono:** 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

Responsable: EMILCE CHACON **Teléfono:** **Parentesco:** Otro

COMPROMETIDO.

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Tipo: PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO

R522 OTRO DOLOR CRONICO Tipo: RELACIONADO

ANALISIS

SE TRATA DE UNA PACIENTE DE 48 AÑOS, CONOCIDA, CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ANOTADO, QUIEN ACUDE REGULARMENTE A CONTROL Y NO ES ADHERENTE AL MANEJO MÉDICO AMBULATORIO. ACUDE HOY DANDO CUENTAS DE PERSISTENCIA EN SÍNTOMAS AFECTIVOS Y ANSIOSOS ASOCIADO A DOLOR CRÓNICO A NIVEL DE REGIÓN CÉRVICO-DORSAL Y DE HOMBRO IZQUIERDO QUE HA SIDO DE DIFÍCIL MANEJO. ADEMÁS CON MARCADA IRRITABILIDAD, ALTERACIÓN EN CICLOS BIOLÓGICOS Y FUNCIONALIDAD COMPROMETIDA POR LA DOLENCIA. SE INDICA MANEJO MÉDICO ASÍ: SERTRALINA 100MG EN LA MAÑANA (DESPUÉS DEL DESAYUNO) + PREGABALINA 75MG EN LA MAÑANA, 75MG EN LA TARDE Y 150MG EN LA NOCHE. SE INDICA CONTINUAR PSICOTERAPIA DE APOYO CON PSICOLOGÍA. SE SOLICITAN PRUEBAS TIROIDEAS Y SE CITA A CONTROL EN 2 MESES. SE DAN RECOMENDACIONES, PSICOEDUCACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA.

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	Pendiente
	Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 28/11/23	
1	TIROXINA LIBRE	Pendiente
	Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 28/11/23	

CONSULTAS

Cantidad	Descripción	
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Pendiente
	Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 28/11/23	

SE CITA A CONTROL EN 2 MESES.

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción
120.00	PREGABALINA 75 MG CAPSULA 75 mg

Dosis: 2,00 CAPSULA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: TOMAR 1 CAP VÍA ORAL EN LA MAÑANA Y 1 CAP EN LA TARDE
(FÓRMULA PARA 2 MESES)

Cantidad	Descripción
60.00	PREGABALINA 150 MG CAPSULA 150 mg

Dosis: 1,00 CAPSULA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: TOMAR 1 CAP VÍA ORAL EN LA NOCHE
(FÓRMULA PARA 2 MESES)

Cantidad	Descripción
60.00	SERTRALINA 100 MG TABLETA 100 mg

Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario Del Valle E.S.E.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155
CALLE 5 # 80-00
SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

66992737

HISTORIA CLÍNICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:** 48 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
Afiliado: SOAT **Teléfono:** 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

Responsable: EMILCE CHACON **Teléfono:** **Parentesco:** Otro

Dosis: 1.00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: TOMAR 1 TAB VÍA ORAL EN LA MAÑANA (DESPUÉS DEL DESAYUNO)
(FÓRMULA PARA 2 MESES)

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	
8	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	Pendiente

Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 28/11/23
PSICOTERAPIA DE APOYO CON PSICOLOGÍA.

Alma Isabel Montoya L.

ALMA ISABEL MONTOYA LENIS
Reg. 522165
PSIQUIATRIA

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

ANEXO TÉCNICO 3
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 134059 **FECHA** 2023- 09 -29 **HORA** 15 : 50

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre
HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

NIT [X] 890304155 - **Número** **DV**
CC [ ]

Codigo 760010360901 **Dir. Prestador** CALLE 5 # 80-00
Teléfono 2 3223232 **Departamento** VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1
Indicativo Número

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. **Codigo** AS37086

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA

Tipo Documento De Identificación

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta De Identidad
- [X] Cédula De Ciudadanía
- [ ] Cédula De Extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto Sin Identificación
- [ ] Menor Sin Identificación

66992737 **Número Documento De Identificación**

Fecha De Nacimiento 1975- 05 -06

Dirección Residencia Habitual CGTO LA BUITRERA K 7 **Telefono** 3157224146
Departamento VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1
Celular **Correo E-Mail** no tiene

Cobertura En Salud

- [ ] Reg. Contributivo
- [ ] Reg. Subsidiado - Total
- [ ] Reg. Subsidiado - Parcial
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan Adicional De Salud
- [X] Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen De La Atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente De Trabajo
- [ ] Accidente De Transito
- [ ] Evento Catastrofico

Tipo De Servicios S

- [ ] Post. Atención Inicial Urgen.
- [X] Servicios Electivos

Prioridad De La A

- [ ] Prioritaria
- [X] No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- [X] Consulta EXterna
- [ ] Urgencias
- [ ] Hospitalización

Servicio Ambulatorio Cama

Manejo integral según Guía de : _____

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
943102	8,00	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA

Justificación Clinica
Solicitada por Dr. ALMA ISABEL MONTOYA LENIS, Observaciones: PSICOTERAPIA DE APOYO CON PSICOLOGÍA.

Impresion Diagnostica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
Diagnostico Relacionado	R522	OTRO DOLOR CRONICO
Diagnostico Relacionado		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre De Quien Reporta
ALMA ISABEL MONTOYA LENIS

Cargo O Actividad PSIQUIATRIA

Teléfono 2 (Indicativo) 3223232 (Número) (Extensión)

Tel. Celular

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

890304155

CALLE 5 # 80-00

SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

66992737

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:**48 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)

Empresa: EPS SURA

Afiliado: BENEFICIARIO 1 **Teléfono:** 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7

Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE

Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Gr ıpo Etnico:** Ninguno de los anteriores

Etnia: Ninguno de los Anteriores **At nción Especial:** NO APLICA

Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Gr ıpo Poblacional:** NO APLICA

Discapacidad: NO APLICA

Ubicación: Urgencias - /

Ocupación: No Aplica

Responsable: EMILCE CHACON **Teléfono:** **Parentesco:** Otro

SEDE DE ATENCIÓN A **Cod. de habilitación** **Edad** 48 años 1 meses 20 dias

FOLIO 5 **FECHA 26/06/2023 11:08:32** **TIPO DE ATENCION : URGENCIAS**

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD
NATURAL Y PROCEDENTE DE CALI
ESCOLARIDAD_ BACHILLER
OCUPACION: AMA DE CASA
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE , DOS HIJOS
VIVE CON ESPOSO Y DOS HIJOS
ACUDE SOLA
MOTIVO DE CONSULTA:"HE ESTADO MUY ANSIOSA"
ANTECEDENTES:
PATOLOGICOS: EPISODIO DEPRESIVO MODERADO
QUIRURGICOS:HISTERECTORMIA, OOFERECTOMIA
ALERGICOS: NIEGAN
TOXICOS: NIEGAN

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CONOCIDA EN LA INSTITUCION CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, DOLOR CRÓNICO, ULTIMA ATENCION EN ESTA INSTITUCION EL 25/05/2023 ULTIMO TRATAMIENTO INSTAURADO CON:
SERTRALINA TAB 100 MG DIA
TRAZODONA TAB 50 MG UNA Y MEDIA NOCHE
REFIERE QUE SE HA SENTIDO MUY ANSIOSA EN RELACIÓN A QUE HACE TIEMPO TUVO UN ACCIDENTE DE TRANSITO, Y HACE UNOS DÍAS PRESENCIO UN ACCIDENTE CERCA A LA CASA, DONDE AL PARECER HUBO UN HERIDO, ELLA COMENTA QUE DESDE ESE MOMENTO " YO VI LA FOTO DEL MUCHACHO Y ME DA MUCHA ANSIEDAD" REFIERE A TENIDO ANGUSTIA, LLANTO, INSOMNIO, INQUIETUD MOTORA, ANSIEDAD MARCADA" REFIERE MARCADA ANSIEDAD ANTICIPATORIA, TEMOR A QUE LE OCURRA DE NUEVO UN ACCIDENTE, REFIERE " NO SOY CAPAZ DE ANDAR SOLA, TENGO QUE DEPENDER DE MI MARIDO O DE MI HIO PARA QUE ME LLEVEN", REFIERE RIVIVICENCIAS DE SU ACCIDENTE DE TRANSITO, NO HA TENIDO IDEAS DE MUERTE NI DE SUICIDIO, NI DE AGRESION A TERCEROS, NO HAY SINTOMAS PSICOTICOS.
REFIERE ADEMAS CERCIVALGIA CRONICA QUE YA HA SIDO DADA DE ALTA POR ORTOPEDIA Y FISIATRIA
ACUDE A PSICOLOGIA CADA 15 DIAS

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO: BUEN ESTADO GENERAL
EXAMEN MENTAL: ALERTA, ORIENTADA, PORTE ADECUADO, AFECTO ANSIOSO, PENSAMIENTO SIN ALTERACIONES EN EL CURSO, NO DELIRIOS, NO ALUCINACIONES, NO IDEAS DE MUERTE NI DE SUICIDIO, PERO SI TIENE ANSIEDAD ANTICIPATORIA, PENSAMIENTO CATASTROFICO, INTROSPECCION Y PROSPECCION PRESENTE, JUICIO CONSERVADO

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

M542 CERVICALGIA Tipo: PRINCIPAL

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
390304155
CALLE 5 # 80-00
SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

ARHSclxFoPdf2
Pag: 2 de 3
Fecha: 26/06/23
Gtareo: 11

66992737

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:** 48 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: EPS SURA
Afiliado: BENEFICIARIO 1 **Teléfono:** 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Urgencias - /
Ocupación: No Aplica

Responsable: EMILCE CHACON **Teléfono:** **Parentesco:** Otro

DIAGNÓSTICO

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Tipo: RELACIONADO

ANALISIS

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE UN TRASTORNO DEPRESIVO, UN CERVICALGIA CRONICA TRATADA POR OTRAS ESPECIALIDADES, REFIERE AUMENTO DE SINTOMAS ANSIOSOS POSTERIOR A EVIDENCIAR UN ACCIDENTE DE TRANSITO, NO HA TENIDO IDEAS DE MUERTE NI DE SUICIDIO, NI DE AGRESION A TERCEROS, NO HAY SINTOMAS PSICOTICOS, DECIDO ENTONCES HACER UN CAMBIO FARMACOLOGICO Y DEJAR UN SEGUIMIENTO AMBULATORIO, SE DA SIGNOS DE ALARMA Y RECONSULTA, CONTINUO LA SERTRALINA , SUSPENDO LA TRAZODONA E INICIO PREGABALINA TAB 25 MG EN LA MAÑANA Y PREGABALINA TAB 75 MG EN LA NOCHE, SE DAN SIGNOS DE ALARMA RECONSULTA DEBE SEGUIR EN PSICOTERAPIA

CONSULTAS

Cantidad	Descripción	
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Pendiente

Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 11/07/23

EN 15 DIAS

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción
60.00	PREGABALINA 75 MG CAPSULA 75 mg

Dosis: 1,00 CAPSULA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: TOMAR UNA CADA NOCHE
FORMULA DE DOS MESES

Cantidad	Descripción
60.00	PREGABALINA 25 MG CAPSULA 25 mg

Dosis: 1,00 CAPSULA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: TOMAR UNA CADA MAÑANA
FORMULA DE DOS MESES

Cantidad	Descripción
60.00	SERTRALINA 100 MG TABLETA 100 mg

Dosis: 1,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: EN LA MAÑANA
FORMULA DE DOS MESES

PLAN - DIAGNOSTICO

SALIDA CON ORDEN PARA SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR PSIQUIATRIA
CONTROL CON PSIQUIATRIA EN 15 DIAS
SERTRALINA TAB 100 MG EN LA MAÑANA DESPUES DEL DESAYUNO
PREGABALINA TAN 25 MG TOMAR UNA CADA MAÑANA DESPUES DEL DESAYUNO
PREGABALINA TAB 75 MG TOMAR UNA CADA NOCHE
SIGNOS DE ALARMA Y RECONSULTA
SUSPENDER LA TRAZODONA

Usuario: MSOLARTEG

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155
CALLE 5 # 80-00
SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

66992737

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:** 48 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Empresa: EPS SURA
Afiliado: BENEFICIARIO 1 **Teléfono:** 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Urgencias - /
Ocupación: No Aplica

Responsable: EMILCE CHACON **Teléfono:** **Parentesco:** Otro

FORMATOS

PSICOEDUCACION A PACIENTE Y FAMILIA

[X] MEDICAMENTO (Nombre,Acción,Efectos Colaterales,Horario) [X] DIETA SANA (Calidad, Horarios) [X] HÁBITOS SALUDABLES (Ejercicio,No Tabaco,No Licor) [X] HIGI
DE SUEÑO [X] SIGNOS DE ALARMA [X] PROCEDIMIENTO PARA CITA (Solicitud, Orden de Servicio,Tiempo de llegada)

Monica J. Solarte G.

MONICA JOHANNA SOLARTE GOMEZ
Reg. 761214-14
PSIQUIATRIA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.

Nit. 900847382 9 Valle Salud

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 363585

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 48 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 19/05/2023

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSITA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS PENSAMIENTOS SUICIDAS

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 15 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Nit. 900847382 9 Valle Salud

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 363585

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Incapacidad (días): 0

Egreso una vez surtan los trámites administrativos y de enfermería de rigor.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 359395

NO. ADMISION: 384467

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
359395	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	47 AÑOS	FEMENINO	66992737

Dirección: KM7 VIA LA BUITRERA, SECTOR	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 3157224146
Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE	Estado Civil: SOLTERO	
Fec. Nacim. : 6/05/1975	Fecha Ing.: 28/04/2023	Hora Ing.: 08:21
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

ACCIDENTE DE TRANSITO, DORSALGIA, Y DOLOR ESCAPUILAR, ASOCIADO A COMPONENTE EMOCIONAL IMPROTANTE, EN SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRA QUIEN CONSIDERO CONTROL CON FUNCION TIROIDEA.

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
EVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : FAMILAIRES NIEGA.
PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

EXAMEN FISICO

FC : 73 FR : 18 T/A : 115/70 TEMP : 36.5

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple Ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : BUENO.
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

M549 - DORSALGIA, NO ESPECIFICADA

DORSALGIA.
DEPERSION

EVOLUCIÓN

PACIENTE CON HISTORTIA DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN COLIMNA DORSAL, TRAUMA ESCAPUILAR, CON DOLOR RESIDUAO, ASOCIADO A TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO EN TRATAMIENRO Y SEGUIMIENTO POR PSQUIATRIA. QUIEN EN CONTROL PASADO CONSIDERO LA REALIACIOND E FNCION TIROIDEA PARA DEFINIR CONDUCTA.

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 359395

PACIENTE: 66992737 - EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

NO. ADMISION: 384467

SH
ROXINA LIBRE
UYODOTIRONINA TOTAL

CONDUCTA / PLAN

28/04/23 : HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE .
28/04/23 : TIROXINA LIBRE .
28/04/23 : TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3] .

Dr. YESID CHAMORRO GARCIA
Reg.M. 1087414501 Esp. MEDICINA GENERAL

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Nit. 900847382 9 Valle Salud

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 357507

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 18/04/2023

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 20 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Nit. 900847382 9 Valle Salud

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 357507

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Incapacidad (días): 0

Egreso una vez surtan los trámites administrativos y de enfermería de rigor.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155
CALLE 5 # 80-00
SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

66992737

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:** 47 AÑOS
Teléfono: 3157224146
Barrio: SIN BARRIO
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)
Etnia: Ninguno de los Anteriores
Nivel Educativo: NO DEFINIDO
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

Afiliado: SOAT
Sexo: F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Dirección: CGTO LA BUITRERA K 7
Departamento: VALLE
Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Grupo Poblacional: NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN A **Cod.Habilación** **Edad** 47 AÑOS

FOLIO 2 **FECHA** 13/04/2023 10:16:13 **TIPO DE ATENCION : AMBULATORIO**

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

NOMBRE: EMILCE ELISEA CHACÓN RESTREPO.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 66992737.
EDAD: 47 AÑOS.
ACUDE SOLA.
DIAGNÓSTICO:
1 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS.
TRATAMIENTO:
- VENLAFAXINA 75MG EN LA MAÑANA.
- TRAZODONA 50MG EN LA NOCHE.
+ ÚLTIMA CITA DE CONTROL CON PSIQUIATRÍA EL 28/12/2022.

ENFERMEDAD ACTUAL

+ PACIENTE REFIERE QUE NO HA SIDO ADHERENTE A LOS CONTROLES NI AL MANEJO MÉDICO AMBULATORIO (SOLO TOMÓ LOS MEDICAMENTOS POR 1 MES).
+ PACIENTE ACUDE HOY MANIFESTANDO QUE PRESENTÓ VARIOS INCONVENIENTES CON LA ASEGURADORA PARA LA TOMA DE LOS EXÁMENES.
+ PACIENTE COMENTA QUE PERSISTE CON DOLOR A NIVEL DE REGIÓN CÉRVICO-DORSAL Y DE HOMBRO IZQUIERDO. COMENTA QUE YA FUE DADA DE ALTA POR PARTE DE ORTOPEDIA, FISIATRÍA Y CLÍNICA DEL DOLOR. ACTUALMENTE EN MANEJO SOLAMENTE CON TERAPIA FÍSICA Y NO TOMA ANALGESICOS. EXPRESA QUE PERSISTE CON DOLOR A PESAR DE LA TERAPIA FÍSICA. COMENTA QUE PRESENTA ASOCIADO EPISODIOS DE ÁNIMO TRISTE, SENSACIÓN DE ANSIEDAD FLOTANTE, LABILIDAD EMOCIONAL, LLANTO FÁCIL, APATÍA, IRRITABILIDAD E IDEAS DE MINUSVALÍA, FRUSTRACIÓN, FUTILIDAD Y PREOCUPACIÓN. DESCRIBE QUE PRESENTA INAPETENCIA E INSOMNIO. NIEGA SÍNTOMAS PSICÓTICOS, MANEIFORMES O CONFUSIONALES ASOCIADOS.
+ TRAE RESULTADOS DE PARACLÍNICOS DEL 27/02/2023 = HEMOGRAMA: LEUCOS 8.01, #NEU 4.92, #LINFO 2.71, HB 13.8, HCTO 42.6, PLT 289.000 // TSH: 6.00* // SEROLOGÍA: NO REACTIVA // VITAMINA B12: 385 // VITAMINA D: 30.9
+ REFIERE QUE ASISTE CADA 15 DÍAS A TERAPIA CON PSICOLOGÍA.

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO: P.A: 112/67 - F.C: 67 - SATURACIÓN: 95% - TEMPERATURA: 36.2 - TALLA: 1.52 - PESO: 68.3 KG
EXAMEN MENTAL: SE VALORA A PACIENTE EN CONSULTORIO DE CONSULTA EXTERNA CON LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD. INGRESA PACIENTE FEMENINA EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA POR SUS PROPIOS MEDIOS, SE OBSERVA APARENTEMENTE TRANQUILA, SE RELACIONA ADECUADAMENTE, APARENTA LA EDAD CRONOLÓGICA, LUCE PREOCUPADA POR SU PRESENTACIÓN PERSONAL, ES COLABORADORA Y ESTABLECE CONTACTO VISUAL. EUQUINÉTICA. AFECTO MODULADO DE FONDO ANSIOSO. DISCURSO COHERENTE, RELEVANTE, TONO DE VOZ NORMAL, INTERVALO PR NORMAL, ADECUADA PRODUCCIÓN IDEOVERBAL, VERBALIZA IDEAS SOBREVALORADAS DE DESESPERANZA, INUTILIDAD Y PREOCUPACIÓN, REPORTA DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO, NO SE IDENTIFICAN DELIRIOS, NO IDEAS DE MUERTE, SUICIDIO O AUTO/HETEROAGRESIÓN, LÓGICA. NIEGA ALTERACIÓN EN LA SENSOPERCEPCIÓN, SIN ACTITUD ALUCINATORIA, ALERTA, ORIENTADA, EUPROSÉXICA, MEMORIA

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. **Afiliado:** SOAT
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:**47 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Tipo: PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO

R522 OTRO DOLOR CRONICO Tipo: RELACIONADO

ANALISIS

SE TRATA DE UNA PACIENTE DE 47 AÑOS, CONOCIDA, CON DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ANOTADO, QUIEN NO ACUDÍA A CONTROL DESDE EL 28/12/2022 Y NO HA SIDO ADHERENTE AL MANEJO MÉDICO. ACUDE HOY DANDO CUENTAS DE PERSISTENCIA EN SÍNTOMAS AFECTIVOS Y ANSIOSOS ASOCIADO A DOLOR CRÓNICO A NIVEL DE REGIÓN CÉRVICO-DORSAL Y DE HOMBRO IZQUIERDO QUE HA SIDO DE DIFÍCIL MANEJO. ADEMÁS CON MARCADA IRRITABILIDAD, ALTERACIÓN EN CICLOS BIOLÓGICOS Y FUNCIONALIDAD COMPROMETIDA POR LA DOLENCIA. TRAE RESULTADOS DE PARACLÍNICOS DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, EXCEPTO POR TSH LIGERAMENTE ELEVADA, A LO CUAL SE LE DEBE HACER SEGUIMIENTO CON PRUEBAS TIROIDEAS COMPLEMENTARIAS. FORMULÓ TRATAMIENTO MÉDICO ASÍ: SERTRALINA 50MG EN LA MAÑANA + TRAZODONA 50MG A 100MG EN LA NOCHE. SE INDICA CONTINUAR PSICOTERAPIA DE APOYO CON PSICOLOGÍA Y SE CITA A CONTROL EN 1 MES. SE DAN RECOMENDACIONES, PSICOEDUCACIÓN Y SIGNOS DE ALARMA.

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	Pendiente
	Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 13/05/23	
1	TIROXINA LIBRE	Pendiente
	Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 13/05/23	
1	TRIYODOTIRONINA TOTAL	Pendiente
	Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 13/05/23	

CONSULTAS

Cantidad	Descripción	
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Pendiente
	Importante: Este servicio debe ser realizado en la fecha: 13/05/23	

SE CITA A CONTROL EN 1 MES.

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción
30.00	SERTRALINA 50 MG TABLETA 50 mg

Dosis: 1,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: TOMAR 1/2 TAB VÍA ORAL EN LA MAÑANA (DESPUÉS DEL DESAYUNO) POR 7 DÍAS Y LUEGO CONTINUAR 1 TAB EN ADELANTE

60.00 TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA 50 mg

Dosis: 2,00 TABLETA **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: TOMAR 1 TAB VÍA ORAL EN LA NOCHE
(1 TAB ADICIONAL EN CASO DE PERSISTIR INSOMNIO)

Usuario: MALMAI

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155
CALLE 5 # 80-00
SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

ARHSclxFoPdf2
Pag: 3 de 3
Fecha: 13/04/23
G.etareo: 11
66992737

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
Afiliado: SOAT
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:**47 AÑOS
Sexo: F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3157224146
Dirección: CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO
Departamento: VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)
Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Nivel Educativo:NO DEFINIDO
Grupo Poblacional: NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

Alma Isabel Montoya L.

ALMA ISABEL MONTOYA LENIS
Reg. 522165
PSIQUIATRIA

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

ANEXO TÉCNICO 3
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 89484 **FECHA** 2023- 04 -13 **HORA** 10 : 43

NFORMACION DEL PRESTADOR

ombre
OSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

NIT [X] 890304155 -
CC [ ]
Número **DV**

odigo 760010360901 **Dir. Prestador** CALLE 5 # 80-00

eléfono 2 3223232 **Departamento** VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1
Indicativo Número

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. **Codigo** AS37086

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
HACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA

Tipo Documento De Identificación

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta De Identidad
- [X] Cédula De Ciudadanía
- [ ] Cédula De Extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto Sin Identificación
- [ ] Menor Sin Identificación

66992737 **Número Documento De Identificación**

Fecha De Nacimiento 1975- 05 -06

Dirección Residencia Habitual CGTO LA BUITRERA K 7 **Telefono** 3157224146
Departamento VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1
Celular **Correo E-Mail** no tiene

Cobertura En Salud

- [ ] Reg. Contributivo
- [ ] Reg. Subsidiado - Total
- [ ] Reg. Subsidiado - Parcial
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan Adicional De Salud
- [X] Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen De La Atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente De Trabajo
- [ ] Accidente De Transito
- [ ] Evento Catastrofico

Tipo De Servicios S

- [ ] Post. Atención inicial Urgen.
- [X] Servicios Electivos

Prioridad De La A

- [ ] Prioritaria
- [X] No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- [X] Consulta EXterna
- [ ] Urgencias
- [ ] Hospitalización

Servicio: Ambulatorio Cama:

Manejo integral según Guia de : _____

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
904904	1,00	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
904921	1,00	TIROXINA LIBRE
904925	1,00	TRIYODOTIRONINA TOTAL

Justificación Clinica

Solicitada por Dr. ALMA ISABEL MONTOYA LENIS, Observaciones:

Impresion Diagnostica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
Diagnostico Relacionado	R522	OTRO DOLOR CRONICO
Diagnostico Relacionado		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

lombre De Quien Reporta
LMA ISABEL MONTOYA LENIS

Cargo O Actividad PSIQUIATRIA

Teléfono 2 (Indicativo) 3223232 (Número) (Extensión)

Tel. Celular

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155

[ARForSuAm]

Fecha: 13/04/23
Hora: 10:44:04
Página: 1

FORMULA MEDICA AMBULATORIA

Vigencia: 90 Días

Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Edad: 47 AÑOS **Empresa:** SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
Dx Principal: F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
Dx Relacionado: R522 OTRO DOLOR CRONICO
Dx Relacionado:

Folio No. 2 **Fecha de Formulación:** 13/04/2023 10:43:10

66992737$2

No.	Acción	Descripción	Dosis	Vía	Frecuenc.	Dias Tra	Cant.
1	NUEVO	SERTRALINA 50 MG TABLETA CONC: 50 mg FORMA :TABLET A O CAPSULA	1,00 TAB	ORAL	24 Horas	30	30,00
Indi:	TOMAR 1/2 TAB VÍA ORAL EN LA MAÑANA (DESPUÉS DEL DESAYUNO) POR 7 DÍAS Y LUEGO CONTINUAR 1 TAB EN ADELANTE						
2	NUEVO	TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA CONC: 50 mg FO RMA :TABLETA O CAPSULA	2,00 TAB	ORAL	24 Horas	30	60,00
Indi:	TOMAR 1 TAB VÍA ORAL EN LA NOCHE (1 TAB ADICIONAL EN CASO DE PERSISTIR INSOMNIO)						

Profesional

ALMA ISABEL MONTOYA LENIS
Reg. Med. 522165
PSIQUIATRIA

Firma Usuario

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Nit. 900847382 9 Valle Salud

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 355699

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 5/04/2023

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICO - PENSAMIENTO SUICIDA

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 8 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Nit. 900847382 9 Valle Salud

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 355699

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Incapacidad (días): 0

Egreso una vez surtan los trámites administrativos y de enfermería de rigor.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Nit. 900847382 9 Valle Salud

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 353346

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 22/03/2023

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA LLANTO - PALPITACIONES

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PPM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
F430 REACCION AL ESTRÉS AGUDO

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CASTASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 15 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Nit. 900847382 9 Valle Salud

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 353346

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Incapacidad (días): 0

Egreso una vez surtan los trámites administrativos y de enfermería de rigor.

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

CENTRO MÉDICO
VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 348459

NO. ADMISION: 372574

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
348459	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	47 AÑOS	FEMENINO	66992737

Dirección: KM7 VIA LA BUITRERA, SECTOR	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 3157224146
Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE	Estado Civil: SOLTERO	
Fec. Nacim. : 6/05/1975	Fecha Ing.: 22/02/2023	Hora Ing.: 13:34
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE CON HISTORIA DE ACACIDENTE DE TRANSITO, DIAGNOSTICO TRUAMA DORSAL, ESCAPUILAR. HACE 9 MESES, DIAGNOSTICO DEPRESIVO EN SEGUIMIENTO POR PSIQUITRIA. QUIEN EN ULTIMA CONSULTA SOLICITA ESTUDIOS PARA DEFINIR CONDUCTA.

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

EXAMEN FISICO

FC : 73 FR : 18 T/A : 115/70 TEMP : 36.5

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : BUENO.
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

S099 - TRAUMATISMO DE LA CABEZA, NO ESPECIFICADO
F320 - EPISODIO DEPRESIVO LEVE

TRAUMA CRANEOENCEFALICO
DEPRESION

EVOLUCIÓN

PACIENTE CON HISTORIA DE ACCIDENET DE TRANSITO, CON TRAUMA ESCAPLAR, DORSAL

COMPONENTE EMOCIONAL ASOCIADO.

EN SEGIMIRNTO POR PSIQUIATRIA, QUIN SOLOICITA ESTUDIOS, BIOQUIMICA, PARA DEFINIR CONDUCTA.

PLAN

TSH
HEMOGRAMA.
PRUEBA TREPONEMICA
VTIMINA B12, VITAMINA D.

CONDUCTA / PLAN

1. 22/02/23 : HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS,INDICES ERITROCITARIOS,LEUCOGRAMA,RECUENTO DE PLAQUETAS,INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLO ..
2. 22/02/23 : VITAMINA B 12 .
3. 22/02/23 : VITAMINA D 25 DIHIDROXI .
4. 22/02/23 : HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES [TSH] ULTRASENSIBLE .
5. 22/02/23 : SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPONEMICA] RPR .

Dr. YESID CHAMORRO GARCIA
Reg.M. 1087414501 Esp. MEDICINA GENERAL

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 347382

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 16/02/2023

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PRENSAMIENTOS CASTRASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
F430 REACCION AL ESTRÉS AGUDO

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 25 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 347382

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Incapacidad (días): 0

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 343825

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 06/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 26/01/2023

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
F430 REACCION AL ESTRÉS AGUDO
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 10 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 343825

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Incapacidad (días): 0

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 340202

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 4/01/2023

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
F430 REACCION AL ESTRÉS AGUDO
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 8 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 340202

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Incapacidad (días): 0

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155
CALLE 5 # 80-00
SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

66992737

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
Afiliado: SOAT
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:** 47 AÑOS
Sexo: F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3157224146
Dirección: CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO
Departamento: VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI)
Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores
Atención Especial: NO APLICA
Nivel Educativo: NO DEFINIDO
Grupo Poblacional: NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

SEDE DE ATENCIÓN A **Cod.Habilación** **Edad** 47 AÑOS

FOLIO 1 **FECHA 28/12/2022 09:29:31** **TIPO DE ATENCION : AMBULATORIO**

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

O/P- CALI, LA BUITRERA
UNION LIBRE CON DOS HIJOS (29, 24)
ESTUDIOS BACHILLER
OCUPACION OFICIOS VARIOS
VIVE CON EL ESPOSO
RELIGIONES CATOLICA
"TUVE UN ACCIDENTE EN EL MIO"

ENFERMEDAD ACTUAL

MENCIONA EL 30 DE AGOSTO DE 2021 TUVO ACCIDENTE DENTRO DE UN ALIMENTADOR DEL MIO "SE VOLCO PORQUE IBA EN EXCESO DE VELOCIDAD Y AL CAER ME GOLPEE LA ESPALDA", REFIERE DOLOR INTENSO EN REGION CERVICO DORSAL Y HOMBRO IZDO, CON TODOS LOS ESTUDIOS RADIOGRAFICOS NORMALES, LE HAN REALIZADO B LOQUEOS NEURAL DE HOMBRO Y ESPALDA SIN MEJORIA, ALA FECHA PERSISTE CON DOLOR A PESAR DE LA ANALGESIA, CON LIMITACION PARA LAS ACTIVIDADES FISICAS "DEJE EL TRABAJO PORQUE EL DOLOR ME IMPIDE HACER TODO". A RAIZ DE LO DESCRITO HABLA DE INTENSA ANHEDONIA, AISLAMIENTO SOCIAL, CON TRISTEZA LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, IRRITABILIDAD, IDEAS DE MINUSVALIA, FRUSTRACION, LLANTO, ANSIEDAD FLOTANTE, ANGUSTIA POR SU SITUACION ECONOMICA, INSOMNIO INTERMITENTE CON PTOS CATASTROFICOS "SOY UNA INUTIL QUE NO PUEDE RESPONDER POR NADA", HA TENIDO IDEAS DE MUERTE Y SUICIDAS POCO ESTRUCTURADAS. FINALMENTE HABLA DE CONDUCTAS EVITATIVAS, INTRUSIVAS RECURRENTES ACERCA DEL ACCIDENTE Y RECUERDOS DONDE REMEMORA LO SUCEDIDO . NIEGA SINTOMATOLOGIA PSICOTICA.
EVENTOS PERTURBADORES
"MI HIJA TUVO UN AMORIO CON EL VECINO CASADO, LE TIENE UN HIJO QUE APENAS 7 AÑOS MAS TARDE VIENEN A ACEPTAR QUE ES SUYO, LA CHE DE MI CASA"
RXSXS.
MENOPAUSIA ACTUAL? TIENE OOFORECTOMIA 2019, ACTUALMENTE CON FOGAJES.

ANTECEDENTES

DATOS PERSONALES

ALERGICOS (SI)
NIEGA
Fecha Registro Antecedente : 28/12/22 09:46

TOXICOS (SI)
NIEGA SPA, CIGARRILLO OL ALCOHOL
Fecha Registro Antecedente : 28/12/22 09:46

HOSPITALARIOS (SI)
NIEGA
Fecha Registro Antecedente : 28/12/22 09:46

QUIRURGICOS (SI)
H.A.T + OOFORECTOMIA

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. **Afiliado:** SOAT
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:** 47 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

Fecha Registro Antecedente : 28/12/22 09:44

TRAUMATICOS (SI)
CERVI CODORSALGIA

Fecha Registro Antecedente : 28/12/22 09:46

FARMACOLOGICOS (SI)
DOLEX FORTE

Fecha Registro Antecedente : 28/12/22 09:45

FAMILIARES

FAMILIAR (SI)
NIEGA

Fecha Registro Antecedente : 28/12/22 09:47

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXAMEN FISICO: PESO 70 FC 66 X MIN T 125/77
EXAMEN MENTAL: PACIENTE COLABORADOR, ESTABLECE CONTACTO VISUAL. EUQUINETICO, AFECTO TRISTE . FONDO ANSIOSO. ES COHERENTE, RELEVANTE, IDEAS DE MINUSVALIA, DESESPERANZA, DE FUTILIDAD, SOBREVALORADOS DE TIPO SOMATICO, SIN DELIRIOS, CON IDEAS DE MUERTE, NO IDEAS SUICIDAS ACTIVAS,
SIN CONDUCTA ALUCINATORIA
ALERTA, ORIENTADO TIEMPO LUGAR Y PERSONA. ABSTRACCION SIN COMPROMISO. EUPROSEXICO
JUICIO CONSERVADO

ANÁLISIS Y PLAN

DIAGNÓSTICO

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Tipo: PRINCIPAL

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA,HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRA	Pendiente
1	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	Pendiente
1	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	Pendiente
1	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	Pendiente
1	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (SEROLOGIA)	Pendiente

CONSULTAS

Cantidad	Descripción	
1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	Pendiente

CONTROL EN UN MES

FORMULA MEDICA ESTANDAR

Cantidad	Descripción
90,00	TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA 50 mg

Dosis: 50,00 MILIGRAMO **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** NUEVO

Esquema

Observación: INICIAR MEDIA TABLETA POR 5 DIAS DEPUES DE CENAR 8 PM Y SEGUIR UNA DIARIA POR TRES MESES

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155
CALLE 5 # 80-00
SEDE DE ATENCION :HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE
CODIGO DE HABILITACIÓN 760010360901

66992737

HISTORIA CLINICA No. CC 66992737 -- EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. **Afiliado:** SOAT
Fec. Nacimiento: 06/05/1975 **Edad actual:**47 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Casado(a)
Teléfono: 3157224146 **Dirección:** CGTO LA BUITRERA K 7
Barrio: SIN BARRIO **Departamento:** VALLE
Municipio: CALI (SANTIAGO DE CALI) **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Atención Especial:** NO APLICA
Nivel Educativo:NO DEFINIDO **Grupo Poblacional:** NO APLICA
Discapacidad: NO APLICA
Ubicación: Ambulatorio - /
Ocupación: No Aplica

90.00 VENLAFAXINA 75 MG CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA 75 mg

Dosis: 75.00 MILIGRAMO **Via** ORAL **Frecuencia** 24 Horas **Estado:** **NUEVO**

Esquema

Observación: UNA CADA DIA DESPUES DESAYUANR POR 3 MESES

TERAPIAS

Cantidad	Descripción	
12	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	Pendiente

SESIONES QUINCENALES POR ESTRES POST TRAUMATICO

PLAN - TERAPEUTICO

VENLAFAXINA 75 MG DIA
TRAZODONA 50 MG NOCHES
SS TSH, CH, VITAMINA D, VITAMINA B12, SEROLOGIA
REMISION PSICOLOGIA
CONTROL EN UN MES

FORMATOS

PSICOEDUCACION A PACIENTE Y FAMILIA

[X]MEDICAMENTO (Nombre,Acción,Efectos Colaterales,Horario)
[X]DIETA SANA (Calidad, Horarios)
[X]HÁBITOS SALUDABLES (Ejercicio,No Tabaco,No Licor)
[X]HIGIENE DE SUEÑO
[X]SIGNOS DE ALARMA
[X]PROCEDIMIENTO PARA CITA (Solicitud, Orden de Servicio,Tiempo de llegada)

HENRY RAMIREZ DE GREIFF
Reg. 760742
PSIQUIATRIA

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E. NIT 890304155-9 HENRY RAMIREZ DE GREIF C.C. 14.226.352 RM. 760742-03 MEDICO PSIQUIATRA

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
890304155

[ARForSuAm]

Fecha: 28/12/22
Hora: 10:03:07
Página: 1

FORMULA MEDICA AMBULATORIA

Vigencia: 90 Días

Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Edad: 47 AÑOS Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
Dx Principal: F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
Dx Relacionado:
Dx Relacionado:
Folio No. 1 Fecha de Formulación: 28/12/2022 09:59:37

66992737$1

No.	Acción	Descripción	Dosis	Vía	Frecuenc.	Dias Tra	Cant.
1	NUEVO	VENLAFAXINA 75 MG CAPSULA DE LIBERACION PROLONGADA CONC: 75 mg FORMA :CAPSULA DE LIBERACION RETARDADA	75,00 MG	ORAL	24 Horas	90	90,00
Indi:	UNA CADA DIA DESPUES DESAYUANR POR 3 MESES						
2	NUEVO	TRAZODONA CLORHIDRATO 50 MG TABLETA CONC: 50 mg FORMA :TABLETA O CAPSULA	50,00 MG	ORAL	24 Horas	90	90,00
Indi:	INICIAR MEDIA TABLETA POR 5 DIAS DEPUES DE CENAR 6 PM Y SEGUIR UNA DIARIA POR TRES MESES						

Profesional

HENRY RAMIREZ DE GREIFF
Reg. Med. 760742
PSIQUIATRIA

Firma Usuario

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle ESE

ANEXO TECNICO 3
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 63491 **FECHA** 2022- 12 -28 **HORA** 10 :02

NFORMACION DEL PRESTADOR

ombre
OSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

NIT [X] 890304155 -
CC [ ]

odigo 760010360901 **Dir. Prestador** CALLE 5 # 80-00

eléfono 2 3223232 **Departamento** VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1

Indicativo Número

Número DV

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. **Codigo** AS37086

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
HACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA

Tipo Documento De Identificación

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta De Identidad
- [X] Cédula De Ciudadanía
- [ ] Cédula De Extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto Sin Identificación
- [ ] Menor Sin Identificación

66992737
Número Documento De Identificación

Fecha De Nacimiento 1975- 05 -06

Dirección Residencia Habitual CGTO LA BUITRERA K 7 **Telefono** 3157224146

Departamento VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1

Celular **Correo E-Mail** no tiene

Cobertura En Salud

- [ ] Reg. Contributivo
- [ ] Reg. Subsidiado - Total
- [ ] Reg. Subsidiado - Parcial
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan Adicional De Salud
- [X] Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen De La Atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente De Trabajo
- [ ] Accidente De Transito
- [ ] Evento Catastrofico

Tipo De Servicios S

- [ ] Post. Atención Inicial Urgen.
- [X] Servicios Electivos

Prioridad De La A

- [ ] Prioritaria
- [X] No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- [X] Consulta EXterna
- [ ] Urgencias
- [ ] Hospitalización

Servicio Ambulatorio Cama

Manejo integral según Guia de :

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
890384	18,00	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALI

Justificación Clinica

Solicitada por Dr. HENRY RAMIREZ DE GREIFF, Observaciones: CONTROL EN UN MES

Impresion Diagnostica

	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
Diagnostico Relacionado		
Diagnostico Relacionado		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

lombre De Quien Reporta
IENRY RAMIREZ DE GREIFF

Cargo O Actividad PSIQUIATRIA

Teléfono 2 (Indicativo) 3223232 (Número) (Extensión)

Tel. Celular

HOSPITAL DEPARTAMENTAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE

[ARORmed1]

890304155

CALLE 5 # 80-00

Fecha: 28/12/22
Hora: 10:03:03
Página: 2

ORDENES MEDICAS AMBULATORIAS

TERAPIAS

Fecha Ord. Medica: 28/12/2022 09:29:31

Paciente : CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Fecha de nacimiento: 06/05/75 **Edad :** 47 AÑOS **Sexo:** FEMENINO **Folio:** 1

Sede: HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

Empresa: SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.

Pabellon: Ambulatorio **Cama:**

Diagnóstico : F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS

Procedimiento	Descripciòn	Cant.
943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	12
OBSERVACIÓN	SESIONES QUINCENALES POR ESTRES POST TRAUMATICO	

HENRY RAMIREZ DE GREIFF

Nombre / Firma del médico

C.C Nº 94428350

Reg. MD. 760742

Especialidad: PSIQUIATRIA

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle E.S.E.

ANEXO TECNICO 3
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 63493 **FECHA** 2022- 12 -28 **HORA** 10 :02

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre HOSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE

NIT [X] CC [ ] 890304155 - **Número** **DV**

Codigo 760010360901 **Dir. Prestador** CALLE 5 # 80-00

Teléfono 2 3223232 **Departamento** VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1

Indicativo Número

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. **Codigo** AS37086

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
HACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA

Tipo Documento De Identificación

[ ] Registro Civil [ ] Pasaporte

[ ] Tarjeta De Identidad [ ] Adulto Sin Identificación

[X] Cédula De Ciudadania [ ] Menor Sin Identificación

[ ] Cédula De Extranjeria

66992737 **Número Documento De Identificación**

Fecha De Nacimiento 1975- 05 -06

Dirección Residencia Habitual CGTO LA BUITRERA K 7 **Telefono** 3157224146

Departamento VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1

Celular **Correo E-Mail** no tiene

Cobertura En Salud

[ ] Reg. Contributivo [ ] Reg. Subsidiado - Parcial [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN [ ] Plan Adicional De Salud

[ ] Reg. Subsidiado - Total [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN [ ] Desplazado [X] Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen De La Atención

[X] Enfermedad General [ ] Accidente De Trabajo [ ] Evento Catastrofico

[ ] Enfermedad Profesional [ ] Accidente De Transito

Tipo De Servicios S

[ ] Post. Atención inicial Urgen.

[X] Servicios Electivos

Prioridad De La A

[ ] Prioritaria

[X] No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

[X] Consulta EXterna [ ] Hospitalización Servicio Ambulatorio Cama

[ ] Urgencias

Manejo Integral según Guia de : _____

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
943102	12,00	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA

Justificación Clinica

Solicitada por Dr. HENRY RAMIREZ DE GREIFF, Observaciones: SESIONES QUINCENALES POR ESTRES POST TRAUMATICO

Impresion Diagnostica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
Diagnostico Relacionado		
Diagnostico Relacionado		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

Nombre De Quien Reporta HENRY RAMIREZ DE GREIFF

Cargo O Actividad PSIQUIATRIA

Teléfono 2 (Indicativo) 3223232 (Número) (Extensión)

Tel. Celular

Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario Del Valle ESE

ANEXO TECNICO 3
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD

NUMERO DE SOLICITUD 63492 **FECHA** 2022- 12 -28 **HORA** 10 :02

NFORMACION DEL PRESTADOR

ombre NIT [X] 890304155 -
OSP DEPTAL PSIQUIAT DEL VALLE CC [ ] Número DV
odigo 760010360901 **Dir. Prestador** CALLE 5 # 80-00
eléfono 2 3223232 **Departamento** VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1
Indicativo Número

ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR) SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. **Codigo** AS37086

DATOS DEL USUARIO (COMO APARECE EN LA BASE DE DATOS)

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
HACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA

Tipo Documento De Identificación

- [ ] Registro Civil
- [ ] Tarjeta De Identidad
- [X] Cédula De Ciudadanía
- [ ] Cédula De Extranjería
- [ ] Pasaporte
- [ ] Adulto Sin Identificación
- [ ] Menor Sin Identificación

66992737 **Número Documento De Identificación**

Fecha De Nacimiento 1975- 05 -06

Dirección Residencia Habitual CGTO LA BUITRERA K 7 **Telefono** 3157224146
Departamento VALLE 76 **Municipio** CALI (SANTIAGO DE CALI) 1
Celular **Correo E-Mail** no tiene

Cobertura En Salud

- [ ] Reg. Contributivo
- [ ] Reg. Subsidiado - Total
- [ ] Reg. Subsidiado - Parcial
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Con SISBEN
- [ ] Pobl. Pobre No Asegurada Sin SISBEN
- [ ] Desplazado
- [ ] Plan Adicional De Salud
- [X] Otro

INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS

Origen De La Atención

- [X] Enfermedad General
- [ ] Enfermedad Profesional
- [ ] Accidente De Trabajo
- [ ] Accidente De Transito
- [ ] Evento Catastrofico

Tipo De Servicios S

- [ ] Post. Atención inicial Urgen.
- [X] Servicios Electivos

Prioridad De La A

- [ ] Prioritaria
- [X] No Prioritaria

Ubicación del Paciente al momento de la solicitud de autorizacion:

- [X] Consulta EXterna
- [ ] Urgencias
- [ ] Hospitalización

Servicio Ambulatorio Cama

Manejo Integral según Guia de :

Codigo CUPS	Cantidad	Descripción
902210	18,00	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE
903703	18,00	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]
903706	18,00	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]
904904	18,00	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE
906915	18,00	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL (SEROLOGIA)

Justificación Clinica

Solicitada por Dr. HENRY RAMIREZ DE GREIFF. Observaciones:

Impresion Diagnostica	Codigo CIE10	Descripción
Diagnostico Principal	F322	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
Diagnostico Relacionado		
Diagnostico Relacionado		

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REPORTA

lombre De Quien Reporta	**Teléfono**	2	3223232	
IENRY RAMIREZ DE GREIFF		Indicativo	Número	Extensión
:argo O Actividad PSIQUIATRIA	**Tel. Celular**			

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 337308

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 13/12/2022

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFIOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS ; NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F430 REACCION AL ESTRÉS AGUDO
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA ANSIEDAD - LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - ESTRES - DESMOTIVACION - PENSAMIENTOS CATASTROFICOS - PENSAMIENTOS SUICIDAS
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 8 DIAS
VALORACION POR PSIQUIATRIA URGENTE HOSPITAL PSIQUIATRICO

Medicamentos Suministrados

No

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 337308

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Incapacidad (días): 0

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

REPUBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE PROTECIÓN SOCIAL

CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRANSITO EXPEDIDO POR LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

El suscrito médico de Servicio de Urgencias de la Institución Prestadora de Servicios (1) Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

con domicilio en (2) Calle 9 # 39-40 Ciudad CALI (SANTIAGO DE CALI)

Departamento VALLE Teléfono 3809927

CERTIFICA que atendió en el servicio de Urgencias al Señor(a) (3) CHACON RESTREPO EMILCE ELISEA

Identificado(A) con : CC 66992737

Residente en (4) KM7 VIA LA BUITRERA, SECTOR PUEBLO NUEV Ciudad CALI (SANTIAGO DE CALI)

Departamento VALLE Teléfono

Quien según declaración de (5) CHACON RESTREPO EMILCE ELISEA con

C.C. No 66992737 expedida en CALI (SANTIAGO DE CALI) fue Victima

del accidente de transito ocurrido el dia : 30/08/2021 a las 08:47 horas (6), Ingresado

al servicio de Urgencias de esta Institución el día 13/12/2022 a las 14:37 horas

con los siguientes hallazgos:

- Signos vitales: TA mm Hg Fc x min Fr x min T °C
- Estado de Conciencia: Alerta Obnubilado Estuporoso Coma Glasgow(7)
- Estado de Embriaguez: (En caso positivo tomas muestra de sangre para alcoholemia u otras drogas)

DATOS POSITIVOS:

Cabeza y Órganos de los Sentidos : Normal

Cuello : Normal

Tórax y CardioPulmonar : Normal

Abdomen : Normal

Genitourinario : Normal

Pelvis : Normal

Dorso y Extremidades : Normal

Neurológico : Normal

Impresion Diagnostica : REACCION AL ESTRÉS AGUDO

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 13/12/2022 **Hora:** 15:49

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. **NIT [X]** 900847382 9

Codigo: 760011018701 **Dirección Prestador:** Calle 9 # 39-40

Telefono: 3809927 **Departamento:** VALLE **Municipio:** CALI (SANTIAGO DE CALI)

DATOS DEL PACIENTE

EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Tipo Documento de Identificación: [X] **CEDULA DE CIUDADANIA** **No. de Identificación:** 66992737

Fecha de Nacimiento: 1975-05-06

Dirección de Residencia Habitual: KM7 VIA LA BUITRERA, SECTOR PUEBLO NUEV **Telefono:**

Departamento: VALLE **Municipio:** CALI (SANTIAGO DE CALI)

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: 860002180 7 - SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A **Codigo:** 13-27

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Tipo Documento de Identificación: [X] **No. de Identificación:**

Dirección de Residencia Habitual: KM7 VIA LA BUITRERA, SECTOR PUEBLO NUEV **Telefono:**

Departamento: VALLE **Municipio:** CALI (SANTIAGO DE CALI)

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ **Telefono:**

Servicio que solicita la Referencia : CONSULTA EXTERNA **Telefono:** 3809927

Servicio para el cual se Solicita la Referencia: PSIQUIATRIA

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnósticos, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

VALORACION POR PSIQUIATRIA - URGENTE HOSPITAL PSIQUIATRICO

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE
Registro No. 154592

CERTIFICADO DE ATENCION MEDICA PARA VICTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO

El suscrito médico de la Institución Prestadora de Servicios Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. certifica que atendió a:
Señor(a) EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Identificación: CC -66992737
Edad: 47 Años
Sexo: F
Fecha Nacimiento: 06-may.-1975
Servicio Ingreso: CE - CONSULTA EXTERNA
Fecha y hora ingreso: 13/12/2022 14:37

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 334626

NO. ADMISION: 357396

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
334626	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	47 AÑOS	FEMENINO	66992737

Dirección: KM7 VIA LA BUITRERA, SECTOR	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono:
Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE	Estado Civil: SOLTERO	
Fec. Nacim. : 6/05/1975	Fecha Ing.: 24/11/2022	Hora Ing.: 15:03
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

TRAUMA EN HOMBRO IZQUIERDO, DOLOR CRONICO. PACIENTE QUIEN TIENE PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA DE DOLOR, ORTOPEDIA CONSIDERO QUE DOLOR SE ASOCIA A REAJA COSTAL, Y NO DOLOR ARTICULAR HOMBRO, CURSANDO ADEMAS COMPROMISO EMOCIONAL ASOCIADO AL EVENTO TRAUMATICO, TRASTOSNO DE ESTRES POSTRAUMATICA.

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

EXAMEN FISICO

FC : 73 FR : 18 T/A : 115/70 TEMP : 36.5

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : BUENO.
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

R522 - OTRO DOLOR CRONICO

DOLOR CRONICO ENHOMBRO IZQUIERDO
TRASTORNO DE ESTRES POSTRUAMATICO

EVOLUCIÓN

PACIENTE CON CUADRO DE UN AÑO DE EVOLUCION, TRAUMA EN HOMBRO Y ESCAPULA IZQUIERDA, SIN FRACTURAS.

CUADRO DE DOLOR CRONICO, EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA DE DOLOR TIENE PENDIENTE CITA SEGUN REFIERE.

CENTRO MÉDICO
VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 334626

PACIENTE: 66992737 - EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO NO. ADMISION: 357396

ACTUAMLENTE REFEIRE EPISODIOS DE ANSIEDAD, PENSAMIENTOS FRCUENTES EN RELACION AL EVENTO TRAUMATICO, INTRANQUILIDAD, COMPROMISO EMOCIONAL

PLAN

VALORACION POR PSICOLOGIA.

RECOMENDACIONES

SIGNOS DE ALARMA.

CONDUCTA / PLAN

1. 24/11/22 : CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA

Dr. YESID CHAMORRO GARCIA
Reg.M. 1087414501 Esp. MEDICINA GENERAL

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 319546

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 25/08/2022

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - DOLOR CONSTANTE

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F320 EPISODIO DEPRESIVO LEVE
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION - DOLOR CONSTANTE
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 15 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Incapacidad (días): 0

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 319546

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 301272

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 46 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 25/04/2022

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA LLANTO - SENTIMIENTOS DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F320 EPISODIO DEPRESIVO LEVE
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION
NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 15 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Incapacidad (días): 0

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 301272

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 297750

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 46 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 31/03/2022

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA

Enfermedad Actual

ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA LLANTO - SENTIMIENTO DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: FR: P.A.: Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

F320 EPISODIO DEPRESIVO LEVE
ACCIDENTE DE TRANSITO - PRESENTA LLANTO - SENTIMIENTO - DE LIMITACION - TRISTEZA - ANGUSTIA POR EL FUTURO - FRUSTRACION NA

Plan de Tratamiento

CONTROL AMBULATORIO POR PSICOLOGIA CITA EN 15 DIAS

Medicamentos Suministrados

No

Incapacidad (días): 0

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 297750

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Dr. ADRIANA RODRIGUEZ MARTINEZ
Reg.M. 154592

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 374604

NO. ADMISION: 400838

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
374604	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	48 AÑOS	FEMENINO	66992737

Dirección: KM7 VIA LA BUITRERA, SECTOR	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono: 3157224146
Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE	Estado Civil: SOLTERO	
Fec. Nacim. : 6/05/1975	Fecha Ing.: 14/07/2023	Hora Ing.: 07:35
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL PRESENCIAL CLINICA DEL DOLOR

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL POR HISTORIA DE DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULA Y REGION DORSAL IZQUIERDA

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

EXAMEN FISICO

FC : 70 FR : 20 T/A : 120/80 TEMP : 36

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : HOMBRO IZQUIERDO : AMAS DE HOMBRO COMPLETAS , DOLOR AL PALPAR TRAPECIO RUMBOIDES Y REGIONES INFRAESCAPULAR , NO SE OBJETIVA ALODINEA NI DISESTESIAS
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

-

DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULAR Y REGION DORSAL IZQUIERDA

EVOLUCIÓN

PACIENTE CONOCIDO CON DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO A QUIEN SE LE REALIZO INTERVENCIONISMO NO SOSTENIDO EN EL TIEMPO, SE AJUSTA FARAMCOLOGICAMENTE Y SE DA DE ALTA POR ESTA CONSULTA. DEBE CONTINUAR CON RECOMENDACIONES LABORALES

EXAMEN FISICO: BUENAS CONDICIONES GENERALES
HOMBRO IZQUIERDO, AMAS DE HOMBRO COMPLETAS, DOLOR AL PALPAR TRAPECIO ROMBOIDES Y REGIONES INFRAESCAPULAR, NO SE OBJETIVA ALODINEA NI DISESTESIAS.

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 374604

PACIENTE: 66992737 - EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO NO. ADMISION: 400838

DIAGNOSTICO:
DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULA Y REGION DORSAL IZQUIERDA.

PLAN:

DOLEX FORTE 1 CADA 12 HORAS X 60 DIAS 120 TABLETAS.
CAPSAICINA APLICAR EN LA ZONA DEL DOLOR # 3 TUBOS
DEXKETOPROFENO 1 CADA 24 HORAS X 15 DIAS

SE DA DE ALTA POR ESTA ESPECIALIDAD.

CONDUCTA / PLAN

1. 14/07/23 : ACETAMINOFEN 500 MG + CAFEINA 65MG (DOLEX FORTE CAJA X 12 TABLETAS) 500 G ORAL CADA 12 HORAS POR 60 DIA(S)
2. 14/07/23 : DEXKETOPROFENO 25 MG TABLETAS 25 MG ORAL CADA 24 HORAS POR 15 DIA(S)

Dr. JOSE JUAN CARLOS SIERRA MERA
Reg.M. 001224-93 Esp. ANESTESIOLOGIA

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 335830

NO. ADMISION: 358704

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
335830	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	47 AÑOS	FEMENINO	66992737

Dirección: KM7 VIA LA BUITRERA, SECTOR	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono:
Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE	Estado Civil: SOLTERO	
Fec. Nacim. : 6/05/1975	Fecha Ing.: 02/12/2022	Hora Ing.: 07:22
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL PRESENCIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL DE CLINICA DE DOLOR CON DIAGNOSTICO DE DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULA Y REGION DORSAL IZQUIERDO

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

EXAMEN FISICO

FC : 70 FR : 15 T/A : 120/80 TEMP : 36

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : BUENAS CONDICOINES
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : AMA DE HOMBRO IZQUIERDO COMPLETAS, DOLOR AL PALPAR TRAPECIO ROMBOIDES Y REGIONES INFRESCAPULAR, NO SE OBEJTIVA ALODINEA NI DISESTESIA
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

R522 - OTRO DOLOR CRONICO

DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULA Y REGINO DORSAL IZQUIERDO

EVOLUCIÓN

PACIENTE A QUIEN SE LE REALIZO INTERVENCIONISMO SATISFACTORIO NO SOSTENIDO EN EL TIEMPO QUE NO LA HACECANDIDATA NUEVA INTERVENCION BUENA RESPUESTA FARMACOLOGICA POR LO CUAL REFORMULO SE DEJA PLAN CASERO DE TERAPIA

EXAMEN FISICO:

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 335830

PACIENTE: 66992737 - EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO NO. ADMISION: 358704

HOMBRO IZQUIERDO
AMAS DE HOMBRO COMPLETAS
DOLOR AL PALPAR TRAPECIO ROMBOIDES
Y REGIONES INFRAESCAPULAR
NO SE OBJETIVAS ALODINEA NI DISESTESIAS

DIAGNOSTICO:
DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULA Y REGION DORSAL IZQUIERDA

PLAN:

DOLEX FORTE 1 CADA 12 HORAS X 30 DIAS
DEXKETOPROFENO 1 CADA 24 X 20 DIAS
CAPSAICINA APLICAR EN LA ZONA DEL DOLOR

CCONTROL EN 6 MESES CON MEDICINA DELDOLOR

CONDUCTA / PLAN

1. 02/12/22 : ACETAMINOFEN 500 MG + CAFEINA 65MG (DOLEX FORTE CAJA X 12 TABLETAS) 500 G ORAL CADA 12 HORAS POR 30 DIA(S)
2. 02/12/22 : DEXKETOPROFENO 25 MG TABLETAS 25 MG ORAL CADA 24 HORAS POR 20 DIA(S)

4. 02/12/22 : CONTROL MEDICINA DEL DOLOR 6 MESES

Dr. JOSE JUAN CARLOS SIERRA MERA
Reg.M. 001224-93 Esp. ANESTESIOLOGIA

URGETRAUMA SAN FERNANDO S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 32631

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 47 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 30/09/2022

Servicio al que Ingreso: CIRUGIA

Descripción

Motivo de Consulta: PROCEDIMIENTO DE BLOQUEO

Enfermedad Actual

PACIENTE REMITIDO DE ORTOPEDIA POR DOLOR DE 1 AÑO DE EVOLUCION EN REGIO DORSO ESCAPULAR, DE CARACTERISTICAS MECANICAS QUE SE AUMENTA CON EL MOVIMIENTO EVA 8/9

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

PRM :

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : NIEGA SINTOMATOLOGIA
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: 95 FR: 12 P.A.: 110/60 Temp: 36
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : BUENAS
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : AMAS DE HOMBRO COMPLETAS
SIN DEFICIT NEUROLOGICO
NO ALODINEA NI DISESTESIAS

S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

R522 OTRO DOLOR CRONICO
DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO HOMBRO IZQUIERDO POST TRAUMA
BLOQUEO SIMPATICO NERVIO SUPRAESCAPULAR 1503
BLOQUEO SIMPATICO NERVIO AXILAR 1503

Plan de Tratamiento

INCAPACIDAD MEDICA 5 DIAS
CONTROL MEDICINA DEL DOLOR 2 MESES

Medicamentos Suministrados

URGETRAUMA SAN FERNANDO S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 32631

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

No

Incapacidad (días): 5

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Dr. JOSE JUAN CARLOS SIERRA MERA
Reg.M. 001224/93

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 321432

NO. ADMISION: 342990

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
321432	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	47 AÑOS	FEMENINO	66992737

Dirección: KM 7 VIA LA BUITRERA, SECTOR Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI) Telefono:

Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE Estado Civil: SOLTERO

Fec. Nacim. : 6/05/1975 Fecha Ing.: 06/09/2022 Hora Ing.: 08:31

Nombre del Acompañante: Parentesco:

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL PRESENCIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL POR HISTORIA DE DOLOR EN HOMBRO Y ESCAPULA IZQUIERDA

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

EXAMEN FISICO

FC : 70 FR : 20 T/A : 120/80 TEMP : 36

GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : HOMBRO ESCAPUOLA IZQUIERDA
NO DEFORMIDADES OSEAS ANIOVEO DEL HOMBRO MOVILIDAD PASIVA SIN DOOR MOVILIDAD ACTIVA LIMITADA POR DOLOR EN TORAX POSTERIOR SIGNOS DE TENDINITIS DEL MAGUITO RIOTADOR NEGATIVOS A LA PALPACION EL DOLOR ES PRINCIPALMENTE EN REJA COSTAL POSTERIOR EN LA ESCAPULA Y NO HAY DOLOR EN LA ARTICULACION GLENOHUMERAL
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

-

DOLOR ESCAPULAR IZQUIERDO

EVOLUCIÓN

MC / CONTROL ORTOPEDIA

PACIENTE CON 1 AÑO Y 2 SEMANAS DE EVOLUCION DE DOLOR EN HOMBRO Y ESCAPULA IZQUIERDA

REFIERE
DOLOR

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 321432

PACIENTE: 66992737 - EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO NO. ADMISION: 342990

EXAMEN FISICO:
NO DEFORMIDADES OSEAS , A NIVEL DE HOMBRO IZQUIERDO MOVILIDAD PASIVA COMPLETA SIN DOLOR, MOVILIDAD ACTIVA LIMITADA POR DOLOR EN TORAX POSTERIOR. SIGNOS DE TENDINITIS DE MANGUITO ROTADOR NEGATIVOS. A LA PALPACION EL DOLOR ES PRINCIPALMENTE EN LA REJA COSTAL POSTERIOR Y NO EN LA ESCAPULA Y NO HAY DOLOR EN LA ARTICULACION GLENOHUMERAL.

TOMOGRAFIA DE HOMBRO IZQUIERDO SIN EVIDENCIAS DE FRACTURAS Y RELACIONES ARTICULARES CONSERVADAS

A/ SE CONSIDERA QUE EL DOLOR DE LA PACIENTE ESTA ASOCIADO A LA REJA COSTAL Y NO AL HOMBRO.

PLAN:

TERAPIAS FISICAS 20 SEISONES EN HOMBOR DEECHO

PENDIENTE VALORACION POR MEDICINA DEL DOLOR YA ORDAMNADA

MENTOL FORMULA AM,GISTARLAPICAR EN ZONA DLE DOLOR

ALTA POR ORTOPEDIA

CONDUCTA / PLAN

1. 06/09/22 : FISIOTERAPIA POR CONSULTA EXTERNA 20 SESIONES EN HOMBRO DERECHO

Dr. EDUARDO GONZALEZ EDERY
Reg.M. 1130664717 Esp. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 320890

NO. ADMISION: 342392

No. de Caso:	Nombre del Paciente	Edad	Sexo	Identificación
320890	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	47 AÑOS	FEMENINO	66992737

Dirección: KM 7 VIA LA BUITRERA, SECTOR	Ciudad: CALI (SANTIAGO DE CALI)	Telefono:
Ocupacion: OTROS TRABAJADORES DE	Estado Civil: SOLTERO	
Fec. Nacim. : 6/05/1975	Fecha Ing.: 02/09/2022	Hora Ing.: 08:25
Nombre del Acompañante:	Parentesco:	

MOTIVO DE CONSULTA : CONTROL PRESENCIAL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE ASISTE A CONTROL POR HISTORIA DE DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULA Y REGION DORSAL IZQUIERDA

ANTECEDENTES

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,
ALERGICOS : NIEGA
OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

EXAMEN FISICO

FC : 70 FR : 20 T/A : 120/80 TEMP : 36
GLASGOW : E - Apertura Ocular : 4-Espontanea V - Respuesta Verbal : 5-Orientado M - Respuesta Motora : 6-Cumple ordenes Expresadas por Voz
VALOR: 15 / 15 -

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE : ESTABLE
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : SIN ALTERACION APARENTE
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : HOMBRO IZQUIERDO: AMAS COMPLETAS , DOLOR A LA PALPACION EN TRAPECIO RUMBOIDES,Y REGION INTRAESCAPULAR NO SE OBJETIVA DEFICIT NEUROLOGICO , NO ALODINEA NI DISESTESIAS .
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

DIAGNOSTICOS

R522 - OTRO DOLOR CRONICO

DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULAR Y REGION DORSAL IZQUIERDA

EVOLUCIÓN

PACIENTE REMITID DE ORTOPEDIA POR DOLOR DE 1 AÑO DE EVOLUCION EN LA REGIO DORSO ESCAPULAR DE CARACTERISTICAS MECANICAS QUE SE AUMENTA CON EL MOVIMIENTO AL VESTIRSE REFERIDO AL TORAX SIN UN PATRON DE IRRADIACION RADICULAR EVA 8/9 HASTA 10 SE LE REALIZARA INTERVENCIONISMO PARA TRATAR DE MODULA EL DOLOR.

EXAMEN FISICO HOMBRO IZQUIERDO:
AMAS DE HOMBRO COMPLETAS
DOLOR AL PALPAR TRAPECIO, ROMBOIDES, Y REGION INFRAESCAPULAR

CENTRO MÉDICO VALLESALUD

HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S. Nit: 900847382 9

Caso: 320890

PACIENTE: 66992737 - EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO NO. ADMISION: 342392

NO SE OBEJTIVA DEFICIT NERULOGICO
NO ALODINEA NI DISESTESIAS

DIAGNOSTICO:
DOLOR CRONICO NOCICEPTIVO SOMATICO ESCAPULA Y REGION DORSAL IZQUIERDA

PLAN:
BLOQUEO SIMPATICO SUPRAESCAPULAR 1503
BLOQUEO SIMPATICO DORSOESCAPULAR-AXILAR 1503
SE CITA EL 22 DE SEPTIEMBRE A LAS 12 DEL MEDIO DIA EN URGETRAUMA SAN FERNANDO

CAPSAICINA APLICAR EN LA ZONA AFECTADA 2 VECES AL DIA
DOLEX FORTE 1 CADA 12 HORAS X 30 DIAS

CONDUCTA / PLAN

1. 02/09/22 : BLOQUEO SIMPATICO NERVIO SUPRAESCAPULAR 1503
BLOQUEO SIMPATICO DORSOESCAPULAR-AXILAR 1503 SE CITA EL 22 DE SEPTIEMBRE DEL 2022 A LAS 12 PM EN URGETRAUMA SAN FERNANDO
2. 02/09/22 : ACETAMINOFEN 500 MG + CAFEINA 65MG (DOLEX FORTE CAJA X 12 TABLETAS) 500 G ORAL CADA 12 HORAS POR 30 DIA(S) 1CADA 12 HORAS X 30 DIAS

Dr. JOSE JUAN CARLOS SIERRA MERA
Reg.M. 001224-93 Esp. ANESTESIOLOGIA

agosto 03, 2022

Andrés Felipe Carvajal S. M.d
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Universidad Del Valle
Centro Profesional Vida
Calle 5d#38'-35 Cons. 533 Torre 1

Datos del Paciente

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO **Documento:** CC :66992737 **Pagador:** Otro

Registros

Registro de evolución
BLOQUEO DE REGION DOLOROSA
CUADROD E DOLOR CERVICOBRAQUIAL , DORSAL PERSISTENTE QUE AUCDE PARA BLOQUEO DE REGION DOLOROSA
REPORTE DE RNM SIMPLE DE COLUMNA NORMAL

Examen físico

Examen Físico General
NGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS ALERTA TRANQUILA . NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO
AMAS DE 4 EXTREMIDADES CONSERVADOS
PUNTOS DOLOROSOS EN ROMBOIDES, TRAPECIO Y SUPRAESPINOSO .
AMAS DE HOMBRO CONSERVADOS AL IGUAL COLUMNA CERVICAL
DOLOR A LA PALPACION DE PARAESPINALES TORACICOS Y PROCESO ESPINOSO

Opinión y Diágnostico

Opinión y Plan

NOTA PROCEDIMIENTO PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA SE PROCEDE A BLOQQUEO DE REGION DOLOROSA CON LIDOCAINA Y BETADUO A NIVEL DE ROMBOIDES , PARAESPIANLES Y SUPRAESPINOSO SIN COMPLICACION , #3 SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES , RELAJANTE MUSCULAR ALTA

Diágnostico Principal

(M531) Síndrome cervicobraquial : Confirmado

Órdenes y plan

Medicamentos

DORIXINA RELAX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (NO POS), Cantidad : 16,TABLETA CUBIERTA : (125 m,1 tableta,ORAL,cada 12 HORAS,durante 8 dias,

Andrés F. Carvajal S.
M.d Fisiatría
Reg 760133
C.C. 16927851

Firma Virtual NetMedik

Dr (a) Andres Felipe Carvajal Sepulveda

16927851

Registro Medico: 760133

Fecha: 8/3/2022

Andrés Felipe Carvajal S. M.d
Especialista en Medicina Fisica y Rehabilitación
Universidad Del Valle
Centro Profesional Vida
Calle 5d#38ª-35 Cons. 533 Torre 1

Datos del Paciente

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO **Documento:** CC 66992737 **Genero:**
Edad: null **Estado Civil:** **Telefono 1:** **Telefono 2:** **Dirección:** null **Tipo Afiliación:** null
Pagador: Otro **Diagnostico:** M531 **CUP:**

PRESCRIPCION

- DORIXINA RELAX COMPRIMIDOS RECUBIERTOS (NO POS), TABLETA CUBIERTA : (125 m,Cantidad: 16, Dosis 1 tableta, ORAL, cada 12 HORAS, durante 8 dias.

Firma Virtual

Historia Medik
Soluciones Médicas en la Red

Dr (a): Andres Felipe Carvajal Sepulveda

N°: 16927851

Registro Medico: 760133

8/3/2022, 10:47 AM

mayo 04, 2022

Andrés Felipe Carvajal S. M.d
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Universidad Del Valle
Centro Profesional Vida
Calle 5d#38ª-35 Cons. 533 Torre 1

Datos del Paciente

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO **Documento:** CC :66992737

Registros

Motivo de consulta VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABLITACION (FISIATRIA)
Enfermedad actual
PACIENTE QUE PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN REGION CERVICODORSAL IZQUIERDA , PARA LO QUE RECIBIO AMNEJO CON TERAPIA FISICA Y ANALGESIA ORAL PERO PERSISTE CON DOLOR MOTIVOS POR LOS CUALES ACUDE A VALORACION

Examen físico

Examen Físico General
INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS ALERTA TRANQUILA . NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO
AMAS DE 4 EXTREMIDADES CONSERVADOS
PUNTOS DOLOROSOS EN ROMBOIDES, TRAPECIO Y SUPRAESPINOSO .
AMAS DE HOMBRO CONSERVADOS AL IGUAL COLUMNA CERVICAL
DOLOR A LA PALPACION DE PARAESPINALES TORACICOS Y PROCESO ESPINOSO

Opinión y Diágnostico

Opinión y Plan

PACIENTE QUE PRESENTO ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN REGION CERVICOBRAQUIAL IZQUIERDA QUE NO HA MEJORADO MOTIVOS POR LOS CUALES SE INDICA BLOQUEO DE PUNTOS DOLOROSOS DOLOR PERSISTENTE EN PARAESPINALES Y PROPCESOI ESPINOSO DORSALES POR LO QUE SE SOLICTA RNM SIMPLE DE COLUMNA TORACICA

Diágnostico Principal

(M531) Sindrome cervicobraquial : En Estudio

Órdenes y plan

Medicamentos

BETADUO 2ML (NO POS), Cantidad : 1,Cada 2mL : (10 mg),10 mg,INTRAMUSCULAR,cada 1 dias,durante 1 dias,PARA APLICACION POR MEDICO

Ordenes

(53105) Bloqueo de union mioneural CANTIDAD # 3

(883220) Resonancia nuclear magnetica de columna toracica simple +

Andrés F. Carvajal S.
M.d Fisiatria
Reg 760133
CC. 16927851

Firma Virtual NetMediK

Dr (a) Andres Felipe Carvajal Sepulveda

16927851

Registro Medico: 760133

Fecha: 5/4/2022

Andrés Felipe Carvajal S. M.d
Especialista en Medicina Fisica y Rehabilitación
Universidad Del Valle
Centro Profesional Vida
Calle 5d#38ª-35 Cons. 533 Torre 1

Datos del Paciente

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO **Documento:** CC 66992737 **Genero:**
Edad: null **Estado Civil:** **Telefono 1:** null **Telefono 2:** **Dirección:** null
Tipo Afiliación: null **Pagador:** null **Diagnostico:** M531 **CUP:**

PRESCRIPCION

- BETADUO 2ML (NO POS), Cada 2mL : (10 mg),Cantidad: 1, Dosis 10 mg, INTRAMUSCULAR, cada 1 dias, durante 1 dias. PARA APLICACION POR MEDICO

Andrés F. Carvajal S.
M.d Fisiatria
Reg 760133
CC. 16927851

Firma Virtual

Historia Medik
Soluciones Medicas en la Red

Dr (a): Andres Felipe Carvajal Sepulveda

N°: 16927851

Registro Medico: 760133

5/4/2022, 8:21 AM

Fecha: 5/4/2022

Andrés Felipe Carvajal S. M.d
Especialista en Medicina Fisica y Rehabilitación
Universidad Del Valle
Centro Profesional Vida
Calle 5d#38ª-35 Cons. 533 Torre 1

Datos del Paciente

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO **Documento:** CC 66992737 **Genero:**
Edad: null **Estado Civil:** **Telefono 1:** null **Telefono 2:** **Dirección:** null
Tipo Afiliación: null **Pagador:** null **Diagnostico:** M531 **CUP:**

Ordenes

- (53105) Bloqueo de union mioneural,Instrucciones: CANTIDAD # 3

Andrés F. Carvajal S.
M.d Fisiatría
Reg 760133
CC. 16927851

Andrés F. Carvajal S.
M.d Fisiatría
Reg 760133
CC. 16927851

Dr (a): Andres Felipe Carvajal Sepulveda

N°: 16927851

Registro Medico: 760133

Firma Virtual

Historia Medik
Soluciones Médicas en la Red

5/4/2022, 8:21 AM

Fecha: 5/4/2022

Andrés Felipe Carvajal S. M.d
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Universidad Del Valle
Centro Profesional Vida
Calle 5d#38ª-35 Cons. 533 Torre 1

Datos del Paciente

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO **Documento:** CC 66992737 **Genero:**
Edad: null **Estado Civil:** **Telefono 1:** null **Telefono 2:** **Dirección:** null
Tipo Afiliación: null **Pagador:** null **Diagnostico:** M531 **CUP:**

Ordenes

- (883220) Resonancia nuclear magnetica de columna toracica simple +,Instrucciones:

Firma Virtual

Dr (a): Andres Felipe Carvajal Sepulveda

N°: 16927851

Registro Medico: 760133

Andrés F. Carvajal S.
M.d
Reg
CC. 16927851

Historia Medik
Soluciones Médicas en la Red

5/4/2022, 8:21 AM

Santiago de Cali, Marzo 17 de 2022

Fisioterapia
CENTRO ESPECIALIZADO

INFORME DE FISIOTERAPIA

NOMBRE: EMILCE CHACON

IDX: ARTRALGIA DE COLUMNA DORSAL.

Apreciado Doctor:

Agradeciendo la remisión de su paciente le informo que:

Paciente quien a la fecha ha realizado 10 sesiones de Fisioterapia. Inicialmente asiste presentando dolor de alta intensidad en región dorsal, que se extiende hasta el pecho, al tacto presenta dolor agudo, con puntos gatillo palpables, su principal tratamiento se basa en disminuir dolor en la zona y disminuir espasmos y contracturas musculares. Por tanto, se ha manejado con modalidades físicas sedativas tipo frio, calor húmedo, Us y TENS en región dorsal, se realizaron algunos ejercicios de estiramiento para disminuir tensión muscular en la zona, con banda de estiramiento en camilla, pero refiere persistencia del dolor. Actualmente la paciente presenta poca evolución al tratamiento, refiere persistencia del dolor y tensión en la zona. Se dan recomendaciones para trabajo en casa y se envía a valoración por médico tratante quien defina conducta.

Se deja a consideración del médico tratante quien defina conducta.

Atentamente.

Cindy Dayana Serna L.
Fundación Universitaria María Cano
Fisioterapeuta
Reg. 766001

Cindy Dayana Serna linares
Fisioterapeuta
Fundación Universitaria María cano
Registro 766001

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 275931

Datos de Identificación del Paciente

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre	Documento Identidad
CHACON	RESTREPO	EMILCE	ELISEA	CC - 66992737

Sexo: F Fecha Nacimiento: 6/05/1975 Edad: 46 Años

Datos de la Atención

Fecha Atencion: 8/11/2021

Servicio al que Ingreso: CONSULTA EXTERNA

Descripción

Motivo de Consulta: ME DUELE AUN EL TORAX

Enfermedad Actual

PACIENTE CON CUADRO DE TRAUMA DE TORAX EL 30 DE AGOSTO , CON IMAGENES NORMALES DE HTORAX EN 3D , SE REVISA PACIENTE Y SE ÑLE EXPLICA NORMALIDAD .

Antecedentes

DIABETES : NIEGA,
HIPERTENSION ARTERIA : NIEGA,
TABAQUISMO : NIEGA,
ASMA : NIEGA,
IVU : NIEGA,
EPOC : NIEGA,

OBESIDAD : NIEGA,
COLAGENESIS : NIEGA,
CARDIOPATÍA : NIEGA,
RENAL CRÓNICO : NIEGA,
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS : NIEGA,

ALERGICOS : NIEGA
OTROS : PATOLOGIOS: NIEGA
QUIRURGICOS: HISTERECTOMIA Y OFORECTOMIA

Revision por Sistemas

CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
CUELLO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
TORAX : DOLOR EN CARA ANTERIOR Y SUPERIOR
ABDOMEN : NIEGA SINTOMATOLOGIA
GENITOURINARIO : NIEGA SINTOMATOLOGIA
PELVIS : NIEGA SINTOMATOLOGIA
DORSO Y EXTREMIDADES : NIEGA SINTOMATOLOGIA
S.N.C. : NIEGA SINTOMATOLOGIA

Hallazgos del Examen Físico

FC: 88 FR: 18 P.A.: 100/80 Temp:
ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE :
CABEZA, CARA, ORGANOS SENTIDOS : SIN ALTERACION APARENTE
CUELLO : SIN ALTERACION APARENTE
TORAX : DOLOR A LA PALPACION ANTERIOR SIN CREPITACIONES
ABDOMEN : SIN ALTERACION APARENTE
GENITOURINARIO : SIN ALTERACION APARENTE
PELVIS : SIN ALTERACION APARENTE
DORSO Y EXTREMIDADES : SIN ALTERACION APARENTE
S.N.C. : SIN ALTERACION APARENTE

Diagnóstico

S202 CONTUSION DEL TORAX
TRAUMA CERRADO DE TORAX

Plan de Tratamiento

IGUAL

Medicamentos Suministrados

No

Incapacidad (días):

EL SUSCRITO MEDICO CERTIFICA LA RELACION CAUSAL DIRECTA ENTRE LAS LESIONES QUE PRESENTA EL PACIENTE Y EL ACCIDENTE DE TRANSITO.

Centro Medico y Rehabilitacion Valle Salud S.A.S.

Resumen Clinico de Atención

No. Caso: 275931

Epicrisis Paciente: CC 66992737 EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO

Dr. OSCAR IVAN MOSQUERA YACUB
Reg.M. 201723

UNIDAD MEDICO QUIRURGICA SANTA CLARA IPS S.A.S.
900908245
CALLE 9 # 44-105 TEL:4837524 - 4837620
3481591 -

FORMATO DE EPICRISIS
Sede: UMQ SANTA CLARA
Punto Atención: CONSULTA EXTERNA
Fecha Impresión: 20/09/2021 10:00:31

I. Información del Paciente:

Paciente:	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO	**Entidad:**	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR
Número Identificación:	CC -66992737	**Sexo:**	FEMENINO
Fecha Nacimiento:	05/06/1975	**Afiliado:**	EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Edad:	46 años	**Estrato:**	R1
Dirección:	CORREGIMIENTO LA BUITRERA	**Teléfono:**	3157224146
Usuario:	STORRES		

Nro Documento: ADM - UMQ 95791 **Codigo Prestador: 760011050601**

Fecha Ingreso: 20/09/2021 7:57:13
Punto Entrada: CONSULTA EXTERNA
Cause Salida: SALIDA A CASA

Fecha Egreso: 20/09/2021 10:00:00
Punto Salida: CONSULTA EXTERNA

Observaciones

Cause de Consulta: " CONTROL SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO"

Enfermedad Actual: PACIENTE QUIEN INGRESA POR MEDIOS PROPIOS, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TORAX Y REGION DORSAL CONSULTO ALSERVICO DE URGENCIASENDONDE SE RELAIZA RX DE TORAX EN DONDENO SE OBSERVA ALTERACION, ANTE PRSISTENCIA DE DOLOR EN TORAX MEDICO EN CONTROLSOLICITYA ECOGRAFIA DE MAMA REALIZADA EL 08/09/21 DENTRO DE LANORMALIDAD, EN ELMOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DEDOLOR LO CUAL LA INCAPACIDA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. SE PROCEDE HA ATENDER EL PACIENTE PREVIO A LAVADO DE MANO SIGUIENDO ADECUADAMENTE EL PROTOCOLO DE ATENCION POR RIESGO DE COVID -19, UTILIZANDO CARETA DE PROTECCION, TAPABOCAS DE ALTA N95, GUANTES, SE LLENA ENCUESTA PARA EVALUAR RIESGO DE INFECCION POR COVID -19 NEGANDO FIBRE, NIEGA TOS, CONGESTION NASAL, NIEGA PERDIDA DEL OLFATO, NIEGA NAUSEAS DOLOR ABDOMINAL O DIARREA NIEGA ADEMAS CONTACTO CON PERSONAS INFECTADAS CON COVID – 19.

Diagnóstico Principal de Ingreso:
(S202) CONTUSION DEL TORAX

Diagnóstico de Egreso: (S202) CONTUSION DEL TORAX

Resúmen y Tratamiento Médico: Fecha Historia Clinica: 20/09/2021 9:44 AM Profesional: STEPHANY TORRES CORTES
MOTIVO DE CONSULTA : " CONTROL SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO"
ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE QUIEN INGRESA POR MEDIOS PROPIOS, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TORAX Y REGION DORSAL CONSULTO ALSERVICO DE URGENCIASENDONDE SE RELAIZA RX DE TORAX EN DONDENO SE OBSERVA ALTERACION, ANTE PRSISTENCIA DE DOLOR EN TORAX MEDICO EN CONTROLSOLICITYA ECOGRAFIA DE MAMA REALIZADA EL 08/09/21 DENTRO DE LANORMALIDAD, EN ELMOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DEDOLOR LO CUAL LA INCAPACIDA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

SE PROCEDE HA ATENDER EL PACIENTE PREVIO A LAVADO DE MANO SIGUIENDO ADECUADAMENTE EL PROTOCOLO DE ATENCION POR RIESGO DE COVID -19, UTILIZANDO CARETA DE PROTECCION, TAPABOCAS DE ALTA N95, GUANTES, SE LLENA ENCUESTA PARA EVALUAR RIESGO DE INFECCION POR COVID -19 NEGANDO FIBRE, NIEGA TOS, CONGESTION NASAL, NIEGA PERDIDA DEL OLFATO, NIEGA NAUSEAS DOLOR ABDOMINAL O DIARREA NIEGA ADEMAS CONTACTO CON PERSONAS INFECTADAS CON COVID – 19.
Plan de Manejo : PACIENTE CON ANTECEDNETE D ETRAUMAEN TORAX SECUNDARIOA ACCIDENTE DE TRANSITO EN ELMOMENTO CON PERSISTENCIA DE DOLOR EN ELMISMO, CON RX Y ECOGRAFIA DE MAMA DENTRO DE PARAMETROSNORMALES, SE DECIDE CONTINUAR MANEJO ANALGESIA,SE RECOMIENDA REPOSO,MANEJO LOCAL FRIO Y CALOR, SE REALIZA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 5 DIAS MAS APARTIR DE LA FECHA, SE DA ORDEN DE 6 SESIONES DE TERAPIA FISICA PARA MANEJO DE DOLOR. SE LE EXPLICA ALAPACIENTE QUIENR EFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, CONTROLCON MEDICINA GENERAL AL TERMINAR TRATAMIENTO DE TERAPIA FISICA.

Incapacidad: Fecha Inicio Incapacidad: 2021-09-20
Dias de Incapacidad: (5) CINCO DÍAS
Tipo de Contingencia: ACCIDENTE DE TRANSITO
Clase de Atención: Ambulatoria electiva

Servicio: (99929112) TERAPIA FISICA, SESION Cantidad: 6

Servicio: (99939141) CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL Cantidad: 1

Ordenamiento Medico: (39141)Consulta ambulatoria de medicina general Cantidad: 1.00

YO STEPHANY TORRES CORTES CERTIFICO EN ESTE DOCUMENTO QUE POR LOS HALLAZGOS CLINICOS SE DEDUCE QUE LA CAUSA DE LOS DAÑOS SUFRIDOS POR LA PERSONA FUE UN ACCIDENTE DE TRANSITO, SEGUN CORRESPONDA CONFORME A LO PREVISTO EN EL DECRETO 056 de 2015

Dr(a): TORRES CORTES STEPHANY

Registro Médico: 1144036631

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Se firma Electronicamente.

EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
FNacimiento : 1975-05-08 Edad : 46 Año(s) - 3 Mes(es)
66992737 Género : femenino
Dirección : CORREGIMIENTO LA BUITRERA
Movil : No Tiene Teléfono : 3157224146
E-mail : NOTIEREJ@GMAIL.COM
Fecha Atención : 30-08-2021 10:55:55 Entidad : SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR

UNIDAD MEDICO QUIRURGICA SANTA CLARA
UNIDAD MEDICO QUIRURGICA SANTA CLARA IPS S.A.S.
900308245-0
CALLE 9 # 44-105 TEL:4837534 - 4837620
3491591 -

Fecha Impresión: 2022-02-01 16:30:02 PM
Usuario: YNIÑO

Historia Nº 1 CÃ³digo: 1082227

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Punto Atención : URGENCIAS
Linea Producto : CONSULTA DE URGENCIAS WEB
Fecha Atención: 30-08-2021 10:55:55

Identificación: 66992737
No Documento : UMQ - 94250
Estado : ABIERTO

Código Prestador : 760011050601
Sede :

MOTIVO DE CONSULTA

"ACCIDENTE DE TRANSITO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO, TRAÍDA POR PARAMEDICOS EN AMBULANCIA, QUIEN REFIERE HABER SUFRIDO TRAUMA EN COLUMNA DORSAL, MANIFESTANDO DOLOR EN ÁREAS AFECTADAS, LIMITACIÓN PARA LA MARCHA, CON EVA DE 5/8.
SE PROCEDE HA ATENDER EL PACIENTE PREVIO A LAVADO DE MANO SIGUIENDO ADECUADAMENTE EL PROTOCOLO DE ATENCION POR RIESGO DE COVID -19 UTILIZANDO CARETA DE PROTECCION, TAPABOCAS DE ALTA N 95 GUANTES, SE LLENA ENCUESTA PARA EVALUAR RIESGO DE INFECCION POR COVID -19 NEGANDO FIBRE, NIEGA TOS, CONGESTION NASAL, NIEGA PERDIDA DEL OLFATO, NIEGA NAUSEAS DOLOR ABDOMINAL O DIARREA NIEGA ADEMAS CONTACTO CON PERSONAS INFECTADAS CON COVID – 19.

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares

NIEGA.

Patológicos

NIEGA.

Alérgicos

NIEGA.

Quirúrgicos

HISTERECTOMIA

Farmacológicos

NIEGA.

Antecedentes Ginecobstetricos

HISTERECTOMIA

REVISIÓN POR SISTEMAS

General

ALGICA.

Respiratorio

NORMAL.

Cardiovascular

NORMAL.

Digestivo

NORMAL.

Genito-Urinario

NORMAL.

Extremidades

EUTROFICAS,MOVIMIENTO DE LAS 4 EXTREMIDADES NORMAL.

Sistema Nervioso Central

SIN DEFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.

SIGNOS VITALES Y EXAMEN FÍSICO

Signos vitales

T/A	F/C	F/R	T	P	Talla	IMC
						24,65

HTA: Presión Normal

Clasificación: Normal **Riesgo:**

SO2

99%

Cabeza

NORMAL.

Cara

NORMAL.

Cuello

NORMAL.

ORL

NORMAL.

Torax

DOLOR A LA PALPACION EN COLUMNA DORSAL. RS CS RS SIN SOPLOS, PULMONES NORMOVENTILADOS.

Abdomen

NORMAL.

Genitourinario

NORMAL.

S.N.C.

SIN DEFICIT NEUROLOGICO, GLASGOW 15/15.

Extremidades

EUTROFICAS, MOVIMIENTO DE LAS 4 EXTREMIDADES NORMAL.

Piel Y Faneras

NORMAL.

DIAGNOSTICOS

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	(7354) TRAUMATISMO DE RAICES NERVIOSAS DE LA COLUMNA TORACICA	**Tipo Diagnostico:**	Impresión Diagnostica
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	**Finalidad Consulta:**	Sin seleccion
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	**Causa Consulta:**	Sin seleccion

Justificación Clinica

PTE CON POLITRAUMATISMO, SE ORDENA APLICACION DE ANALGESICO PARA DISMINUCION DEL DOLOR.
SE ORDENA REALIZACION DE RX PARA CONFIRMAR Y/O DESCARTAR LESIONES OSEAS.

PLAN DE TRATAMIENTO Y MANEJO

Plan de Manejo

* OBSERVACION
- DICLOFENACO AMP 75 MG IM
- TRAMADOL AMP 50 MG S/C
- S/S RADIOGRAFIAS (COLUMNA DORSAL)
- REVALORAR

SALAS ESPECIALES

☐ Hospitalizacion ☐ Sala de curaciones ☐ Sala de yesos ☑ Sala de observación ☐ Sala de reanimación ☐ Sala de procedimientos ☐ Sala de RX

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

EVOLUCIONES CONSULTA DE URGENCIAS WEB

Evolución-Sesión Nº 1 Código: 1361444

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO | Identificación: CC-66992737

Punto Atención : URGENCIAS | No Documento : UMQ - 94250 | Código Prestador : 760011050601

Linea Producto : CONSULTA DE URGENCIAS WEB | Estado : CERRADO | Sede : UMQ SANTA CLARA

Fecha Evolución: 30-08-2021 11:05:45

Evolución

EVALUACIÓN DE RIESGO COVID- 19.

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	(S242) TRAUMATISMO DE RAICES NERVIOSAS DE LA COLUMNA TORACICA	Tipo Diagnostico:	Impresión Diagnostica
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	Finalidad Consulta:	No aplica
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	Causa Consulta:	Accidente de transito

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678
MEDICINA GENERAL
Se Firma Electrónicamente

Evolución-Sesión Nº 2 Código: 1361507

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO | Identificación: CC-66992737

Punto Atención : URGENCIAS | No Documento : UMQ - 94250 | Código Prestador : 760011050601

Linea Producto : CONSULTA DE URGENCIAS WEB | Estado : ABIERTO | Sede : UMQ SANTA CLARA

Fecha Evolución: 30-08-2021 14:00:39

Evolución

PACIENTE CON DX ANOTADOS QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTABLE, TRANQUILA, REFIERE LEVE DOLOR EN ÁREAS AFECTADAS, SE REVISAN RADIOGRAFÍAS DE COLUMNA DORSAL ENCONTRÁNDOSE, DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, NO SE VISUALIZA LESION OSEA NI LUXACION ALGUNA, SE RE VALORA PTE MANIFESTANDO PRESENTAR MEJORIA DEL DOLOR, SE DECIDE DAR SALIDA CON FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES Y PAUTAS DE ALARMA, SE DA INCAPACIDAD MEDICA, SE DA CITA MEDICA CON MEDICO GENERAL POR CX EXTERNA.

Observ. Recomen y Notas

- FRIO LOCAL (HIELO) LOS 3 PRIMEROS DIAS 3 O 4 VECES AL DIA Y DESPUES
- COLOCAR PAÑOS TIBIOS CON CALENDULA Y SULFATO DE MAGNESIA 3 O 4 VECES AL DIA

Plan de Manejo

SALIDA,

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	(S242) TRAUMATISMO DE RAICES NERVIOSAS DE LA COLUMNA TORACICA	Tipo Diagnostico:	Impresión Diagnostica
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	Finalidad Consulta:	No aplica
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	Causa Consulta:	Accidente de transito

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678
MEDICINA GENERAL
Se Firma Electrónicamente

Evolución Nº2 CÃ³digo: 1361444

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Punto Atención : URGENCIAS
Linea Producto : CONSULTA DE URGENCIAS WEB
Fecha Atención: 30-08-2021 11:05:45

Identificación: 66992737
No Documento : UMQ - 94250
Estado : CERRADO

Código Prestador : 760011050601
Sede : UMQ SANTA CLARA

Evolución

EVALUACIÓN DE RIESGO COVID- 19.

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	Sin seleccionar Diagnostico	Tipo Diagnostico:	Impresión Diagnostica
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	Finalidad Consulta:	Sin selección
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	Causa Consulta:	Sin selección

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678
MEDICINA GENERAL
Se Firma Electrónicamente

Evolución Nº3 CÃ³digo: 1361445

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Punto Atencion : URGENCIAS
Linea Producto : CONSULTA DE URGENCIAS WEB
Fecha Atención: 30-08-2021 11:06:01

Identificación: 66992737
No Documento : UMQ - 94250
Estado : CERRADO

Código Prestador : 760011050601
Sede : UMQ SANTA CLARA

MOTIVO DE CONSULTA

"ACCIDENTE DE TRANSITO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN SUFRIÓ ACCIDENTE DE TRANSITO, TRAÍDA POR PARAMÉDICOS EN AMBULANCIA, QUIEN REFIERE HABER SUFRIDO TRAUMA EN COLUMNA DORSAL, MANIFESTANDO DOLOR EN ÁREAS AFECTADAS, LIMITACIÓN PARA LA MARCHA, CON EVA DE 5/8.
SE PROCEDE HA ATENDER EL PACIENTE PREVIO A LAVADO DE MANO SIGUIENDO ADECUADAMENTE EL PROTOCOLO DE ATENCION POR RIESGO DE COVID -19 UTILIZANDO CARETA DE PROTECCION, TAPABOCAS DE ALTA N 95 GUANTES. SE LLENA ENCUESTA PARA EVALUAR RIESGO DE INFECCION POR COVID -19 NEGANDO FIEBRE, NIEGA TOS, CONGESTION NASAL, NIEGA PERDIDA DEL OLFATO, NIEGA NAUSEAS DOLOR ABDOMINAL O DIARREA NIEGA ADEMAS CONTACTO CON PERSONAS INFECTADAS CON COVID – 19.

PREGUNTAS DE TAMIZAJE COVID- 19

1.¿Usted ha presentado TOS?

SI NO

2.¿Usted ha presentado ESCALOFRÍOS?

SI NO

3. En este momento o en los días previos ¿ha tenido DIARREA?

SI NO

4.¿Ha presentado DOLOR de GARGANTA?

SI NO

5.¿Ha presentado conjuntivitis?

SI NO

6.¿Ha presentado DOLOR de CUERPO y MALESTAR GENERAL?

SI NO

7.¿Ha presentado DOLOR de CABEZA?

SI NO

8.¿Ha tenido fiebre? (para fines correctos más de 37.8°C)

SI NO

9.¿Ha perdido el OLFATO?

SI NO

10. ¿Está teniendo DIFICULTAD para RESPIRAR? (como si no entrara el aire al pecho)

SI NO

11.¿Está experimentando FATIGA? (real deterioro de mis movimientos y mis ganas de hacer algo)

SI NO

12. ¿Ha sentido deterioro de su salud?

SI NO

13.¿Ha estado en contacto con personas con síntomas respiratorios en los últimos

SI NO

14. Ha estado en contacto con personas con Diagnostico confirmado de COVID 19 en los últimos 15 días.

SI NO

15. Es trabajador de la salud o trabaja en un área hospitalaria y ha estado expuesto a pacientes con síntomas respiratorios..

SI NO

DIAGNOSTICO

DIAGNÓSTICO CIE10

Dx Principal:	Sin seleccionar Diagnostico	Tipo Diagnostico:	Impresión Diagnostica
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	Finalidad Consulta:	Sin selección
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	Causa Consulta:	Sin selección

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678
MEDICINA GENERAL
Se Firma Electrónicamente

Evolución N°4 CÃ³digo: 1361507

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Identificación: 66992737
Punto Atención : URGENCIAS
No Documento : UMQ - 94250
Código Prestador : 760011050501
Línea Producto : CONSULTA DE URGENCIAS WEB
Estado : ABIERTO
Sede : UMQ SANTA CLARA
Fecha Atención: 30-08-2021 14:00:39

Evolución

PACIENTE CON DX ANOTADOS QUIEN ACTUALMENTE SE ENCUENTRA ESTABLE, TRANQUILA, REFIERE LEVE DOLOR EN ÁREAS AFECTADAS, SE REVISAN RADIOGRAFÍAS DE COLUMNA DORSAL ENCONTRÁNDOSE, DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, NO SE VISUALIZA LESION OSEA NI LUXACION ALGUNA, SE RE VALORA PTE MANIFESTANDO PRESENTAR MEJORÍA DEL DOLOR, SE DECIDE DAR SALIDA CON FORMULA MEDICA, RECOMENDACIONES Y PAUTAS DE ALARMA, SE DA INCAPACIDAD MEDICA, SE DA CITA MEDICA CON MEDICO GENERAL POR CX EXTERNA.

Observ. Recomen y Notas

- FRIO LOCAL (HIELO) LOS 3 PRIMEROS DIAS 3 O 4 VECES AL DIA Y DESPUES
- COLOCAR PAÑOS TIBIOS CON CALENDULA Y SULFATO DE MAGNESIA 3 O 4 VECES AL DIA

Plan de Manejo

SALIDA,

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	Sin seleccionar Diagnostico	Tipo Diagnostico:	Impresión Diagnostica
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	Finalidad Consulta:	Sin selección
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	Causa Consulta:	Sin selección

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

MIGUEL EDUARDO NUÑEZ BARRIOS - 72311678
MEDICINA GENERAL
Se Firma Electrónicamente

Historia Nº 5 CÃ³digo: 1092607

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Punto Atención : CONSULTA EXTERNA
Línea Producto : CONSULTA MED. GENERAL WEB
Fecha Atención: 02-09-2021 12:29:53

Identificación: 66992737
No Documento : UMQ - 94502
Estado : CERRADO

Código Prestador : 760011050601
Sede :

MOTIVO DE CONSULTA

ACCIDENTE DE TRANSITO
CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN INGRESA POR MEDIOS PROPIOS, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN COLUMNA DORSAL, SE DIO MANEJO ANALGESICO, SE TOMARON RADIOGRAFIAS, ESTRUCTURAS ÓSEAS VISUALIZADAS DE DENSIDAD Y PATRÓN TRABECULAR NORMAL. LA ALTURA DE LOS CUERPOS VERTEBRALES Y ESPACIOS INTERVERTEBRALES ESTA CONSERVADA. CANAL MEDULAR DE ANORMALES. AMPLITUD NORMAL. NO HAY NI CALCIFICACIONES EVIDENCIA DE FRACTURAS NI LUXACIONES. NO SE OBSERVAN MASAS PARAVERTEBRALES (LECTURA OFICIAL) REFIERE QUE DOLOR EN REGION DORSAL NO HA MEJORADOS, ADEMAS REFIERE DOLOR EN AMBAS MAMAS. NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA. REFIERE QUE NO LABORA.
SE PROCEDE HA ATENDER EL PACIENTE PREVIO A LAVADO DE MANO SIGUIENDO ADECUADAMENTE EL PROTOCOLO DE ATENCION POR RIESGO DE COVID -19, UTILIZANDO CARETA DE PROTECCION, TAPABOCAS DE ALTA N95, GUANTES, SE LLENA ENCUESTA PARA EVALUAR RIESGO DE INFECCION POR COVID -19 NEGANDO FIBRE, NIEGA TOS, CONGESTION NASAL, NIEGA PERDIDA DEL OLFATO, NIEGA NAUSEAS DOLOR ABDOMINAL O DIARREA NIEGA ADEMAS CONTACTO CON PERSONAS INFECTADAS CON COVID – 19.

ANTECEDENTES

Alérgicos

NIEGA

Quirúrgicos

HISTERECTOMIA RADICAL

REVISIÓN POR SISTEMAS

General

ALGICA

Locomotor

DOLOR EN COLUMNA DORSAL, DOLOR EN MAMAS

EXAMEN FÍSICO Y DEPORTES

Torax y mamas

DOLOR A LA PALPACION EN REGION DORSAL, CAJA TORACICA POSTERIOR, DOLOR A LA PALPACION EN AMBAS MAMAS, CON EDEMA.

DIAGNOSTICO Y SIGNOS VITALES

Signos vitales

T/A	F/C	F/R	T	P	Talla	IMC
				0	0	0

HTA: --

Clasificación: **Riesgo:**

Diagnóstico Médico

CONTUSION EN COLUMNA DORSAL, CONTUSION EN MAMAS

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	(7325) CONTUSION DE LA MAMA	**Tipo Diagnostico:**	Diagnostico Repetido
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	**Finalidad Consulta:**	Sin selección
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	**Causa Consulta:**	Sin selección

Justificación Clinica

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS PREVIAMENTE, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONTINUA OCN DOLOR EN COLUMNA DORSAL Y EN AMBAS MAMAS, POR LO CUAL SE INDICA TOMA DE ECOGRAFIA DE MAMAS, SE AJUSTA MANEJO DEL DOLOR, CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA. SE LE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER, COMPRENDER Y ACEPTAR.

PLAN DE TRATAMIENTO Y MANEJO

Plan de Manejo

SE SOLICITA ECOGRAFIA DE MAMAS
ACETAMINOFEN / CODEINA 1 TAB VO C/8H
NAPROXENO 250 MG VO C/8H
TRAMADOL 10 GOTAS VO C/12H
CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE CABEZA, DOLOR EN SITIOS DE TRAUMA QUE NO CEDAN CON MEDICAMENTOS, MAREO, DESMAYO)

Procedimientos Enviados

Procedimiento:	ECOGRAFIA TIROIDES, GLANDULAS SALIVARES, TESTICULO, PENE, TEJIDOS BLANDOS, PARED ABDOMINAL U OJO	**Cantidad:**	2
Indicaciones:	ECOGRAFIAS DE MAMAS	**Pertinencia:**	Regular

John J. Angulo Castro MD.
Medico General
R.M. 766583

JOHN JEFFERSON ANGULO CASTRO - 766583

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

Procedimientos Enviados

Procedimiento:	ECOGRAFIA TIROIDES, GLANDULAS SALIVARES, TESTICULO, PENE, TEJIDOS BLANDOS, PARED ABDOMINAL U OJO	**Cantidad:**	2
Indicaciones:	ECOGRAFIAS DE MAMAS	**Pertinencia:**	Regular

EVOLUCIONES CONSULTA MED. GENERAL WEB

Evolución-Sesión Nº 1 Código: 1372000

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Punto Atención : CONSULTA EXTERNA
Linea Producto : CONSULTA MED. GENERAL WEB
Fecha Evolucion: 02-09-2021 12:43:02

Identificación: CC-66952737
No Documento : UMQ - 94502
Estado : CERRADO

Código Prestador : 760011850601
Sede : UMQ SANTA CLARA

Evolución

SE ABRE FOLIO PARA ORDEN DE CITA CONTROL

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	(S200) CONTUSION DE LA MAMA	**Tipo Diagnostico:**	Diagnostico Repetido
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	**Finalidad Consulta:**	No aplica
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	**Causa Consulta:**	Accidente de transito

Procedimientos Enviados

Procedimiento:	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	**Cantidad:**	1
Indicaciones:	CONTROL EN 8 DIAS	**Pertinencia:**	Regula

JOHN JEFFERSON ANGULO CASTRO - 766583
MEDICINA GENERAL
Se Firma Electrónicamente

Evolución N°6 CÃ³digo: 1372000

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO | **Identificación: 66992737**
Punto Atención : CONSULTA EXTERNA | **No Documento : UMQ - 94502** | **Código Prestador : 760011050601**
Linea Producto : CONSULTA MED. GENERAL WEB | **Estado : CERRADO** | **Sede : UMQ SANTA CLARA**
Fecha Atención: 02-09-2021 12:43:02

Evolución

SE ABRE FOLIO PARA ORDEN DE CITA CONTROL

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	Sin seleccionar Diagnostico	**Tipo Diagnostico:**	Diagnostico Repetido
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	**Finalidad Consulta:**	Sin selección
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	**Causa Consulta:**	Sin selección

Jonh J. Angulo Castro MD.
MEDICO GENERAL
R.M. 766583

JOHN JEFFERSON ANGULO CASTRO - 766583

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

Jonh J. Angulo Castro MD.
MEDICO GENERAL
R.M. 766583

JOHN JEFFERSON ANGULO CASTRO - 766583
MEDICINA GENERAL
Se Firma Electrónicamente

Evolución N°7 CÃ³digo: 1372002

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO | **Identificación: 66992737**
Punto Atención : CONSULTA EXTERNA | **No Documento : UMQ - 94502** | **Código Prestador : 760011050601**
Linea Producto : CONSULTA MED. GENERAL WEB | **Estado : CERRADO** | **Sede : UMQ SANTA CLARA**
Fecha Atención: 02-09-2021 12:43:59

MOTIVO DE CONSULTA

ACCIDENTE DE TRANSITO
CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN INGRESA POR MEDIOS PROPIOS, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN COLUMNA DORSAL, SE DIO MANEJO ANALGESICO, SE TOMARON RADIOGRAFIAS, ESTRUCTURAS OSEAS VISUALIZADAS DE DENSIDAD Y PATRON TRABECULAR NORMAL. LA ALTURA DE LOS CUERPOS VERTEBRALES Y ESPACIOS INTERVERTEBRALES ESTÁ CONSERVADA. CANAL MEDULAR DE ANORMALES. AMPLITUD NORMAL. NO HAY NI CALCIFICACIONES EVIDENCIA DE FRACTURAS NI LUXACIONES. NO SE OBSERVAN MASAS PARAVERTEBRALES (LECTURA OFICIAL) REFIERE QUE DOLOR EN REGION DORSAL NO HA MEJORADOS, ADEMAS REFIERE DOLOR EN AMBAS MAMAS. NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA. REFIERE QUE NO LABORA.
SE PROCEDE HA ATENDER EL PACIENTE PREVIO A LAVADO DE MANO SIGUIENDO ADECUADAMENTE EL PROTOCOLO DE ATENCION POR RIESGO DE COVID -19, UTILIZANDO CARETA DE PROTECCION, TAPABOCAS DE ALTA N95, GUANTES, SE LLENA ENCUESTA PARA EVALUAR RIESGO DE INFECCION POR COVID -19 NEGANDO FIBRE, NIEGA TOS, CONGESTION NASAL, NIEGA PERDIDA DEL OLFATO, NIEGA NAUSEAS DOLOR ABDOMINAL O DIARREA NIEGA ADEMAS CONTACTO CON PERSONAS INFECTADAS CON COVID – 19.

PREGUNTAS DE TAMIZAJE COVID- 19

1.¿Usted ha presentado TOS?

SI NO

2.¿Usted ha presentado ESCALOFRÍOS?

SI NO

3. En este momento o en los dias previos ¿ha tenido DIARREA?

SI NO

4.¿Ha presentado DOLOR de GARGANTA?

SI NO

5.¿Ha presentado conjuntivitis?

SI NO

6.¿Ha presentado DOLOR de CUERPO y MALESTAR GENERAL?

SI NO

7.¿Ha presentado DOLOR de CABEZA?

SI NO

8.¿Ha tenido fiebre? (para fines correctos más de 37.8°C)

SI NO

9.¿Ha perdido el OLFATO?

SI NO

10. ¿Está teniendo DIFICULTAD para RESPIRAR? (como si no entrara el aire al pecho)

SI NO

11.¿Está experimentando FATIGA? (real deterioro de mis movimientos y mis ganas de hacer algo)

SI NO

12. ¿Ha sentido deterioro de su salud?

SI NO

13.Ha estado en contacto con personas con síntomas respiratorios en los últimos

SI NO

14.Ha estado en contacto con personas con Diagnostico confirmado de COVID 19 en los últimos 15 dias.

SI NO

15. Es trabajador de la salud o trabaja en un área hospitalaria y ha estado expuesto a pacientes con síntomas respiratorios..

SI NO

DIAGNOSTICO

DIAGNÓSTICO CIE10

Dx Principal:	Sin seleccionar Diagnostico	Tipo Diagnostico:	Diagnostico Repetido
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	Finalidad Consulta:	Sin seleccion
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	Causa Consulta:	Sin seleccion

Jonh J. Angulo Castro MD.
MEDICO GENERAL
R.M. 766583

JOHN JEFFERSON ANGULO CASTRO - 766583

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

Jonh J. Angulo Castro MD.
MEDICO GENERAL
R.M. 766583

JOHN JEFFERSON ANGULO CASTRO - 766583
MEDICINA GENERAL
Se Firma Electrónicamente

Historia Nº 8 CÃ³digo: 1124623

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
Punto Atención : CONSULTA EXTERNA
Linea Producto : CONSULTA MED. GENERAL WEB
Fecha Atención: 20-09-2021 09:44:44

Identificacion: 64992737
No Documento : UMQ - 95791
Estado : ABIERTO

Codigo Prestador : 760011050601
Sede :

MOTIVO DE CONSULTA

" CONTROL SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRANSITO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN INGRESA POR MEDIOS PROPIOS, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TORAX Y REGION DORSAL CONSULTO ALSERVICIO DE URGENCIASENDONDE SE RELAIZA RX DE TORAX EN DONDENO SE OBSERVA ALTERACION, ANTE PRSISTENCIA DE DOLOR EN TORAX MEDICO EN CONTROLSOLICITYA ECOGRAFIA DE MAMA REALIZADA EL 08/09/21 DENTRO DE LANORMALIDAD, EN ELMOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DEDOLOR LO CUAL LA INCAPACIDA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIA, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

SE PROCEDE HA ATENDER EL PACIENTE PREVIO A LAVADO DE MANO SIGUIENDO ADECUADAMENTE EL PROTOCOLO DE ATENCION POR RIESGO DE COVID -19, UTILIZANDO CARETA DE PROTECCION, TAPABOCAS DE ALTA N95, GUANTES, SE LLENA ENCUESTA PARA EVALUAR RIESGO DE INFECCION POR COVID -19 NEGANDO FIBRE, NIEGA TOS, CONGESTION NASAL, NIEGA PERDIDA DEL OLFATO, NIEGA NAUSEAS DOLOR ABDOMINAL O DIARREA NIEGA ADEMAS CONTACTO CON PERSONAS INFECTADAS CON COVID – 19.

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares

NIEGA

Patológicos

NIEGA

Alérgicos

NIEGA,

Inmunologicos

NIEGA

Quirúrgicos

HISTERECTOMIA, REDUCCION DE MAMA

Farmacológicos

NIEGA

Traumáticos

NIEGA

Hábitos Factores de Riesgos

NIEGA

Hospitalarios

NIEGA

REVISIÓN POR SISTEMAS

General

INGRESA POR SUIS PROPIOS MEDIOS

Linfaticos

NO REFIERE

Respiratorio

NO REFIERE

CardioPulmonar x Sistema

DOLOR EN TORAX

Biliodigestivo

NO REFIERE

Genito-Urinario

NO REFIERE

Locomotor

DOLOR EN COLUMNA DORSAL, DOLOR EN MAMAS.

Neurosensorial

NOR EFIERE

EXAMEN FÍSICO Y DEPORTES

Apariencia

BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza

SIN ALTERACION

ORL

SIN ALTERACION

Cuello

SIN ALTERACION

Torax y mamas

DOLOR ALAPALPACION DE REJA COSTAL ANTERIOR Y DORSAL, Y MAMAS, NO SE OBSERVAN ESTIGMAS DE TRAUMA, NO DEFORMINAD, NORMOEXOANSIBLE

Corazón

SIN ALTERACION

Pulmones

SIN ALTERACION

Abdomen

SIN ALTERACION

Genitourinario

SIN ALTERACION

S.N.C.

ALERTA GLASGOW:15/15

Extremidades

SIN ALTERACION

Piel Y Faneras

SIN ALTERACION

DIAGNOSTICO Y SIGNOS VITALES

Signos vitales

T/A	F/C	F/R	T	P	Talla	IMC
						30,39

HTA: Presión Normal

Clasificación: Obesidad Grado I **Riesgo: Moderado**

Diagnóstico Médico

CONTUSION EN TORAX

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	(7327) CONTUSION DEL TORAX	**Tipo Diagnostico:**	Impresión Diagnostica
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	**Finalidad Consulta:**	Sin selección
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	**Causa Consulta:**	Sin selección

PLAN DE TRATAMIENTO Y MANEJO

Plan de Manejo

PACIENTE CON ANTECEDNETE D ETRAUMAEN TORAX SECUNDARIOA ACCIDENTE DE TRANSITO EN ELMOMENTO CON PERSISTENCIA DE DOLOR EN ELMISMO, CON RX Y ECOGRAFIA DE MAMA DENTRO DE PARAMETROSNORMALES, SE DECIDE CONTINUAR MANEJO ANALGESIA,SE RECOMIENDA REPOSO,MANEJO LOCAL FRIO Y CALOR, SE REALIZA PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 5 DIAS MAS APARTIR DE LA FECHA, SE DA ORDEN DE 6 SESIONES DE TERAPIA FISICA PARA MANEJO DE DOLOR. SE LE EXPLICA ALAPACIENTE QUIENR EFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, CONTROLCON MEDICINA GENERAL AL TERMINAR TRATAMIENTO DE TERAPIA FISICA.

Procedimientos Enviados

Procedimiento:	TERAPIA FISICA, SESION	**Cantidad:**	6
Indicaciones:	MANEJO DE DOLORCON TERAPIA EN TORAX Y REGION DORSAL	**Pertinencia:**	Regular
Procedimiento:	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	**Cantidad:**	1
Indicaciones:	CONTROL AL TERMINAR TERAPIA FISICA A DISPONIBILIDAD DE AGENDA	**Pertinencia:**	Regular

STEPHANY TORRES CORTES - 1144036631

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

Procedimientos Enviados

Procedimiento:	TERAPIA FISICA, SESION	**Cantidad:**	6
Indicaciones:	MANEJO DE DOLORCON TERAPIA EN TORAX Y REGION DORSAL	**Pertinencia:**	Regular
Procedimiento:	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA GENERAL	**Cantidad:**	1
Indicaciones:	CONTROL AL TERMINAR TERAPIA FISICA A DISPONIBILIDAD DE AGENDA	**Pertinencia:**	Regular

Historia Nº 9 CÃ³digo: 1146571

Nombre: EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO **Identificación: 66992737**
Punto Atención : CONSULTA EXTERNA **No Documento : UMQ - 97040** **Código Prestador : 760011050601**
Línea Producto : CONSULTA MED. GENERAL WEB **Estado : ABIERTO** **Sede :**
Fecha Atención: 07-10-2021 09:15:51

MOTIVO DE CONSULTA

ACCIDENTE DE TRANSITO
CONTROL

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN INGRESA POR MEDIOS PROPIOS, CON ANTECEDENTE DE ACCIDENTE DE TRANSITO CON TRAUMA EN TORAX, SE DIO MANEJO ANALGESICO, SE TOMARON RADIOGRAFIAS Y SE CITO A CONTROL AMBULATORIO
RADIOGRAFIAS:
----LECTURA OFICIAL----
RX DE TORAX SIN EVIDENCAI DE FARCTUARS COSATLES NI PRESENCIA DE HEMO NI NEUTORX NO CONSOLIDACIONES NO DERRAMES

PACIENTE EL DIA DE HOY REFIERE MEJORIA DE DOLOR EN TORAX

-**SE PROCEDE HA ATENDER EL PACIENTE PREVIO A LAVADO DE MANO SIGUIENDO ADECUADAMENTE EL PROTOCOLO DE ATENCION POR RIESGO DE COVID -19, UTILIZANDO
PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS PREVIAMENTE, EN BUENAS CONDICIONES

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares

NIEGA

Patológicos	Alérgicos
NIEGA	NIEGA,
Inmunologicos	**Quirúrgicos**
NIEGA	REDUCCION MAMA POMEROY HISTERECTOMIA
Farmacológicos	**Traumáticos**
NIEGA	NIEGA
Hábitos Factores de Riesgos	**Hospitalarios**
NIEGA	NIEGA

REVISIÓN POR SISTEMAS

General	Linfaticos
INGRESA POR SUIS PROPIOS MEDIOS	NO REFIERE
Respiratorio	**CardioPulmonar x Sistema**
REFIERE LEVE DOLOR EN TORAX POSTERIOR	NIO REFIERE
Bilodigestivo	**Locomotor**
NO REFIERE	NO REFIERE

Neurosensorial

NOR EFIERE

EXAMEN FÍSICO Y DEPORTES

Apariencia	Cabeza
TRANQUILA SIN DISNEA	SIN ALTEARCIONES
ORL	**Cuello**
SIN ALTERACIONES	SIN ALTERACIONES
Torax y mamas	**Corazón**
DOLOR A LA PALACONO E TORAX POSTEIROR	SIN ALTERACIONES
Pulmones	**Abdomen**
SIN ALTERACIONES	SIN ALTERACIONES
Genitourinario	**S.N.C.**
SIN ALTERACIONES	SIN ALTERACIONES
Extremidades	**Piel Y Faneros**
SIN ALTERACION	SIN LESIONS

DIAGNOSTICO Y SIGNOS VITALES

Signos vitales

T/A	F/C	F/R	T	P	Talla	IMC
						25,56

HTA: Presión Óptima

Clasificación: Sobrepeso **Riesgo: Incrementado**

Diagnóstico CIE10

Dx Principal:	(7329) OTROS TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE LA PARED POSTERIOR DEL TORAX	**Tipo Diagnostico:**	Impresión Diagnostica
Dx Relacionado 1:	Sin seleccionar Diagnostico	**Finalidad Consulta:**	Sin selección
Dx Relacionado 2:	Sin seleccionar Diagnostico	**Causa Consulta:**	Sin selección

PLAN DE TRATAMIENTO Y MANEJO

Plan de Manejo

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS PREVIAMENTE, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MEJORIA CLINICA, PERO PERSISTENCIA DE TORAX POR LO CUAL SE CONSIDERA -
SE CONSIDERA PRORROGA DE INCAPACIDAD PARA REPOSO, DECIDO FORMULAR ANALGESIA Y RELAJANTE MUSCULAR.
SALIDA POR MEDICINA GENERAL
RECOMENDACIONES
- COLOCAR PAÑOS TIBIOS CON CALENDULA Y SULFATO DE MAGNESIA 3 O 4 VECES AL DIA
- MANTENER EXTREMIDAD LESIONADA EN ALTO Y REPOSO -
SIGNOS DE ALARMA (FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR DE CABEZA, DOLOR EN SITIOS DE TRAUMA QUE NO CEDAN CON MEDICAMENTOS, MAREO, DESMAYO)
SE LE EXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER, COMPRENDER Y ACEPTAR.

YULIETH YHOJANA MEJIA CIFUENTES - 67024989

MEDICINA GENERAL

Se Firma Electrónicamente

CLÍNICA COLOMBIA ES
Salud para todos

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE:	CHACON RESTREPO EMILCE ELICEA		
EDAD:	47 Años	**ID:**	66992737
ESTUDIO:	RM COLUMNA TORACICA SIMPLE		
FECHA:	22-06-2022 15:17	**ENTIDAD:**	SOAT

RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE del 22-06-2022:

TÉCNICA:
Con equipo de 1.5 T se realizaron secuencias T1, T2 y STIR en la columna dorsal.

HALLAZGOS
La morfología y la intensidad de la señal de los cuerpos vertebrales y de los discos intervertebrales son normales. No hay defectos de alineamiento vertebral.

La amplitud del canal medular central, de los recesos laterales y de los forámenes neurales es normal.

La médula espinal y los espacios peridural y subdural se encuentran libres de lesiones.

Los tejidos blandos paravertebrales no presentan alteraciones.

OPINIÓN

El presente estudio se encuentra dentro de límites normales.

DR. JORGE ENRIQUE FUENTES Z.
MEDICO RADIOLOGO
RM. 2455/96

CLÍNICA COLOMBIA ES
Salud para todos

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: CHACON RESTREPO EMILCE ELICEA
EDAD: 47 Años **ID:** 66992737
ESTUDIO: RM COLUMNA TORACICA SIMPLE
FECHA: 22-06-2022 15:17 **ENTIDAD:** SOAT

JORGE ENRIQUE FUENTES
MEDICO RADIOLOGO
RM. 2455/96

Transcribe: TRAN23

UNIDAD MEDICO QUIRÚRGICA SANTA CLARA

INFORME DE RADIOLOGÍA	
Fecha de Adquisición	2021-08-30 12:08
Nombres y Apellidos	CHACON RESTREPO, EMILCE ELISEA
Identificación	66992737
Edad	46
Estudio	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA AP Y LATERAL

INFORME DIAGNÓSTICO

HALLAZGOS:
Estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.
La altura de los cuerpos vertebrales y espacios intervertebrales está conservada.
Canal medular de anormales. amplitud normal.
No hay ni calcificaciones evidencia de fracturas ni luxaciones.
No se observan masas paravertebrales

Cordialmente,

Romel Flor

Dr(a). Romel Flor
Médico Radiólogo
RM 94415423

UNIDAD MEDICO QUIRÚRGICA SANTA CLARA	INFORME DE RADIOLOGÍA	
	Fecha de Adquisición	2021-08-30 12:08
	Nombres y Apellidos	CHACON RESTREPO, EMILCE ELISEA
	Identificación	66992737
	Edad	46
	Estudio	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA AP Y LATERAL

INFORME DIAGNÓSTICO

HALLAZGOS:
Estructuras óseas visualizadas de densidad y patrón trabecular normal.
La altura de los cuerpos vertebrales y espacios intervertebrales está conservada.
Canal medular de anormales. amplitud normal.
No hay ni calcificaciones evidencia de fracturas ni luxaciones.
No se observan masas paravertebrales

Cordialmente,

Romel Flor

Dr(a). Romel Flor
Médico Radiólogo
RM 94415423

Gmail

Mauricio Chirinos <mauriciochirinosabogado@gmail.com>

Transacción aprobada en Centro de Diagnóstico Automotor del Valle - Sitio web [WSD00200927]

PlacetoPay <no-reply@placetopay.com>
Para: mauriciochirinosabogado@gmail.com

27 de enero de 2024, 10:40

Hola **Mauricio Armando Chirinos**

La transacción en **Centro de Diagnóstico Automotor del Valle - Sitio web** por un valor de $94.000,00 ha sido APROBADA

Fecha	2024-01-27 10:39:37 GMT-05:00
Referencia	WSD00200927
Valor	$94.000,00
Descripción	SOL6843
Medio de pago	Cuentas débito ahorro y corriente (PSE)
Autorización	419474843
Recibo	1608013217

Si tienes alguna pregunta sobre tu compra, como el envío o la emisión del comprobante, te recomendamos contactarte con un asesor del comercio.

Este correo electrónico se envió desde una dirección de solo notificación que no puede aceptar correos electrónicos entrantes. Por favor, no responda a este mensaje. Si tiene alguna pregunta o inquietud, contáctenos en servicioposventa@placetopay.com

ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARÍA DE MOVILIDAD

CDAV
MOVILIDAD SEGURA Y SOSTENIBLE

Certificado de Tradición

SECRETARIA DE MOVILIDAD
MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

Santiago de Cali, 27 de Enero de 2024

CERTIFICA QUE

El vehículo de placas **WMV428** tiene las siguientes características:

Clase:	BUS ALIMENTADOR	Serie:	9GCN1R757FB021290
Marca:	CHEVROLET	Chasis	9GCN1R757FB021290
Carrocería:	CERRADA	Cilindraje:	5200 Nro. Ejes:
Línea:	NQR	Pasajeros:	17 Toneladas:,00
Color:	VERDE	Servicio:	PUBLICO
Modelo:	2015	Afiliado a:	Grupo Integrado De Transporte
Motor:	FB021290CM	F. Ingreso:	05/08/2015
Estado vehículo:	Activo	Manifiesto:	032014001251082
Aduana:	BOGOTA (DISTRITO CAPITAL)	Fecha:	15/08/2014
Forma de ingreso:	MATRICULA INICIAL		

Certificado de movilización No tiene

Estado de Vigencias del vehiculo **WMV428**

Año	Nro. Trámite	Estado	Fecha pago
2015	24427068	Pagado	12/08/2015 14:49:16
2016	27886098	Pagado	04/08/2017 13:08:38
2017	27886098	Pagado	04/08/2017 13:08:38

PIGNORACIONES
10/09/2021 a favor de: BANCOLOMBIA SA Tipo de Alerta: PRENDA

VEHICULO NO TIENE FIDEICOMISOS REGISTRADAS.

NO TIENE PENDIENTES JUDICIALES REGISTRADOS

PROPIETARIO ACTUAL
GRUPO INTEGRADO DE TRANSPORTE MASIVO SA 0

CAMBIO MOTOR

Fecha	Anterior, nuevo
18/02/2020	4HK1-256965, 4HK1-757510
16/02/2023	4HK1-757510, FB021290CM

LA INFORMACION ES LA QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA EN LA BASE DE DATOS DEL PROGRAMA SERVICIOS DE TRANSITO AL MOMENTO DE LA FECHA Y HORA DE EXPEDICION

USUARIO APRUEBA
Funcionario STTM

Centro de Pagos Electronicos PSE

Superintendencia de Notariado y Registro

RESULTADO

Información transacción **35804775**

Token
68A12AAE273F1E8ACDF7984B52D9CFE5
NIT razón social
899999007
Razón social
Superintendencia de Notariado y Registro
Fecha transacción
2024-01-27 10:22:24.0
Referencia
90268039
Descripción / Concepto
Transaccion para generacion de certificado...
Tipo documento
CC
Numero documento
1130612596
Nombres / Razón social
Mauricio Armando Chirinos Martinez
Correo
mauriciochirinosabogado@gmail.com

Informacion del pago

Fecha procesamiento
27-01-2024
Banco
BANCOLOMBIA
Valor
20,900.00
IVA
0.00
CUS (Código unico seguimiento) PSE
419444123
Estado
Aprobada

Retorno al Comercio | Imprimir

Todos los derechos reservados © Sitio administrado por: Realtech LTDA 2021

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127577888357582 **Nro Matrícula: 370-516898**

Pagina 1 TURNO: 2024-30948

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:25:07 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

CIRCULO REGISTRAL: 370 - CALI DEPTO: VALLE MUNICIPIO: CALI VEREDA: CALI

FECHA APERTURA: 07-09-1995 RADICACIÓN: 1995-61591 CON: ESCRITURA DE: 11-08-1995

CODIGO CATASTRAL: **760010100210301330015000000015**COD CATASTRAL ANT: 760010121030133001500000015

NUPRE:

ESTADO DEL FOLIO: **ACTIVO**

= = = =

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI
CERTIFICADO DE TRADICION
MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127577888357582 **Nro Matrícula: 370-516898**

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:25:07 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

DETERMINACION DEL INMUEBLE:
DESTINACION ECONOMICA:

MATRICULA ABIERTA CON BASE EN LA(s) SIGUIENTE(s) (En caso de integración y otros)
370 - 493235

ANOTACION: Nro 001 Fecha: 10-02-1986 Radicación:

Doc: OFICIO 657 del 24-06-1985 JUZG. 7 C.CTO. de CALI VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: : 410 DEMANDA EN PORCESO DE SERVIDUMBRE CONDUCCION DE ENERGIA ELECTRICA.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: INSTITUTO COLOMBIANO DE ENERGIA ELECTRICA "ICEL"

A: CRUZ TOMAS GUILLERMO

ANOTACION: Nro 002 Fecha: 10-05-1988 Radicación:

Doc: SENTENCIA 9999999999 del 21-08-1987 JUZG. 7 C.CTO. de CALI VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: : 326 SERVIDUMBRE LEGAL DE CONDUCCION DE ENERGIA ELECTRICA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: CRUZ TOMAS GUILLERMO

A: INSTITUTO COLOMBIANO DE ENERGIA ELECTRICA "ICEL"

ANOTACION: Nro 003 Fecha: 25-01-1995 Radicación:

Doc: ESCRITURA 9171 del 21-12-1994 NOTARIA 3. de CALI VALOR ACTO: $0

ESPECIFICACION: : 210 HIPOTECA ABIERTA SIN LIMITE DE CUANTIA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: HOLGUINES S.A X

A: CORPORACION COLOMBIANA DE AHORRO Y VIVIENDA "DAVIVIENDA".

ANOTACION: Nro 004 Fecha: 11-08-1995 Radicación: 1995-61591

Doc: ESCRITURA 1328 del 02-05-1995 NOTARIA 14 de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: : 915 OTROS RELOTEO URBANIZACION CALIMIO DESEPAZ II ETAPA .

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: HOLGUINES S.A. **X**

ANOTACION: Nro 005 Fecha: 11-08-1995 Radicación: 1995-61593

Doc: ESCRITURA 2367 del 03-08-1995 NOTARIA 14 de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: : 915 OTROS ACLARACION ESCR.1328 DEL 02-05-95 NOT.14 DE CALI,EN EL SENTIDO DE MANIFESTAR QUE LA CESION PARA VIAS Y ZONAS VERDES SE EFECTUO POR ESCRITURA 2864 Y NO POR LA ESC.#1684 COMO SE MENCIONO POR ERROR EN LA CLAUSULA 4A. DE

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127577888357582 **Nro Matrícula: 370-516898**

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:25:07 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

LA CITADA ESC.#1328.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: HOLGUINES S.A. **X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 006 Fecha: 15-11-1995 Radicación: 1995-89605

Doc: ESCRITURA 6.965 del 27-10-1995 NOTARIA 3 de CALI VALOR ACTO: $5,100,000

ESPECIFICACION: : 101 COMPRAVENTA VIVIENDA DE INTERES SOCIAL CON SUBSIDIO FAMILIAR

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: HOLGUINES S.A. HOLGUINES S.A.

A: MU\OZ FREDY JOSE **CC# 16621453** **X**

A: VELASCO LEYDA MERCEDES **CC# 38437631** **X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 007 Fecha: 15-11-1995 Radicación: 1995-89605

Doc: ESCRITURA 6.965 del 27-10-1995 NOTARIA 3 de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: : 915 OTROS SERVIDUMBRE RECIPROCA Y CONTINUA E INAPARENTE DE DESAGUE DE ALCANTARILLADO SOBRE EL LOTE#17 DE LA MANZANA A-7.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: MU\OZ FREDY JOSE **CC# 16621453** **X**

A: VELASCO LEYDA MERCEDES **CC# 38437631** **X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 008 Fecha: 15-11-1995 Radicación: 1995-89605

Doc: ESCRITURA 6.965 del 27-10-1995 NOTARIA 3 de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: : 370 PATRIMONIO DE FAMILIA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: MU\OZ FREDY JOSE CC# 16621453 X

DE: VELASCO LEYDA MERCEDES CC# 38437631 X

A: FAVOR DE LOS HIJOS QUE LLEGAREN A TENER

A: MU\OZ FREDY JOSE **CC# 16621453**

A: VELASCO LEYDA MERCEDES **CC# 38437631**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 009 Fecha: 15-11-1995 Radicación: 1995-89605

Doc: ESCRITURA 6.965 del 27-10-1995 NOTARIA 3 de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: : 210 HIPOTECA ABIERTA SIN LIMITE DE CUANTIA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: MU\OZ FREDY JOSE CC# 16621453 X

DE: VELASCO LEYDA MERCEDES CC# 38437631 X

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI
CERTIFICADO DE TRADICION
MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127577888357582 **Nro Matrícula: 370-516898**

Pagina 4 TURNO: 2024-30948

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:25:07 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

A: CORPORACION COLOMBIANA DE AHORRO Y VIVIENDA DAVIVIENDA

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 010 Fecha: 24-02-1998 Radicación: 1998-15003

Doc: OFICIO 303 del 14-03-1988 JDO.7 C. DEL CTO. DE de CALI VALOR ACTO: $

Se cancela anotación No: 1

ESPECIFICACION: : 800 CANCELACION DEMANDA SOBRE CUERPO CIERTO OFICIO 657 DEL 24-06-85

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: INSTITUTO COLOMBIANO DE ENERGIA ELECTRICA (ICEL)

A: CRUZ TOMAS GUILLERMO

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 011 Fecha: 13-10-2004 Radicación: 2004-83909

Doc: CERTIFICADO 085 del 20-09-2004 NOTARIA 19 de CALI VALOR ACTO: $

Se cancela anotación No: 8

ESPECIFICACION: CANCELACION CONSTITUCION PATRIMONIO DE FAMILIA: 0718 CANCELACION CONSTITUCION PATRIMONIO DE FAMILIA ESCR.#6965. (SEG.ESCR.#1294 20-09-2004 NOTARIA DIECINUEVE CALI) BTA.FISCAL #10223614.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: MU\OZ FREDDY JOSE **X C.C.16.621.453**

A: VELASCO LEIDA MERCEDES **X C.C.38.437.631**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 012 Fecha: 13-10-2004 Radicación: 2004-83911

Doc: ESCRITURA 1294 del 20-09-2004 NOTARIA 19 de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: ACLARACION: 0901 ACLARACION ESCR.#6965 ANOTACIONES 6,7,8 Y 9, EN CUANTO AL NOMBRE CORRECTO DE LA SRA.VELASCO, SIENDO "LEIDA MERCEDES VELASCO" DE ACUERDO A LA CEDULA DE CIUDADANIA, COPIA DE LA CUAL SE PROTOCOLIZA CON ESTE INSTRUMENTO. BTA.FISCAL #10223614.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

A: VELASCO LEIDA MERCEDES **X C.C. 38.437.631**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 013 Fecha: 13-10-2004 Radicación: 2004-83911

Doc: ESCRITURA 1294 del 20-09-2004 NOTARIA 19 de CALI VALOR ACTO: $5,000,000

ESPECIFICACION: COMPRAVENTA: 0125 COMPRAVENTA .PRIMERA COLUMNA-

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: MU\OZ FREDDY JOSE C.C. 16.621.453

DE: VELASCO LEIDA MERCEDES C.C. 38.437.631

A: PESCADOR DIAZ ROSALBA **CC# 38861790 X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 014 Fecha: 31-05-2010 Radicación: 2010-42400

Doc: CERTIFICADO SN del 21-05-2010 SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA de CALI VALOR ACTO: $

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127577888357582 **Nro Matrícula: 370-516898**

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:25:07 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

ESPECIFICACION: VALORIZACION: 0212 VALORIZACION . GRAVAMEN AFECTACION DE INENAJENABILIDAD, CONTRIBUCION CAUSADA POR EL PLAN DE OBRAS 556- 21 MEGAOBRAS, LIQUIDADO POR RESOLUCION 0169 DE 2009, CORREGIDA POR RESOLUCION 0191 DE 2009. OFICIO REMISORIO: 4151 DEL 21-05-2010.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI - SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA Y VALORIZACION

ANOTACION: Nro 015 Fecha: 30-04-2018 Radicación: 2018-41241

Doc: CERTIFICADO 9200353499 del 09-09-2015 ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI de CALI VALOR ACTO: $

Se cancela anotación No: 14

ESPECIFICACION: CANCELACION PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA: 0842 CANCELACION PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA - CONTRIBUCION CAUSADA POR BENEFICIO GENERAL PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN DE OBRAS DENOMINADO "21 MEGAOBRAS", AUTORIZADO POR ACUERDO 0241 DE 2008, MODIFICADO POR ACUERDO261 DE 2009.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CAL I

ANOTACION: Nro 016 Fecha: 30-04-2018 Radicación: 2018-41242

Doc: ESCRITURA 1655 del 15-10-2015 NOTARIA DIECINUEVE de CALI VALOR ACTO: $12,500,000

ESPECIFICACION: COMPRAVENTA: 0125 COMPRAVENTA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: PESCADOR DIAZ ROSALBA	CC# 38861790	
A: GAMBOA DELGADO WILSON	**CC# 16535314**	**X**
A: OROZCO LLANOS ANA MILEY	**CC# 31569105**	**X**

NRO TOTAL DE ANOTACIONES: *16*

SALVEDADES: (Información Anterior o Corregida)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 1 Radicación: C2010-6054 Fecha: 24-11-2010

SE ACTUALIZA FICHA CATASTRAL CON LA SUMINISTRADA POR EL CATASTRO MUNICIPAL DE CALI, RES. NO. 8589 DE 27-11-2008 PROFERIDA POR LA S.N.R (CONVENIO IGAC-CATASTROS DESCENTRALIZADOS-SNR DE 23-09-2008)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 2 Radicación: C2013-7372 Fecha: 04-12-2013

SE INCORPORA NUEVA FICHA CATASTRAL DE 30 DIGITOS, SUMINISTRADA POR LA SUB-SECRETARIA DE CATASTRO DISTRITAL DE CALI, SEGUN RES. NO. 8589 DE 27-11-2008 PROFERIDA POR LA S.N.R (CONVENIO CATASTROS-IGAC-SNR DE 23-09-2008)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 3 Radicación: Fecha: 14-08-2021

SE ACTUALIZA NOMENCLATURA Y/O FICHA CATASTRAL, CON LOS SUMINISTRADOS POR CATASTRO MUNICIPAL CALI, RES. 5933-31/12/20 PROFERIDA POR ESA ENTIDAD, RES. NO. 09089 DE 29/10/2020 EXPEDIDA POR LA S.N.R.

* * *

* * *

* * *

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127577888357582 **Nro Matrícula: 370-516898**

Pagina 6 TURNO: 2024-30948

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:25:07 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

* * *

= = = =

Centro de Pagos Electronicos PSE

Superintendencia de Notariado y Registro

RESULTADO

Información transacción **35804971**

Token
C9C8F64B03CFD023E78DF066994CDFFE
NIT razón social
899999007
Razón social
Superintendencia de Notariado y Registro
Fecha transacción
2024-01-27 10:31:13.0
Referencia
90268461
Descripción / Concepto
Transaccion para generacion de certificado...
Tipo documento
CC
Numero documento
1130612596
Nombres / Razón social
Mauricio Armando Chirinos Martinez
Correo
mauriciochirinosabogado@gmail.com

Informacion del pago

Fecha procesamiento
27-01-2024
Banco
BANCOLOMBIA
Valor
20,900.00
IVA
0.00
CUS (Código unico seguimiento) PSE
419460002
Estado
Aprobada

Retorno al Comercio | Imprimir

Todos los derechos reservados © Sitio administrado por: Realtech LTDA 2021

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127985788357928 **Nro Matrícula: 370-142229**

Pagina 1 TURNO: 2024-30953

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:33:16 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

CIRCULO REGISTRAL: 370 - CALI DEPTO: VALLE MUNICIPIO: CALI VEREDA: CALI

FECHA APERTURA: 26-11-1982 RADICACIÓN: 1982-30668 CON: CERTIFICADO DE: 24-11-1982

CODIGO CATASTRAL: **760010100020800150008000000008**COD CATASTRAL ANT: 760010102080015000800000008

NUPRE:

ESTADO DEL FOLIO: **ACTIVO**

= = = =

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127985788357928 **Nro Matrícula: 370-142229**

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:33:16 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

A: VERGARA VDA. DE SINISTERRA ELVIRA **X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 003 Fecha: 16-03-1973 Radicación:

Doc: ESCRITURA 772 del 23-02-1973 NOTARIA 2 de CALI VALOR ACTO: $510,000

ESPECIFICACION: : 101 VENTA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: VERGARA DE SINISTERRA ELVIRA

A: SINISTERRA VERGARA BEATRIZ **X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 004 Fecha: 30-11-1992 Radicación: 79684

Doc: ESCRITURA 5291 del 24-11-1992 NOTARIA 12 de CALI VALOR ACTO: $33,500,000

ESPECIFICACION: : 101 VENTA

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: SINISTERRA DE MOLINA BEATRIZ

A: INVERSIONES GRAJALES RESTREPO LTDA. **X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 005 Fecha: 26-09-1996 Radicación: 1996-74122

Doc: ESCRITURA 72 del 12-01-1996 NOTARIA 12 de CALI VALOR ACTO: $450,000,000

ESPECIFICACION: : 101 COMPRAVENTA (B.F.#1098412/26-09-96)

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: INVERSIONES GRAJALES RESTREPO LTDA. **NIT# 8919043459**

A: MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. **NIT# 8917000379 X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 006 Fecha: 29-01-2010 Radicación: 2010-6314

Doc: RESOLUCION 0169 del 04-09-2009 MUNICIPIO DE CALI - SECRETARIA DE de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: VALORIZACION: 0212 VALORIZACION - CONTRIBUCION CAUSADA POR BENEFICIO GENERAL PARA LA CONSTRUCCION DEL PLAN DE OBRAS DENOMINADO "21 MEGAOBRAS", AUTORIZADO POR ACUERDO 0241 DE 2008, MODIFICADO POR ACUERDO 061 DE 2009.

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA Y VALORIZACION.

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

ANOTACION: Nro 007 Fecha: 02-05-2012 Radicación: 2012-36786

Doc: OFICIO SN del 30-04-2012 MINISTERIO DE TRANSPORTE de BOGOTA VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: EMBARGO POR JURISDICCION COACTIVA: 0444 EMBARGO POR JURISDICCION COACTIVA RAD MT #2012131086211

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: MINISTERIO DEL TRANSPORTE - REPUBLICA DE COLOMBIA

A: MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. **NIT# 8917000379 X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127985788357928 **Nro Matrícula: 370-142229**

Pagina 3 TURNO: 2024-30953

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:33:16 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

ANOTACION: Nro 008 Fecha: 22-07-2020 Radicación: 2020-31515

Doc: OFICIO 0095 del 04-02-2020 JUZGADO 004 CIVIL DE CIRCUITO DE de SINCELEJO VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: DEMANDA EN PROCESO VERBAL: 0492 DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL RAD. 2019-00140-00

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: AGUAS AGUAS KATERINE	CC# 64931487
DE: AGUAS AGUAS SAGRARIO DEL SOCORRO	CC# 64922512
DE: CARRASCAL MARTINEZ ANDREA CAROLINA	CC# 1047510035
DE: CARRASCAL MARTINEZ EVER JOSE	CC# 92521048
DE: CARRASCAL MARTINEZ MARTIN ELIAS	CC# 1102877486
DE: JARABA AGUAS JOSE ANTONIO	CC# 1102581214
DE: MARTINEZ BUELVAS JORGE LUIS	CC# 9193052
DE: SALAS PINEDA ISMAN	CC# 3873057
DE: VANEGAS AGUAS DAYANA CAROLINA	CC# 1102585919
A: MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	**NIT# 8917000379**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

ANOTACION: Nro 009 Fecha: 08-09-2020 Radicación: 2020-43604

Doc: OFICIO 534 del 06-03-2020 JUZGADO 013 CIVIL DE CIRCUITO DE de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590): 0490 DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590)

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: GIRALDO MOGOLLON DAVID FELIPE	CC# 1006008141
DE: GIRLADO MORENO ALEXANDER	CC# 6225976
DE: MOGOLLON CRUZ DULFARI	CC# 66876513
A: CHAVEZ CEBALLOS CLAUDIA XIMENA	**CC# 1130614037**
A: GUARNIZO SANCHEZ YENNY PAOLA	**CC# 1053790825**
A: MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.	**NIT# 8917000379 X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

ANOTACION: Nro 010 Fecha: 23-11-2020 Radicación: 2020-66714

Doc: OFICIO 641 del 09-10-2020 JUZGADO 006 CIVIL DE CIRCUITO DE de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590): 0490 DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590) RAD.76001310300620200094OO

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: RESTREPO MARTHA CECILIA Y OTROS

A: MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA	**X**

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI
CERTIFICADO DE TRADICION
MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127985788357928 **Nro Matrícula: 370-142229**

Pagina 4 TURNO: 2024-30953

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:33:16 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

ANOTACION: Nro 011 Fecha: 25-02-2021 Radicación: 2021-14932

Doc: OFICIO 243 del 16-12-2020 JUZGADO 003 CIVIL DE CIRCUITO DE de TULUA VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590): 0490 DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590) - RAD.2020013300-

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: DAZA GARCIA EDITH MAYERLY CC# 1006439260

DE: ESCOBAR DAZA CRISTIAN CAMILO

DE: ESCOBAR DAZA SARAY

A: MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. **NIT# 8917000379 X**

ANOTACION: Nro 012 Fecha: 15-12-2021 Radicación: 2021-104871

Doc: OFICIO 255 del 09-12-2021 JUZGADO 001 CIVIL DE CIRCUITO DE de CALI VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590): 0490 DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590) 2021-00115-00

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: PIANDA DE TARAPUEZ MARTHA CC# 31141604

DE: TARAPUEZ PIANDA HERNANDO ELIAS CC# 6292780

A: MAFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. NIT 891.700.037.9

ANOTACION: Nro 013 Fecha: 18-08-2022 Radicación: 2022-70244

Doc: OFICIO 524 del 29-06-2022 JUZGADO 001 CIVIL DE CIRCUITO DE de PUERTO TEJADA VALOR ACTO: $

ESPECIFICACION: DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590): 0490 DEMANDA EN PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL (CODIGO GENERAL DE PROCESOS ART. 590)

PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL ACTO (X-Titular de derecho real de dominio,I-Titular de dominio incompleto)

DE: MIGUEL ANGEL PAZ ROSERO Y OTROS

A: SEGUROS DEL ESTADO S.A **X**

NRO TOTAL DE ANOTACIONES: *13*

SALVEDADES: (Información Anterior o Corregida)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 1 Radicación: C2010-6054 Fecha: 24-11-2010

SE ACTUALIZA FICHA CATASTRAL CON LA SUMINISTRADA POR EL CATASTRO MUNICIPAL DE CALI, RES. NO. 8589 DE 27-11-2008 PROFERIDA POR LA S.N.R (CONVENIO IGAC-CATASTROS DESCENTRALIZADOS-SNR DE 23-09-2008)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 2 Radicación: C2013-7372 Fecha: 04-12-2013

SE INCORPORA NUEVA FICHA CATASTRAL DE 30 DIGITOS, SUMINISTRADA POR LA SUB-SECRETARIA DE CATASTRO DISTRITAL DE CALI, SEGUN

La validez de este documento podrá verificarse en la página certificados.supernotariado.gov.co

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública

OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI

CERTIFICADO DE TRADICION

MATRICULA INMOBILIARIA

Certificado generado con el Pin No: 240127985788357928 **Nro Matrícula: 370-142229**

Pagina 5 TURNO: 2024-30953

Impreso el 27 de Enero de 2024 a las 10:33:16 AM

"ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DEL INMUEBLE HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION"

No tiene validez sin la firma del registrador en la ultima página

RES. NO. 8589 DE 27-11-2008 PROFERIDA POR LA S.N.R (CONVENIO CATASTROS-IGAC-SNR DE 23-09-2008)

Anotación Nro: 0 Nro corrección: 3 Radicación: Fecha: 14-08-2021

SE ACTUALIZA NOMENCLATURA Y/O FICHA CATASTRAL, CON LOS SUMINISTRADOS POR CATASTRO MUNICIPAL CALI, RES. 5933-31/12/20 PROFERIDA POR ESA ENTIDAD, RES. NO. 09089 DE 29/10/2020 EXPEDIDA POR LA S.N.R.

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO LA GUARDA DE LA FE PUBLICA OFICINA DE REGISTRO DE INSTRUMENTOS PUBLICOS DE CALI ORIP

= = = =

Notaría 21
SANTIAGO DE CALI

HOLMES RAFAEL CARDONA MONTOYA
NIT: 16.589.986-3

ACTA DE DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO PARA FINES EXTRAPROCESALES

(DECRETO 1557 DEL 14 DE JULIO DE 1.989. ARTICULO 1)

N° 537 - 2024

ANTE EL DESPACHO DE LA NOTARIA ENCARGADA VEINTIUNO DE SANTIAGO DE CALI, CLAUDIA LORENA CARDONA ECHEVERRY, A LOS TREINTA Y UN (31) DÍAS DEL MES DE ENERO DE DOS MIL VEINTICUATRO (2024). ----------

COMPARECIO (ERON): EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO Y JOSE ORLANDO TORO LOPEZ ----------

IDENTIFICADO (S) CON: CEDULA(S) DE CIUDADANIA(S) NÚMERO(S) 66.992.737 Y 16.822.851 EXPEDIDA (S) EN CALI (VALLE) Y JAMUNDI (VALLE), RESPECTIVAMENTE ----------

DIRECCIÓN: CORREGIMIENTO LA BUITRERA KILOMETRO 7 CALLEJON PUEBLO NUEVO DON CHEPE CASA 13 APTO 102----------

ESTADO CIVIL: UNIÓN LIBRE ENTRE SÍ ----------

PROFESIÓN U OFICIO: HOGAR – TECNICO DE OPERACIÓN Y FONTANERÍA EN EL ACUEDUCTO, RESPECTIVAMENTE ----------

PARA PRESENTAR A: JUZGADO CIVIL DEL CIRCUITO (REPARTO) ----------

MANIFIESTO PRIMERO.- Que en mi entero y cabal juicio hago la siguiente declaración que se inserta en éste instrumento, la cual rindo bajo la gravedad del JURAMENTO y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea JURAR EN FALSO. SEGUNDO.- Que no tengo ninguna clase de impedimento para pronunciar esta declaración JURAMENTADA, la cual presento bajo mi única y entera RESPONSABILIDAD. Y teniendo en cuenta que de conformidad con el artículo 83 de la CONSTITUCIÓN NACIONAL. "Las actuaciones de las Autoridades Públicas que deben ceñirse a los postulados de la buena Fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante estas". TERCERO.- Que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad o impedimento alguno, conforme a los artículos 85 y 86 del Decreto 262 de 2000. **CUARTO: MANIFESTAMOS BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE DESDE EL 20 DE JUNIO DE 1994 CONVIVIMOS BAJO EL VÍNCULO DE UNIÓN LIBRE COMPARTIENDO DE FORMA CONTINUA E ININTERRUMPIDA TECHO, LECHO Y MESA HASTA LA FECHA. DE LA UNIÓN PROCREAMOS A NUESTRO HIJO BRANDON STEVEN TORO CHACON, ACTUALMENTE MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADO CON C.C. 1.112.494.251 JAMUNDI (VALLE). NO TENEMOS HIJOS ADOPTIVOS NI EN PROCESOS DE**

ADOPCIÓN. YO, EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO, TENGO UNA HIJA POR FUERA DE ESTA UNÓN CUYO NOMBRE ES BRENDA GUILAN SARRIA CHACON, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADA CON C.C. 1.144.062.670 DE CALI (VALLE), QUIEN DURANTE TODA SU VIDA HA CONVIVIDO CON NOSTROS BAJO EL MISMO TECHO CON SU HIJO IAN FELIPE SARRIA CHACON IDENTIFICADO CON T.I. 1.112.061.130. IGUALMENTE, YO, JOSE ORLANDO TORO LOPEZ, MANIFIESTO QUE SOY QUIEN SUFRAGA LOS GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MI COMPAÑERA PERMANENTE Y MI HIJO, BRANDON, QUE ACUTUALEMENTE SE ENCUENTRA DESEMPLEADO. ES TODO ----------

SE FIRMA EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI, CAPITAL DE DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, REPÚBLICA DE COLOMBIA, EN LA NOTARIA VEINTIUNA DEL CIRCULO DE SANTIAGO DE CALI, JUNTO CON EL NOTARIO QUE DA FE. EL NOTARIO INFORMA A LOS COMPARECIENTES QUE: LO DICHO EN ACTUACIONES ANTE LAS AUTORIDADES PÚBLICAS DEBEN CEÑIRSE A LOS POSTULADOS DE LA BUENA FE, LA CUAL SE PRESUMIRÁ EN TODAS LAS GESTIONES QUE AQUELLOS ADELANTAN Además le informa el contenido del - ARTÍCULO 442. (LEY 599 DE 2000)-CÓDIGO PENAL." MODIFICADO POR EL ARTICULO 8 DE LA LEY 890 DE 2004, El que en, actuación judicial o administrativo bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente falta a la verdad o calla total o parcialmente incurrirá en prisión de SEIS (6) a DOCE (12) años.

RESOLUCIÓN 00387 DEL 23 DE ENERO DE 2023 DERECHOS NOTARIALES $16.500, IVA $3.135 ----------

NOTA: MANIFIESTO (AMOS) QUE HE (HEMOS) LEÍDO LO QUE VOLUNTARIAMENTE HE (HEMOS) DECLARADO ANTE EL (LA) NOTARIO(A), LO HE (HEMOS) HECHO CUIDADOSAMENTE Y NO TENGO (TENEMOS) NINGÚN REPARO, NADA QUE ACLARAR, CORREGIR Y/O ENMENDAR. POR LO TANTO LO OTORGO (AMOS) CON MI (NUESTRA) FIRMA DADO QUE ES REAL A LO SOLICITADO A EL (LA) SEÑOR(A) NOTARIO(A). LEA BIEN SU DECLARACIÓN. UNA VEZ LEÍDA Y APROBADA, NO ACEPTAMOS RECLAMOS. CONFORME (X) ----------

DECLARANTE(S):

EMILCE ELISEA CHACON RESTREPO
C.C. 66.992.737

JOSE ORLANDO TORO LOPEZ
C.C. 16.822.851

República de Colombia
Departamento del Valle
Santiago de Cali
- Notaría Veintiuna

Claudia Lorena Cardona Echeverry
Notaría Encargada

CLAUDIA LORENA CARDONA ECHEVERRY
NOTARIA ENCARGADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.379.069

CHIRINOS MARTINEZ
APELLIDOS

MAURICIO ARMANDO
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1984

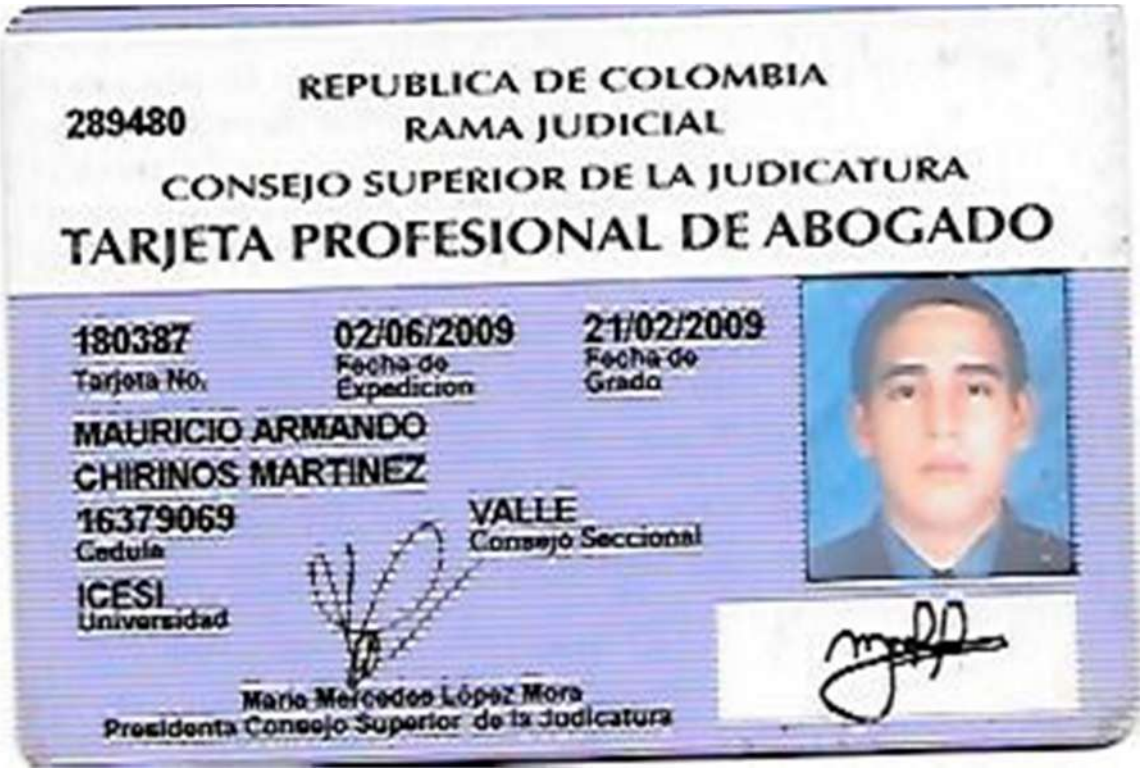
CARACAS
(VENEZUELA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.71 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

03-JUN-2003 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

P-3100100-05117211-M-0016379069-20030906 00398 00249A 02 151978046



289480

REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

180387
Tarjeta No.

02/06/2009
Fecha de Expedicion

21/02/2009
Fecha de Grado

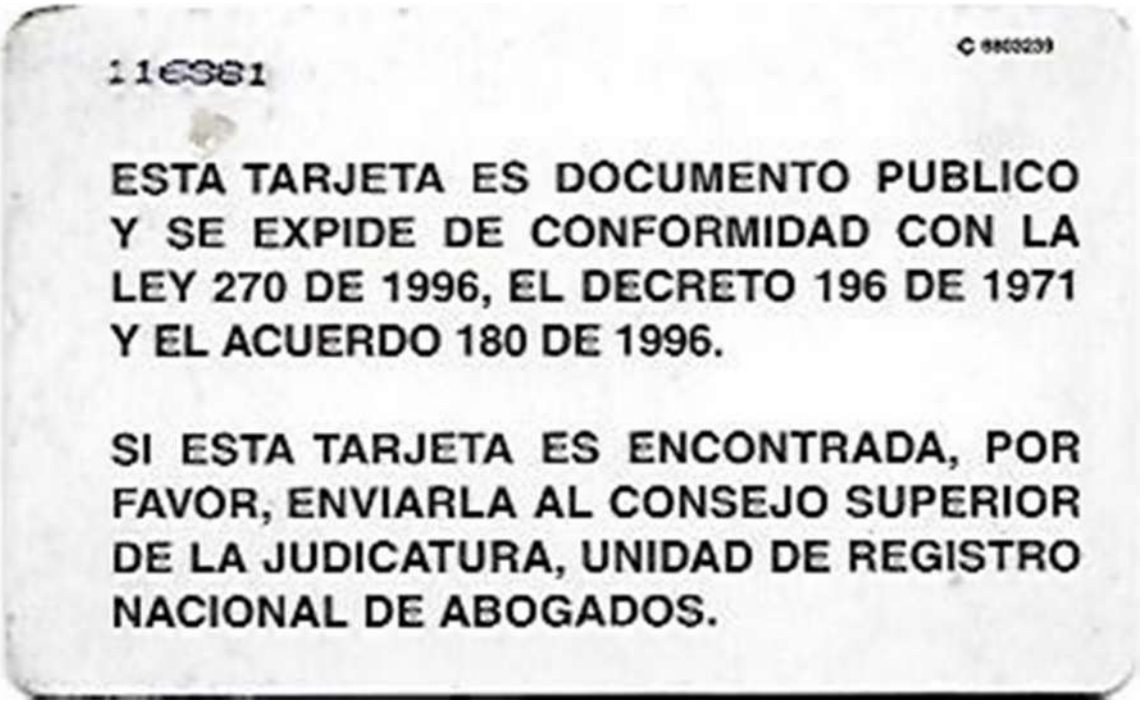
MAURICIO ARMANDO
CHIRINOS MARTINEZ

16379069
Cedula

VALLE
Consejo Seccional

ICESI
Universidad

Maria Mercedes López Mora
Presidenta Consejo Superior de la Judicatura



116381

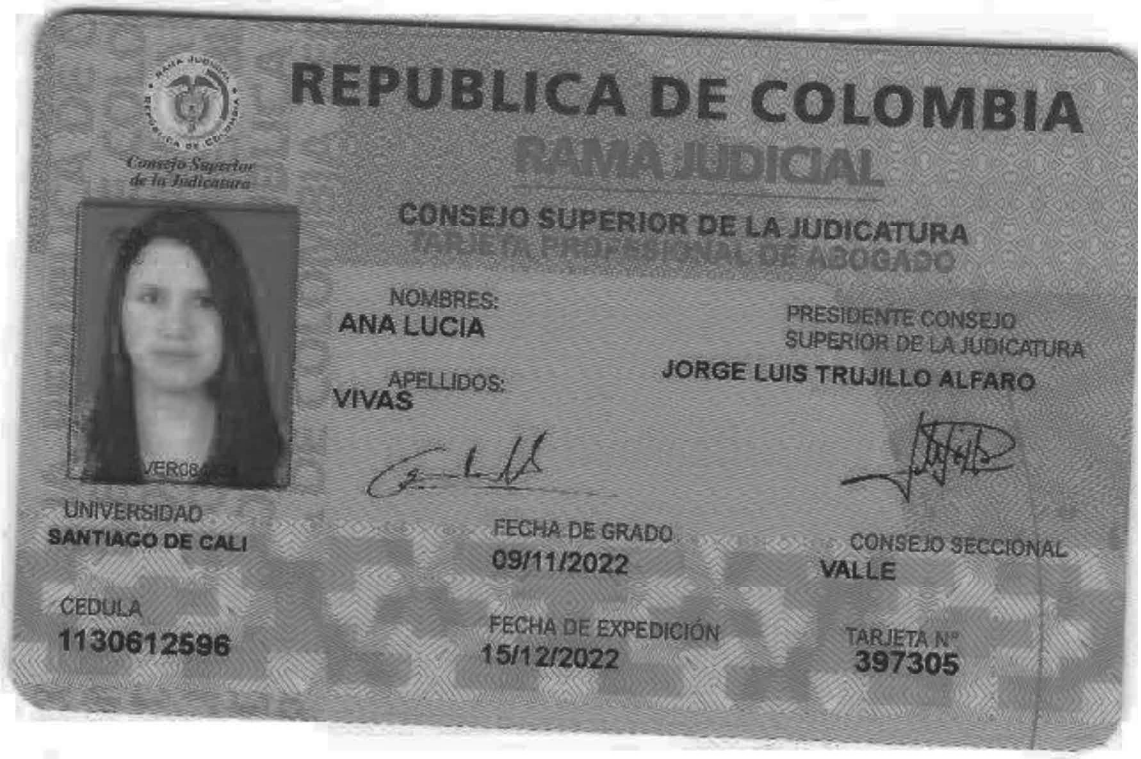
© 960209

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971 Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.130.612.596
NUMERO
VIVAS
APELLIDOS
ANA LUCIA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1987
NEW JERSEY
(ESTADOS UNIDOS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
25-MAY-2005 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
INDICE DERECHO
P-3100102-66139865-F-1130612596-20060419
00623 06109A 02 188248200



REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:
ANA LUCIA

APELLIDOS:
VIVAS

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
JORGE LUIS TRUJILLO ALFARO

UNIVERSIDAD
SANTIAGO DE CALI

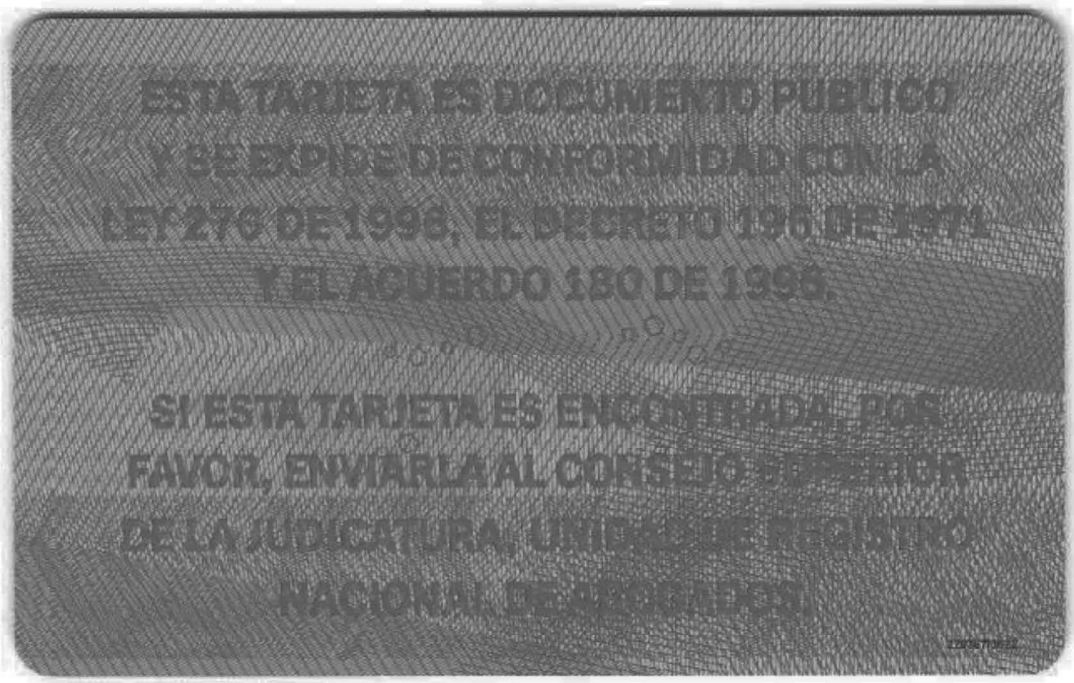
FECHA DE GRADO
09/11/2022

CONSEJO SECCIONAL
VALLE

CEDULA
1130612596

FECHA DE EXPEDICIÓN
15/12/2022

TARJETA N°
397305



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO
NACIONAL DE ABOGADOS