



Sede: VIVA 1A BELLO

**ATENCION CONSULTA EXTERNA (Medica) - Control # 1 de consulta del 15/11/2013 // Entidad: NUEVA EPS**

Profesional : NADIN ALBERTO CURE MORALES Registro: 08-1550-03 Fecha : 12/09/2016 13:53

Especialidad : MEDICINA GENERAL

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : NADIN ALBERTO CURE MORALES Registro: 08-1550-03 Fecha : 12/09/2016 13:53

\* Dx Ppal: **Z123 EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE LA MAMA**

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Otra**

**RESUMEN Y COMENTARIOS**

**EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE LA MAMA**

**CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)**

**Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS**

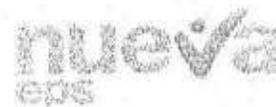
Especialidad: **OTRAS**

Remision: **XEROMAMOGRAFIA BILATERAL**

Enviado por Profesional : NADIN ALBERTO CURE MORALES Registro: 08-1550-03

Fecha : 12/09/2016 13:53

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

**NOTAS DE SEGUIMIENTO**

Observaciones: **SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA POR MEDIO DEL AGENDAMIENTO AL PROGRAMA DE CITOLOGIA, PACIENTE QUE TIENE CITA CON EL MEDICO , SE LE INFORMA AL PROFESIONAL SOBRE LA DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA DE PARA QUE HAGA LE DEBIDO INGRESO.**

Profesional : NATHALY PERZ RENDON Fecha : 25/05/2016 04:01 PM

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

Orofaringe: Normal  
Cuello: NO SOPLOS NI MASAS  
Dorso: Normal  
Mamas: Normal  
Cardíaco: NO SOPLOS NI S3  
Pulmonar: MV CONSERVADO EN ACP NO RUIDOS PATOLGOICOS  
Abdomen: BLANDO DEPREISBLE PERISTALSIS NORNLA NO DOLOR NI MASAS  
Genitales: Normal  
Extremidades: Normal  
Neurologico: Normal  
Otros: Normal

#### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Tabaquismo:	Si	Alcohol:	No	Obesidad:	No
Sedentarismo:	No	Estres:	Si	Consumo Excesivo de Sal:	No
Consumo de Grasa:	No	Sobrepeso:		Dislipidemia:	
Observaciones:	FUMA 10 CIGARRILOS AL DIA				

#### COMPROMISO DE ORGANO BLANCO

Corazon:

NO 02/03/2011  
NO 02/03/2011

Cerebro Vascular:

NO 02/03/2011  
NO 02/03/2011

Vascular Periferico:

NO 02/03/2011  
NO 02/03/2011

Renal:

ERC 3 02/03/2011  
ERC 3 02/03/2011  
ERC estadio 3 19/06/2013  
ERC estadio 3 19/06/2013  
ERC estadio 3 30/03/2015  
ERC estadio 3 10/08/2015  
ERC estadio 3 - 19/06/2013 25/11/2015  
ERC estadio 3 - 19/06/2013 24/02/2016  
ENFERMEDAD RENAL CRONICA 26/05/2016



Sede: VIVA 1A BELLO

ERC estadio 3 30/08/2016  
ERC estadio 3 30/11/2016  
ERC estadio III 15/03/2017  
ERC estadio III - 15/03/2017 15/09/2017  
ERC estadio III 24/11/2017  
DESCRITOS 26/02/2018  
DESCRITOS 11/09/2018  
DESCRITOS 12/12/2018  
DESCRITOS 22/03/2019  
DESCRITOS 09/10/2019

Vision:  
NO 02/03/2011  
NO 02/03/2011

#### DIAGNOSTICO

\* Dx Ppal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)  
\* Dx rel-1: E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA  
Tipo Diagnóstico: Confirmado nuevo  
Finalidad Consulta: Detección de alteraciones del adulto  
Causa Externa: Otra

#### RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: SE INGRESA AL CONTROL DE HTA CONTROL EN 3 MESES SE DA FORMULA POR 3 MESES CON CAPTOPRIL 50\*3 HCTZ\*1LOVASTATINA\*1  
SE DA ORDEN DE LAB DEL INGRESO  
SE REMITE A ENFERMERIA  
EDUCACION SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLES

//-----//  
-NOTA: Fecha : 22/06/2013, Hora: 12:00:21 PM - //-----//

Actualización de datos de la Historia Clínica de Programas Especiales

Datos actualizados:

Circunferencia Abdominal - 87,

Hemoglobina Glicosilada - 6.2,

Colesterol HDL - 40,

Colesterol LDL - 108.8,

Triglicéridos - 441,

Profesional: MANCO QUIROZ GABRIEL

Registro: 51381

Especialidad: MEDICINA GENERAL

//-----// - Fin actualización de datos - //-----//

La ampliación de datos clínicos en el presente registro se hace en ausencia del paciente y corresponde a información clínica del paciente al momento del ingreso al programa de patología precursoras de enfermedad renal V, los cuales fueron consignados incorrectamente u omitidos. Esta complementación y/o ampliación de información se hace con el objetivo de disponer de información de calidad confiable que permita realizar la evaluación de los resultados clínicos del programa en el cual el usuario está inscrito y por tanto del seguimiento de la cohorte de pacientes. Estos datos clínicos consignados en la presente ampliación son fiel copia de los laboratorios y registros clínicos originales y los cuales reposan en la IPS primaria del usuario para las verificaciones del caso.

//-----//  
-FIN NOTA: Fecha : 22/06/2013, Hora: 12:00:21 PM- //-----//

//-----//  
-NOTA: Fecha : 22/06/2013, Hora: 12:00:57 PM - //-----//



Sede: VIVA 1A BELLO

**EVALUACION DEL PACIENTE - PROGRAMA ESPECIAL**

Fecha	19/09/2014	30/12/2014	30/03/2015	10/08/2015	25/11/2015	24/02/2016	26/05/2016	30/08/2016
<b>Factores de Riesgo</b>								
Hora	14:02	12:17	14:04	12:35	11:37	10:31	15:33	13:53
Color de la piel	NINGUNO							
Licor Frec	NO CONSUME							
Consumo Drogas	No							
Consumo Sal	BAJO							
Consumo Grasa	BAJO							
Ejercicio	OCASIONAL							
Estress	BAJO							
<b>Exámen Físico</b>								
T.A (De Pie)	120/80	120/70	100/60	120/60	160/70	150/60	120/80	130/80
T.A (Sentado)	120/80	120/70	100/60	120/60	160/70	150/60	120/80	130/80
T.A (Acostado)	120/80	120/70	100/60	120/60	160/70	150/60	120/80	130/80
Peso	52	51	50	50	50.5	49.5	51	52
Talla	151 Cms							
IMC	22.81	22.37	21.93	21.93	22.15	21.71	22.37	22.81
Retinopatía	NEGATIVO							
Cir. Abdominal	78	75	75	78	80	80	80	80
Clasif. de Peso	Normal							
Glicometría	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Cuello</b>								
Ingur. Yug.	No							
Soplos	No							
Masas	No							
<b>Corazon</b>								
F.C	70	75	72	70	74	70	75	70
Soplos	NEGATIVO							
Taquicardia	No							
Galope por tercer ruido	No							
Choque de punta desplazado	No							
<b>Pulmonar</b>								
Pulmonar	Normal							
Derrame pleural	No							
Estertores finos basales	No							
<b>Abdomen</b>								
Hepatomegalia	NEGATIVO							
Masas	No							
Soplos	No							
<b>Extremidades</b>								
Edema	NEGATIVO							
Pulsos	NORMAL							
Llenado Capilar	Normal							
Neurologico	Normal							



Sede: VIVA 1A BELLO

Análisis	Nn							
<b>Laboratorio</b>								
Citoq. de Orina	Normal							
Colesterol Total		217	217			217		228
Fecha		16/12/2014	16/12/2014			03/12/2014		17/08/2016
Colesterol HDL		34	34			34		44
Fecha		16/12/2014	16/12/2014			03/12/2014		17/08/2016
Colesterol LDL		87.2	87.2			87.2		146.4
Fecha		16/12/2014	16/12/2014			03/12/2014		17/08/2016
Triglicéridos		479	479			479		188
Fecha		16/12/2014	16/12/2014			03/12/2014		17/08/2016
Hem. Glicosilada			6.9	7	7			5.8
Fecha			16/08/2013	03/12/2014	03/12/2014			17/08/2016
Glicemia			0			80	80	97
Fecha			30/11/1999			03/12/2014	03/12/2014	17/08/2016
Mic. Albuminuria	1	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	16.3
Fecha	06/08/2013	16/12/2014	16/12/2014	16/12/2014	03/12/2014	03/12/2014	03/12/2014	17/08/2016
Microalbuminuria mg/gr cre								
Fecha								
Urea								
Fecha								
Creatinina en Sangre	1.12	1.06	1.06	1.06	1.06	1.06	1.06	1.37
Fecha	16/08/2013	16/12/2014	16/12/2014	16/12/2014	03/12/2014	03/12/2014	03/12/2014	17/08/2016
Tasa Filtración Glomerular	39.46	40.9	40.09	39.54	39.54	38.75	40.33	31.37
Estado (Nefroprotección)	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Soporte Daño Renal</b>								
Riesgo Cardiovascular	20.00 %	20.00 %	20.00 %	20.00 %	20.00 %	20.00 %	20.00 %	20.00 %
(Test de Framingham)	ALTO							
Metas Cumplidas	3	4	6	5	3	3	3	5
Cumple Meta Terap	No							
<b>Clasificación</b>								
Etiología	ESENCIAL							
Grado	LEVE							
Comp. Org. Blanco	SIN COMPROMISO							
<b>Paraclínicos</b>								
Electrocardiograma								



Sede: VIVA 1A BELLO

**EVALUACION DEL PACIENTE - PROGRAMA ESPECIAL**

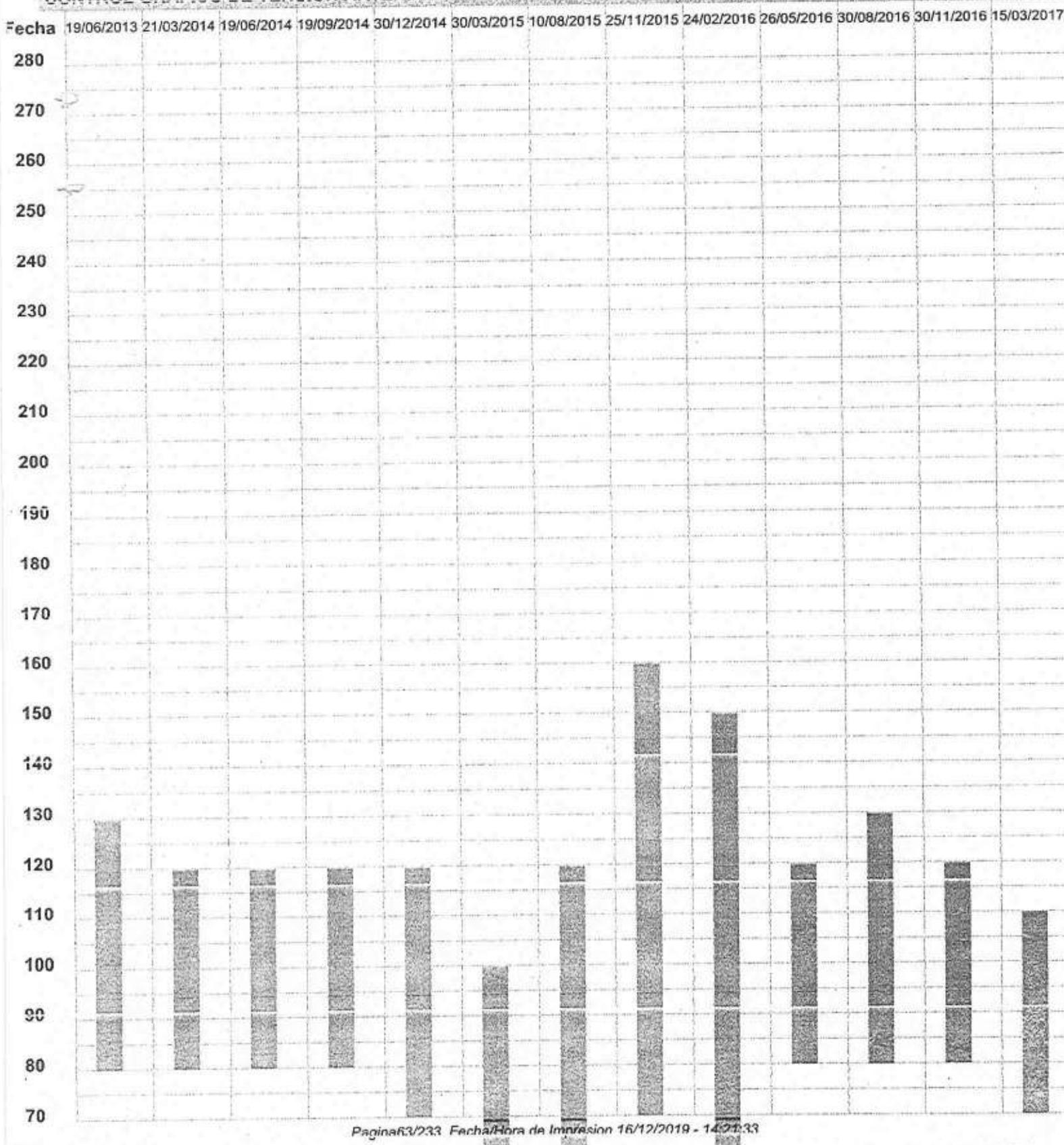
Fecha	30/11/2016	15/03/2017	15/09/2017	24/11/2017	26/02/2018	07/06/2018	11/09/2018	12/12/2018
<b>Factores de Riesgo</b>								
Hora	13:42	10:26	13:15	10:11	11:29	10:59	09:48	12:27
Catarrillo Frec	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	5 A 20 AL DIA	NINGUNO	5 A 20 AL DIA	NINGUNO
Licor Frec	NO CONSUME	NO CONSUME	NO CONSUME	NO CONSUME				
Consumo Drogas	No	No	No	No	No	No	No	No
Consumo Sal	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
Consumo Grasa	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
Ejercicio	OCASIONAL	OCASIONAL	OCASIONAL	OCASIONAL	OCASIONAL	OCASIONAL	OCASIONAL	OCASIONAL
Estress	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
<b>Exámen Físico</b>								
T.A (De Pie)	120/80	110/70	168/78	120/70	120/80	130/80	150/90	150/80
T.A (Sentado)	120/80	110/70	168/78	110/70	120/80	130/80	150/90	150/80
T.A (Acostado)	120/80	110/70	168/78	110/70	120/80	130/80	150/90	150/80
Peso	50	50	51	51	52.0	54.0	54.0	54.0
Talla	151 Cms	151 Cms	151 Cms	151 Cms				
IMC	21.93	21.93	22.37	22.37	22.81	23.68	23.68	23.68
Retinopatía	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
Cir.Abdominal	75	75	80	80	80	80	80	80
Clasif. de Peso	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Glucemetría	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Cuello</b>								
Ingur. Yug.	No	No	No	No	No	No	No	No
Soplos	No	No	No	No	No	No	No	No
Masas	No	No	No	No	No	No	No	No
<b>Corazon</b>								
F.C	70	68	72	68	76	80	82	74
Soplos	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
Taquicardia	No	No	No	No	No	No	No	No
Galope por tercer ruido	No	No	No	No	No	No	No	No
Choque de punta desplazado	No	No	No	No	No	No	No	No
<b>Pulmonar</b>								
Pulmonar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Derrame pleural	No	No	No	No	No	No	No	No
Estertores finos basales	No	No	No	No	No	No	No	No
<b>Abdomen</b>								
Hepatomegalia	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
Masas	No	No	No	No	No	No	No	No
Soplos	No	No	No	No	No	No	No	No
<b>Extremidades</b>								
Edema	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
Pulsos	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
Llenado Capilar	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Neurologico	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal



Sede: VIVA 1A BELLO

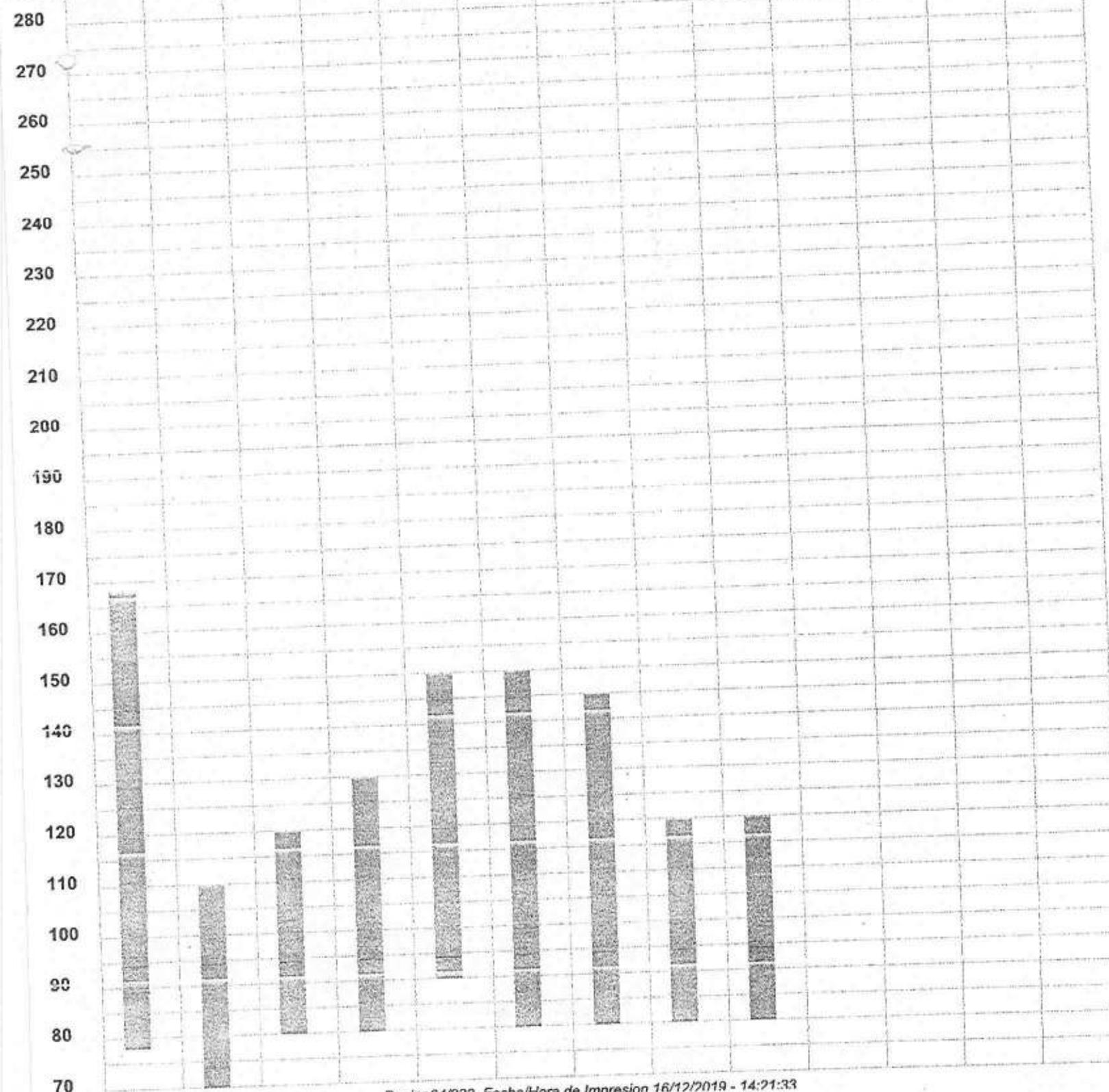
Anasarca	Nn							
<b>Laboratorio</b>								
Citoq. de Orina	Normal							
Colesterol Total	228	228	223	223	223	189	189	135
Fecha	17/08/2016	17/08/2016	06/09/2017	06/09/2017	06/09/2017	30/05/2018	30/05/2018	07/12/2018
Colesterol HDL	44	44	45	45	45	39	39	24
Fecha	17/08/2016	17/08/2016	06/09/2017	06/09/2017	06/09/2017	30/05/2018	30/05/2018	07/12/2018
Colesterol LDL	146.4	146.4	110.6	110.6	110.6	68	68	28.4
Fecha	17/08/2016	17/08/2016	06/09/2017	06/09/2017	06/09/2017	30/05/2018	30/05/2018	07/12/2018
Triglicéridos	188	188	337	337	337	410	410	413
Fecha	17/08/2016	17/08/2016	06/09/2017	06/09/2017	06/09/2017	30/05/2018	30/05/2018	07/12/2018
Hem. Glicosilada	5.8	5.8	5.8	5.8	5.8		5.8	6
Fecha	17/08/2016	17/08/2016	17/08/2016	17/08/2016	17/08/2016		17/08/2016	07/12/2018
Glicemia	97	97	106	106	106	106	106	86
Fecha	17/08/2016	17/08/2016	06/09/2017	06/09/2017	06/09/2017	30/05/2018	30/05/2018	07/12/2018
Mic. Albuminuria	16.3							
Fecha	17/08/2016							
Microalbuminuria mg/gr cre			21.15		21.15	6.3	6.3	3.56
Fecha			2017-09-06		2017-09-06	2018-05-30	2018-05-30	2018-12-07
Urea								
Fecha								
Creatinina en Sangre	1.37	1.37	1.0	1.0	1.0	1.05	1.05	1.12
Fecha	17/08/2016	17/08/2016	06/09/2017	06/09/2017	06/09/2017	30/05/2018	30/05/2018	07/12/2018
Tasa Filtración Glomerular	30.16	30.16	41.54	41.54	42.36	41.89	41.29	38.71
Estadio (Nefroproteccion)	3	3	3	3	3	3	3	3
Soporte Daño Renal								
Riesgo Cardiovascular	20.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00 %	0.00 %
(Test de Framighan)	ALTO	BAJO						
Metas Cumplidas	6	5	4	4	5	5	5	4
Cumple Meta Terap	No							
<b>Clasificacion</b>								
Etiologia	ESENCIAL							
Grado	LEVE							
Comp. Org. Blanco	SIN COMPROMISO							
<b>Paraclínicos</b>								
Electrocardiograma								

**CONTROL GRAFICO DE TENSION ARTERIAL**



### CONTROL GRAFICO DE TENSION ARTERIAL

Fecha 15/09/2017 24/11/2017 26/02/2018 07/06/2018 11/09/2018 12/12/2018 22/03/2019 04/07/2019 09/10/2019





Sede: VIVA 1A BELLO

**PROGRAMA DIABETES - Control # 22 // Entidad: NUEVA EPS**

Hipertensión	Clasificación del Riesgo	ALTO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2013-06-22
Diabetes	Clasificación del Riesgo	BAJO	Dx. NUEVO Tipo DIABETES TIPO II Fecha Dx. 2014-09-03

Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31 Sede : VIVA 1A BELLO

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: rcv

Enfermedad Actual: Luz Elena Sanchez Ortiz de 69 años de edad ap de hta , dlp, dm tipo 2 acude asu control , dice no urgencia en fin de año, dice se toma los medicamentos . refier se le subio la presion y emi le adiciono prazosina 1 al dia .

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31

\* Dx Ppal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)  
\* Dx rel-1: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION  
Tipo Diagnóstico: Confirmado repetido  
Finalidad Consulta: No Aplica  
Causa Externa: Enfermedad General

**CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)**

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificacion: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificacion: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/03/2016 **Post Fechado**

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificacion: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/04/2016 **Post Fechado**

Medicamento: ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA  
Cantidad: 60  
Dosificacion: 1 tb en ayunas y 30 min anets de cena

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31

Medicamento: ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA  
Cantidad: 60



Sede: VIVA 1A BELLO

Dosificación: **1 tb en ayunas y 30 min anets de cena**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/03/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **1 tb en ayunas y 30 min anets de cena**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/04/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GEMFIBROZIL 600 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR UNA TABLETA CADA NOCHE**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Medicamento: **GEMFIBROZIL 600 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR UNA TABLETA CADA NOCHE**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/03/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GEMFIBROZIL 600 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR UNA TABLETA CADA NOCHE**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/04/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/03/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/04/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**



Sede: VIVA 1A BELLO

Dosificación: **tomar 1 tab cada 8 noche**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **tomar 1 tab cada 8 noche**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31  
Fecha O. Medicamento : 24/03/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **tomar 1 tab cada 8 noche**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31  
Fecha O. Medicamento : 24/04/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31  
Fecha O. Medicamento : 24/03/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31  
Fecha O. Medicamento : 24/04/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **60**  
Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **60**  
Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 24/02/2016 10:31  
Fecha O. Medicamento : 24/03/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **60**  
Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

Fecha O. Medicamento : 24/04/2016 **Post Fechado**

**CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)**

**Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS**

Especialidad: OTRAS

Remision: se solicitan exámenes rcv  
control

uroanálisis, creatinina , microalbuminuria hb glicosilada, colesterol total triglicéridos, hdl.

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

**RESUMEN Y COMENTARIOS**

Observaciones: pct no realizo examen ordenado , ya s evencieron orde s explico la importancia d ehacerlos se ordenan nuevamente.  
pcte con presion fuera de meta se ajustat tto d epresion se dna signos d ealrma recuerdo levar la dieta.  
ahora no edems cp mv disminuido enacp , rscsrs

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615

Fecha : 24/02/2016 10:31

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

**PROGRAMA DIABETES - Control # 23 // Entidad: NUEVA E.P.S**

Hipertensión	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2013-06-22
Diabetes	Clasificación del Riesgo	BAJO	Dx. NUEVO Tipo DIABETES TIPO II Fecha Dx. 2014-09-03

Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33 Sede : VIVA 1A BELLO

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: **CONTROL**

Enfermedad Actual: **Luz Elena Sanchez Ortiz de 69 años de edad ap de hta , dlp, dm tipo 2 acude asu control , dice no urgencia en fin de año, dice se toma los medicamentos . refier se le subio la presion y emi le adiciono prazosina 1 al dia . RELATA SENTIRSE BIEN. TABAQUISIMO PESADO**

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

\* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**  
Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**  
Finalidad Consulta: **No Aplica**  
Causa Externa: **Enfermedad General**

**CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)**

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/06/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/07/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**  
Cantidad: **60**  
Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO Y DE COMIDA**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**  
Cantidad: **60**  
Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO Y DE COMIDA**



Sede: VIVA 1A BELLO

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/06/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**

Cantidad: **60**

Dosificacion: **UNA ANTES DE DESAYUNO Y DE COMIDA**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/07/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GEMFIBROZIL 600 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **TOMAR UNA DIARIA EN LA NOCHE**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

Medicamento: **GEMFIBROZIL 600 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **TOMAR UNA DIARIA EN LA NOCHE**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/06/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GEMFIBROZIL 600 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **TOMAR UNA DIARIA EN LA NOCHE**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/07/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/06/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/07/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**



Sede: VIVA 1A BELLO

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/06/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/07/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/06/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/07/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33

Fecha O. Medicamento : 26/06/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005 Fecha : 26/05/2016 15:33



Sede: VIVA 1A BELLO

Fecha O. Medicamento : 26/07/2016 **Post Fechado**

#### **RESUMEN Y COMENTARIOS**

Observaciones: **PACIENTE HTA, SE DEJO, IGUAL MANEJO REFUERSO ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, LE EXPLICO LA IMPORTANCIA DE DEJAR FUMAR,**

Enviado por Profesional : BOHORQUEZ MACHADO NORELA Registro: 50702005

Fecha : 26/05/2016 15:33

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

**PROGRAMA DIABETES - Control # 24 // Entidad: NUEVA EPS**

Hipertensión	Clasificación del Riesgo	ALTO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2013-06-22
Diabetes	Clasificación del Riesgo	BAJO	Dx. NUEVO Tipo DIABETES TIPO II Fecha Dx. 2014-09-03

Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53 Sede : VIVA 1A BELLO

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Acompañante en la Atención : ninguno - Teléfono:

Parentesco:

Motivo de Consulta: "control de la presión"

Enfermedad Actual: paciente ama de casa, reside en barrio cabañitas, en control de RCV hace 6 años, por HTA y DM, en tratamiento con losartan, metoprolol, ASA, gemfibrozilo, glibenciamida, refiere buena tolerancia a la medicación y adecuada adherencia al tratamiento, niega antecedentes de enfermedad coronaria, renal o hepática, sin ACV, la paciente se refiere estable y asintomática, niega cefalea, tinitus, mareo, disnea, precordialgia, epigastralgia disuria, ni edema en miembros inferiores, en cuanto pautas de vida saludable la paciente no realiza ejercicio, lleva dieta adecuada, no controla hábitos y costumbres, tabaquismo activo.

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

\* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**  
 \* Dx rel-1: **E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINDEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION**  
 Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**  
 Finalidad Consulta: **No Aplica**  
 Causa Externa: **Enfermedad General**

**CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)**

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**  
 Cantidad: **30**  
 Dosificación: **TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno**  
 Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**  
 Cantidad: **30**  
 Dosificación: **TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno**  
 Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/09/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**  
 Cantidad: **30**  
 Dosificación: **TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno**  
 Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/10/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**  
 Cantidad: **30**



Sede: VIVA 1A BELLO

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/09/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/10/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**  
Cantidad: **60**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO Y DE COMIDA**  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**  
Cantidad: **60**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO Y DE COMIDA**  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/09/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**  
Cantidad: **60**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO Y DE COMIDA**  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/10/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/09/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**



Sede: VIVA 1A BELLO

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/10/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/09/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/10/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/09/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/10/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53



Sede: VIVA 1A BELLO

Fecha O. Medicamento : 30/09/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/10/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/09/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificación: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

Fecha O. Medicamento : 30/10/2016 **Post Fechado**

## CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS

Especialidad: **OTRAS**

Remision: **signos de alarma, si presenta dolor de cabeza intenso, mareo con vision borrosa, problema para respirar, doloren el pecho, o los pies inchados por encima de la rodilla consultar inmediatamente. pautas de vida saludable, realizar actividad fisica de 20 a 40 minutos de 4 a 5 dias a la semana, la dieta debe ser baja en grasa, sal o harinas, evitar licor y cigarrillo, consumo minimo de cafe. CITA CONTROL EN 3 MESES**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

## RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: **paciente hipertensa y diabetica, en grupo 5, riesgo alto, framingham 20%, TFG 31 estadio 3, IMC 22, cifras tensionales adecuadas, la paciente se refiere estable y asintomatica, cumple 5 de 9 metas terapeuticas, alterado perfil lipidico, se refuerza pautas de vida saludable, se da indicaciones y signos de alarma, se prescribe formula de control, paraclinicos de agosto del 2016, cita proximo control en 3 meses**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/08/2016 13:53

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

**PROGRAMA DIABETES - Control # 25 // Entidad: NUEVA EPS**

Hipertensión	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2013-06-22
Diabetes	Clasificación del Riesgo	BAJO	Dx. NUEVO Tipo DIABETES TIPO II Fecha Dx. 2014-09-03

Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42 Sede : VIVA 1A BELLO

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Acompañante en la Atención : ninguno - Teléfono:

Parentesco:

Motivo de Consulta: "control de la presión"

Enfermedad Actual: paciente ama de casa, reside en barrio cabañitas, en control de RCV hace 6 años, por HTA y DM, en tratamiento con losartan, metoprolol, ASA, gemfibrozilo, glibenclamida, además levotiroxina, refiere buena tolerancia a la medicación y adecuada adherencia al tratamiento, niega antecedentes de enfermedad coronaria, renal o hepática, sin ACV, la paciente se refiere estable y asintomática, niega cefalea, tinnitus, mareo, disnea, precordialgia, epigastralgia disuria, ni edema en miembros inferiores, en cuanto pautas de vida saludable la paciente no realiza ejercicio, lleva dieta adecuada, no controla hábitos y costumbres, tabaquismo activo.

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

\* Dx Ppat: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)

\* Dx rel-1: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION

Tipo Diagnóstico: Confirmado repetido

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

**CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)**

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA

Cantidad: 60

Dosificación: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA

Cantidad: 60

Dosificación: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/12/2016 **Post Fechado**

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA

Cantidad: 60

Dosificación: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/01/2017 **Post Fechado**

Medicamento: ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA



Sede: VIVA 1A BELLO

Cantidad: 30  
Dosificación: tomar una tableta cada noche  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Medicamento: ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: tomar una tableta cada noche  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/12/2016 **Post Fechado**  
Medicamento: ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: tomar una tableta cada noche  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/01/2017 **Post Fechado**  
Medicamento: ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA  
Cantidad: 30  
Dosificación: UNA ANTES DE DESAYUNO  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Medicamento: ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA  
Cantidad: 30  
Dosificación: UNA ANTES DE DESAYUNO  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/12/2016 **Post Fechado**  
Medicamento: ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA  
Cantidad: 30  
Dosificación: UNA ANTES DE DESAYUNO  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/01/2017 **Post Fechado**  
Medicamento: GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: 1 TB ANTES DEL ALMUERZO  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Medicamento: GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: 1 TB ANTES DEL ALMUERZO  
Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/12/2016 **Post Fechado**  
Medicamento: GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30



Sede: VIVA 1A BELLO

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/01/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/12/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/01/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/12/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/01/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09

Fecha : 30/11/2016 13:42

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**



Sede: VIVA 1A BELLO

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/12/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/01/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificacion: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificacion: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/12/2016 **Post Fechado**

Medicamento: **SUCRALFATO 1 G (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **60**

Dosificacion: **TOMAR 1 HR ANTES DE DESAYUNO Y ALMUERZO**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

Fecha O. Medicamento : 30/01/2017 **Post Fechado**

#### **CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)**

**Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS**

Especialidad: **OTRAS**

Remision: **signos de alarma, si presenta dolor de cabeza intenso, mareo con vision borrosa, problema para respirar, doloren el pecho, o los pies inchados por encima de la rodilla consultar inmediatamente. pautas de vida saludable, realizar actividad fisica de 20 a 40 minutos de 4 a 5 dias a la semana, la dieta debe ser baja en grasa, sal o harinas. evitar licor y cigarrillo. consumo minimo de cafe. CITA CONTROL EN 3 MESES**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

#### **RESUMEN Y COMENTARIOS**

Observaciones: **paciente hipertensa y diabetica, en grupo 5, riesgo alto, framingham 20%, TFG 30 estadio 3, IMC 21, cifras tensionales adecuadas, la paciente se refiere estable y asintomatica, cumple 6 de 9 metas terapeuticas, se refuerza pautas de vida saludable, se da indicaciones y signos de alarma, se prescribe formula de control, paraclinicos de agosto del 2016, cita proximo control en 3 meses**

Enviado por Profesional : Jhon Alexander Tuberquia Henao Registro: 5-3134-09 Fecha : 30/11/2016 13:42

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

<b>PROGRAMA DIABETES - Control # 26 // Entidad: NUEVA E.P.S</b>			
Hipertensión	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2013-06-22
Diabetes	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Tipo DIABETES TIPO II Fecha Dx. 2014-09-03

Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26 Sede : VIVA 1A BELLO

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Acompañante en la Atención : PACIENTE - Teléfono:

Parentesco:

Motivo de Consulta: CONTROL

Enfermedad Actual: CONTROL

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

- \* Dx Ppal: I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
- \* Dx rel-1: E039 HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO
- \* Dx rel-2: E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION
- Tipo Diagnóstico: Confirmado repetido
- Finalidad Consulta: No Aplica
- Causa Externa: Enfermedad General

**CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)**

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA  
Cantidad: 30

Dosificación: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA  
Cantidad: 30

Dosificación: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/04/2017 **Post Fechado**

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA  
Cantidad: 30

Dosificación: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/05/2017 **Post Fechado**

Medicamento: ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA  
Cantidad: 30

Dosificación: TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26



Sede: VIVA 1A BELLO

Fecha O. Medicamento : 15/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ACIDO ACETIL SALCILICO 100 mg TABLETA GENERICO TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificacion: **TOMAR UNA AL DIA VIA ORAL con esto0mago lleno**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/08/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **CHUPAR DESPUES DE CADA COMIDA**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **CHUPAR DESPUES DE CADA COMIDA**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/04/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **CHUPAR DESPUES DE CADA COMIDA**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/05/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **CHUPAR DESPUES DE CADA COMIDA**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificacion: **CHUPAR DESPUES DE CADA COMIDA**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/07/2017 **Post Fechado**



Sede: VIVA 1A BELLO

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **CHUPAR DESPUES DE CADA COMIDA**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/08/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/04/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/05/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ATORVASTATINA 40 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/08/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26



Sede: VIVA 1A BELLO

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/04/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/05/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ESOMEPRAZOL 20 MG (CAPSULA) CAPSULA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **UNA ANTES DE DESAYUNO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/08/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/04/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26



Sede: VIVA 1A BELLO

Fecha O. Medicamento : 15/05/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/03/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **1 TB ANTES DEL ALMUERZO**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/08/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/04/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/05/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**



Sede: VIVA 1A BELLO

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26  
Fecha O. Medicamento : 15/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificacion: **tomar una tableta cada mañana en ayunas**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26  
Fecha O. Medicamento : 15/08/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26  
Fecha O. Medicamento : 15/04/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26  
Fecha O. Medicamento : 15/05/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26  
Fecha O. Medicamento : 15/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26  
Fecha O. Medicamento : 15/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificacion: **tomar 1 tab cada 8 noche**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26  
Fecha O. Medicamento : 15/08/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**



Sede: VIVA 1A BELLO

Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/04/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/05/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/06/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/07/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **TOMAR 1 TAB CADA CADA 8 HOARS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

Fecha O. Medicamento : 15/08/2017 **Post Fechado**

### CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS

Especialidad: OTRAS  
Remision: \*\*S/S TSH DE CONTROL \*\*

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 15/03/2017 10:26

### RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: SE EVALUA PACIENTE ESTABLE, BUEN ESTADO GENERAL, ASINTOMATICA, QUIEN MANEJADA CIFRAS TENSIONALES EN METAS, ULTIMO REPORTE DE LABORATORIO CON TSH ALTO, BRINDO ORIENTACION CLINICA, RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y FORMULA



Sede: VIVA 1A BELLO

**MEDICA.**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 15/03/2017 10:26

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

**PROGRAMA DIABETES - Control # 27 // Entidad: NUEVA EPS**

Hipertensión	Clasificación del Riesgo	ALTO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2013-06-22
Diabetes	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Tipo DIABETES TIPO II Fecha Dx. 2014-09-03

Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15 Sede : VIVA 1A BELLO

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: rcv

Enfermedad Actual: LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ de 71 años ap de hta, dlp, hipotiroidismo. se presenta al control de rcv, dice es sedentaria , cuida a la hermana que está enferma. esta con buena diuresis. tsh : 6/9/2017.

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

- \* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**
- \* Dx rel-1: **N951 ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS**
- \* Dx rel-2: **E784 OTRA HIPERLIPIDEMIA**
- \* Dx rel-3: **E119 DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**  
 Finalidad Consulta: **No Aplica**  
 Causa Externa: **Enfermedad General**

**CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)**

Medicamento: **ACETAMINOFEN 500 mg (TABLETA) TABLETA**  
 Cantidad: **60**  
 Dosificación: **2 TB CADA 8 HR SI DOLOR**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Medicamento: **ACETAMINOFEN 500 mg (TABLETA) TABLETA**  
 Cantidad: **60**  
 Dosificación: **2 TB CADA 8 HR SI DOLOR**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Fecha O. Medicamento : 15/10/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**  
 Cantidad: **90**

Dosificación: **1 TB AL TERMINAR COMIDAS PRINCIPALES**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**  
 Cantidad: **90**

Dosificación: **1 TB AL TERMINAR COMIDAS PRINCIPALES**

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Fecha O. Medicamento : 15/10/2017 **Post Fechado**



Sede: VIVA 1A BELLO

Medicamento: **ATORVASTATINA 20 MG (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB EN LA CENA**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Medicamento: **ATORVASTATINA 20 MG (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB EN LA CENA**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15  
Fecha O. Medicamento : 15/10/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ESTROGENOS CONJUGADOS 0.625 mg GENERICO (CREMA VAGINAL) CREMA VAGINAL**  
Cantidad: **2**  
Dosificación: **APLICAR EN VAGINA 3 DIAS A LA SEMANA**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Medicamento: **ESTROGENOS CONJUGADOS 0.625 mg GENERICO (CREMA VAGINAL) CREMA VAGINAL**  
Cantidad: **2**  
Dosificación: **APLICAR EN VAGINA 3 DIAS A LA SEMANA**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15  
Fecha O. Medicamento : 15/10/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB 10 MIN ANTES DE ALMEURZO**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Medicamento: **GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB 10 MIN ANTES DE ALMEURZO**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15  
Fecha O. Medicamento : 15/10/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB EN AYUNAS**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB EN AYUNAS**  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15  
Fecha O. Medicamento : 15/10/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**



Sede: VIVA 1A BELLO

Dosificación: 1 TB CADA 8 HR  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Medicamento: LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 90  
Dosificación: 1 TB CADA 8 HR  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Fecha O. Medicamento : 15/10/2017 **Post Fechado**

Medicamento: METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA  
Cantidad: 90  
Dosificación: 1 TB CADA 8 HR  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Medicamento: METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA  
Cantidad: 90  
Dosificación: 1 TB CADA 8 HR  
Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Fecha O. Medicamento : 15/10/2017 **Post Fechado**

#### CONTROL CONSULTA (LABORATORIOS)

Resultados de Laboratorios - 903426 HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

Fecha O. Procedimiento : 10/10/2017 **Post Fechado**

#### CONTROL CONSULTA (REFERENCIA - CONTRAREFERENCIA)

Resultados de Referencia y Contrareferencia - 800 OTRAS

Especialidad: OTRAS  
Remision: RECOMENDACIONES

dieta saludable HIPOGRASA HIPOGLUCIDA HIPOSODICA, EVITAR TABACO LICOR BEBIDAS OSCURAS CARNES ROJAS, TOMATE PIMENTON, COMER MEJOR POLLO, PESCADO, CONSULTAR EN CASO DE :DISNEA DOLOR PRECORDIAL CEFALEA INTENSA , SINCOPE ( desmayos), CONVULSIONES, DISURIA.PERDIDA DE LA VISION SUBITA, VOMITO PERSISTENTE, FIEBRE PERSISTENTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR.MELENAS LENGUA ENTUMIDA, TAQUICARDIA, DESVIACION DE COMISURA LABIAL.DISARTRIA(HABLA ENRREDADA).caminar en plano max 45 min. cada dia.

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15

#### RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: paciente con dlp mixta se formula tratamiento se le educa sobre la dieta , se le dan signos de alarm recoemdnaciones de habitos saludables , está con GAA 106. SE LE FORMULA PARA RESEQUEDAD VAGINAL. ESTROGENOS CONJUGADOS. TFG41 FRAMIGHAN27% 3 METAS CUMPLIDAS, PCTE LE FALTA TOMAR MEDICACION DEL MEDIO DIA, ESAT CON PRSION LATA , ASINTOMTAICA. SE LE REALIZA AJUSTA.SE LE SOLICTA HB GLICOSILADA. SE RECEURDA TOMAR LA MEDICACION AL LLEGAR.

Enviado por Profesional : PINO MUÑOZ MARIA EDINETH Registro: 5108615 Fecha : 15/09/2017 13:15



Sede: VIVA 1A BELLO

FIN IMPRESION DE PAGINA



Sede: VIVA 1A BELLO

**PROGRAMA DIABETES - Control # 28 // Entidad: NUEVA EPS**

Hipertensión	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Fecha Dx. 2013-06-22
Diabetes	Clasificación del Riesgo	MODERADO	Dx. NUEVO Tipo DIABETES TIPO II Fecha Dx. 2014-09-03

Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11 Sede : VIVA 1A BELLO

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Acompañante en la Atención : paciente - Teléfono:

Parentesco:

Motivo de Consulta: **CONTROL**

Enfermedad Actual: **CONTROL**

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

\* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado repetido**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad General**

**CONTROL CONSULTA (MEDICAMENTOS)**

Medicamento: **ACETAMINOFEN 500 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **2 TB CADA 8 HR SI DOLOR**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 24/11/2017 10:11

Medicamento: **ACETAMINOFEN 500 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **2 TB CADA 8 HR SI DOLOR**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 24/11/2017 10:11

Fecha O. Medicamento : 24/12/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **ACETAMINOFEN 500 mg (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **2 TB CADA 8 HR SI DOLOR**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 24/11/2017 10:11

Fecha O. Medicamento : 24/01/2018 **Post Fechado**

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA**

Cantidad: **90**

Dosificación: **1 TB AL TERMINAR COMIDAS PRINCIPALES**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 24/11/2017 10:11

Medicamento: **ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG**



Sede: VIVA 1A BELLO

- (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 90  
Dosificación: 1 TB AL TERMINAR COMIDAS PRINCIPALES  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11  
Fecha O. Medicamento : 24/12/2017 **Post Fechado**
- Medicamento: ALUMINIO HIDROXIDO+MAGNESIO HIDROXIDO CON O SIN SIMETICONA 200-400 MG/200-400 MG (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 90  
Dosificación: 1 TB AL TERMINAR COMIDAS PRINCIPALES  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11  
Fecha O. Medicamento : 24/01/2018 **Post Fechado**
- Medicamento: ATORVASTATINA 20 MG (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: 1 TB EN LA CENA  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11
- Medicamento: ATORVASTATINA 20 MG (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: 1 TB EN LA CENA  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11  
Fecha O. Medicamento : 24/12/2017 **Post Fechado**
- Medicamento: ATORVASTATINA 20 MG (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: 1 TB EN LA CENA  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11  
Fecha O. Medicamento : 24/01/2018 **Post Fechado**
- Medicamento: GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: 1 TB 10 MIN ANTES DE ALMEURZO  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11
- Medicamento: GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: 1 TB 10 MIN ANTES DE ALMEURZO  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11  
Fecha O. Medicamento : 24/12/2017 **Post Fechado**
- Medicamento: GLIBENCLAMIDA 5 mg (TABLETA) TABLETA  
Cantidad: 30  
Dosificación: 1 TB 10 MIN ANTES DE ALMEURZO  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11  
Fecha O. Medicamento : 24/01/2018 **Post Fechado**



Sede: VIVA 1A BELLO

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB EN AYUNAS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB EN AYUNAS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

Fecha O. Medicamento : 24/12/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LEVOTIROXINA SODICA 50 mcg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **30**  
Dosificación: **1 TB EN AYUNAS**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

Fecha O. Medicamento : 24/01/2018 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **1 TB CADA 8 HR**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **1 TB CADA 8 HR**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

Fecha O. Medicamento : 24/12/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **LOSARTAN 50 mg (TABLETA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **1 TB CADA 8 HR**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

Fecha O. Medicamento : 24/01/2018 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **1 TB CADA 8 HR**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**  
Cantidad: **90**  
Dosificación: **1 TB CADA 8 HR**  
Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15 Fecha : 24/11/2017 10:11

Fecha O. Medicamento : 24/12/2017 **Post Fechado**

Medicamento: **METOPROLOL TARTRATO 50 mg (TABLETA O GRAGEA) TABLETA**



Sede: VIVA 1A BELLO

Cantidad: 90

Dosificación: 1 TB CADA 8 HR

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 24/11/2017 10:11

Fecha O. Medicamento : 24/01/2018 **Post Fechado**

#### RESUMEN Y COMENTARIOS

Observaciones: **PACIENTE ESTABLE BUEN ESTADO GENERAL, CON CIFRAS TENSIONALES EN METAS, ADHERENTE AL TTO, ULTIMO REPORTE DE LABORATORIO DL MIXTA DOY ORIENTACION CLINICA, RECOMENDACIONES, FORMULA MEDICA**

Enviado por Profesional : LUIS FERNANDO BARRIOS DIAZ Registro: 05-6548-15

Fecha : 24/11/2017 10:11

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

**ATENCION DE ACTIVIDAD GRUPAL - Control # 3 // Entidad: NUEVA E.P.S**

Profesional : SUSANA PEÁ'A HIGGINS Registro: 14025

Fecha : 15/06/2017 16:44

**RESUMEN Y COMENTARIOS**

Observaciones: Paciente viene al control de riesgo cardio-vascular por enfermedad, al examen físico se encuentra en aparentes buenas condiciones generales. No Trae resultados de para-clínicos. Tiene fórmula y se da cita de control con medico. Se refuerza educación sobre estilos de vida saludable: alimentación (baja en sal, grasa y azúcar), consumo frutas y verduras diariamente, evitar fumar y consumir licor, realizar ejercicio 3 días a la semana/30min.; nunca suspender la medicación sin indicación medica, realizar exámenes de laboratorio en fecha indicada y traerlo a su consulta, se indican señales de alarma como: (dolor de cabeza intensa, dolor en el pecho o sensación de ahogo, epistaxis, alteraciones visuales, poliuria, polifagia, polidipsia), por las que debe consultar al médico.  
Control estrictamente su peso: consuma frutas y verduras diariamente y reduzca el consumo de grasas  
Asiste a control programado, usuario en buenas condiciones generales y con adherencia al tratamiento.se explica diabetes mellitus, signos, síntomas y complicaciones. se asigna nueva de cita de control . Sale usuario del auditorio en buenas condiciones generales.

Enviado por Profesional : SUSANA PEÁ'A HIGGINS Registro: 14025

Fecha : 15/06/2017 16:44

**DIAGNOSTICO CONTROL**

Profesional : SUSANA PEÁ'A HIGGINS Registro: 14025

Fecha : 15/06/2017 16:44

\* Dx Ppal: **I10X HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)**

Tipo Diagnóstico: **Impresión Diagnóstica**

Finalidad Consulta: **No Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad General**

**FIN IMPRESION DE PAGINA**



Sede: VIVA 1A BELLO

Evento Cerebrovascular				
Retinopatía				
Enfermedad Renal Crónica				
Complicaciones				
Gastrointestinales				
Otras Causas				
Complicaciones ambulatorias desde el último control a la	NO			
Complicaciones Cardiovasculares				
Complicaciones Cerebrovascular				
Complicaciones vasculares periféricas				
Enfermedad Renal Crónica				
Retinopatía				
Pie Diabético				
Otras Complicaciones				
Paciente controlado	Si	Si	Si	Si
Clasificación del Riesgo	MODERADO	MODERADO	BAJO	BAJO
Plan de manejo	Si	Si	Si	Si
Dieta	Dieta hiposódica hipograsa, abundante cantidad de fibra. incluir consumo de frutas y verduras.e hidratación	Dieta hiposódica hipograsa, abundante cantidad de fibra. incluir consumo de frutas y verduras.e hidratación	Dieta hiposódica hipograsa, abundante cantidad de fibra. incluir consumo de frutas y verduras.e hidratación	Dieta hiposódica hipograsa, abundante cantidad de fibra. incluir consumo de frutas y verduras.e hidratación.
Actividad Física	Dieta hiposódica hipograsa, abundante cantidad de fibra. incluir consumo de frutas y verduras.e hidratación	Dieta hiposódica hipograsa, abundante cantidad de fibra. incluir consumo de frutas y verduras.e hidratación	Dieta hiposódica hipograsa, abundante cantidad de fibra. incluir consumo de frutas y verduras.e hidratación	Dieta hiposódica hipograsa, abundante cantidad de fibra. incluir consumo de frutas y verduras.e hidratación.
Manejo Hábitos	se da educación para la inclusión de hábitos saludables en la vida cotidiana, nutrición balanceada, no tabaco, no alcohol, manejo del estrés.	se da educación para la inclusión de hábitos saludables en la vida cotidiana, nutrición balanceada, no tabaco, no alcohol, manejo del estrés.	se da educación para la inclusión de hábitos saludables en la vida cotidiana, nutrición balanceada, no tabaco, no alcohol, manejo del estrés.	se da educación para la inclusión de hábitos saludables en la vida cotidiana, nutrición balanceada, no tabaco, no alcohol, manejo del estrés.
Próximo Control Médico	11/09/2017	30/07/2011	29/05/2011	15/03/2011
Remisión	NO	NO	NO	NO



Datos paciente

Sexo	Número de identificación	Nombre	
Femenino	CI.32408166	LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ	
Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil	Ocupación
10/07/1946	70 Años	Unión Libre	Jubilado
Telefono	Municipio	Dirección	
4815112	BELLO	CL 24A 55 59	
Tipo de vinculación	Regimen	Aseguradora	Nombre aseguradora
Cobstante	Contributivo	EPS	nuevaEPS
Enviar correo	Correo electrónico	Nombre acompañante	Telefono acompañante
No			

Motivo consulta y enfermedad actual

Paciente refiere cuadro clínico de 2 horas de evolución estaba en consulta con medico de la eps, le refirió tenía la PA elevada y la mandó para urgencias, no le dijo al parecer en cuanto tenía la PA ni entrego orden de valoración en urgencias, por lo que la paciente consulta, refiere hoy no se tomó la dosis del medio día del metoprolol por salir a tiempo apra cita en la eps, ahora con cefalea moderada frontal tensional.

Antecedentes

Patológicos  
Tiroides,HTA

Quirúrgico  
Histerectomía miomatosis, resección de clavitos en pies.

Alérgicos  
PENICILINA

FUM	FPP	Edad Gestacional	
Grávida	Abortos	Partos	Cesáreas
0	0	0	0
Otros			

Tratamiento actual

Medicamento	Dosis y frecuencia
losartan 50mg	c 12 hr
metoprolol 50mg	c 8hr
levotiroxina 50	cg día
atorvastatina 40m	g día

### Signos vitales

Hora	Temp (C°)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	PAM (mmHg)	FC (imp)	FR (rpm)	SaO2 (%)	Dexl (Mg/dl)	Glasgow	Hidratación	Peso (Kg)	Talla (cms)	IMC (%)	Clasif. sobrepeso	CO2 (%)	Cíndr/Hat
16:02	36.5	160.0	95.0	117.00	85.0	21.0	99.0		13	Hidratado			nu			0
16:16		150.0	85.0	106.67									nu			0
16:16		145.0	80.0	101.67									nu			0

### Estado general / Evolución del paciente

### Examen físico

Neurológico	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Órganos de los sentidos	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Osteo muscular	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Genitourinario	<input checked="" type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal
Pulmonar	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Abdomen	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal
Piel	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal

### EKG

Ritmo	Frecuencia	Eje	OndaP	P-R
	0			0
QRS	S-T	PuntoJ	RR	QT-c
0				0
Otros				

### RCCP

 No se realizó RCCP

### Impresión diagnóstica

Código ICD-10	Diagnóstico	Tipo de diagnóstico principal
R51X	CEFALEA	Diagnóstico presuntivo
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	Diagnóstico presuntivo
Clasificación inicial CONSULTA PRIORIZADA	Clasificación final CONSULTA	Origen de la enfermedad 13-Enfermedad general

### Destino

Destino  Institución

Domicilio

Comentarios

### Procedimiento

 No se realizó ningún procedimiento.

### Concepto médico y prescripción

**Concepto**  
 Paciente con presión arterial elevada, se toma dosis de metoprolol del medio día, paso 2gr de dipirona EV, se pasan 20 minutos, tomo PA ya regularizada, paciente sin dolor, tranquilo, refiere sentirse bien.  
 Paciente refiere emaneja sistólicas elevadas, dejó con PA dentro de límites aceptables 145/80 mmHg, explica a ella nunca debe dejar de tomar medicación, refiere entender, doy recomendaciones y signos de alarma disnea, dolor de pecho, cefalea con visión borrosa o doble.  
 (se solicitan implementos demás por falta en stock)

Tratamiento formulado

Recomendaciones

¿Se da incapacidad?

¿Se expide fórmula médica?

### Tratamiento aplicado

Código	Medicamento	Dosis	Vía de administración	Dilución y sitio de aplicación	Cantidad
140	DIPIRONA AMP. 1 G / 2 ML	2	Endovenosa	lateral de muñeca	2
146	CLORURO DE SODIO BOL. / BOT. 250 ML	1	Endovenosa	lateral externa de muñeca izquierda	1

### Firmas y registro

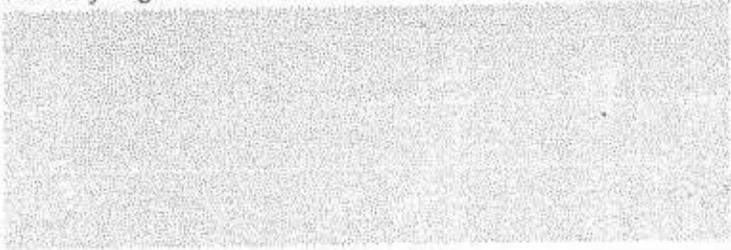
**Firmas y registro**

Firma y registro médico



Wanda Alexa Acosta Gomez  
1143120291

Firma y registro enfermero



Firma y documento paciente



LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ  
32408168

**Consentimiento informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA, SEÑOR PACIENTE Y/O PERSONA QUE DEBE DECIDIR POR EL PACIENTE: ASEGÚRESE DE LEER ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO**

1. EL(LOS) PROCEDIMIENTO(S) QUE SE PROPONE PRACTICAR AL PACIENTE SE DENOMINA(N):  
APLICACIÓN DE TRATAMIENTO EV.

2. CON EL PROCEDIMIENTO MÉDICO Y/O DE ENFERMERÍA PROPUESTO SE ESPERA OBTENER UN BENEFICIO GENERAL PARA EL PACIENTE EN SU ESTADO DE SALUD. En todo caso se le aclara al paciente y/o a sus representantes legales o familiares, que ni los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, enfermeras y personal de la salud en general), ni la Institución Prestadora de Servicios de Salud, adquieren una obligación de resultado para con el paciente, ni le garantizan el éxito del procedimiento. En otras palabras, la obligación de los profesionales de la salud es de medio, esto es, se obligan a actuar con diligencia y cuidado y a disponer de los medios técnicos y científicos a su alcance.

3. RIESGOS QUE PARA EL PACIENTE SE PODRÍAN PRESENTAR ANTES, DURANTE O DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO:

**USO DE DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS:** pueden, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como: infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras, traumatismos, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, necrosis, trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fistulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.

**DIAGNÓSTICO:** el profesional de la salud pone a disposición del paciente su conocimiento para dar una impresión diagnóstica y generar un plan de manejo. Sin embargo, existe gran variabilidad dados los medios disponibles en el sitio de atención así como el acceso a información previa del paciente, sin que por ello exista culpa, negligencia o falta del cuerpo médico o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

**Consentimiento informado**

- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como, infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras químicas, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, necrosis, neuropatías (daños de nervios, tales como el nervio ciático, entre otros), trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fistulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.
- PROCEDIMIENTOS:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como, infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras químicas, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, traumatismos, neuropatías (daños de nervios, tales como el nervio ciático, entre otros), trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fistulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.
- FOMULACIÓN:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como, reacciones alérgicas, sangrado, trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, neurológicas, renales, pulmonares o metabólicas, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.
- MOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE:** puede, presentarse traumas, caídas, demora durante el desplazamiento deterioro o empeoramiento de la condición clínica dado a factores externos no controlables por nuestra tripulación o Grupo EMI, incluso la muerte.

Se me informó acerca del uso responsable de medicamentos y de los posibles efectos adversos que se pueden presentar. Me han explicado que estos riesgos se pueden presentar sin que por ello exista culpa, negligencia o falta del cuerpo médico o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Además, las situaciones descritas anteriormente como complicaciones de diversa índole, pueden conllevar la necesidad de que en momento dado se requiera la extensión del (los) procedimiento (s) original o la realización de uno diferente de él o la realización de re-intervenciones, aplicación de antibióticos, drenajes y/o lavados con métodos invasivos que generen incomodidades para el paciente, prolongación de hospitalizaciones, entre otros.

En todo caso, se aclara lo siguiente al paciente o a quienes por él deben decidir lo siguiente:

- Las complicaciones aquí señaladas normalmente no se materializan y en principio se espera que el procedimiento transcurra en general sin complicaciones.
- Si bien con la práctica del procedimiento se podrían presentar todos, algunos o alguno de los riesgos señalados anteriormente, o similares a ellos, los profesionales de la salud, recomiendan al paciente la práctica de (los) procedimiento(s) sugerido(s), incluso frente a otros procedimientos alternativos que puedan existir, puesto que la práctica del procedimiento respectivo es recomendada desde el punto de vista médico y además, es más probable que se obtenga el beneficio que se espera a que se presenten los riesgos descritos.
- Los profesionales de la salud y la Institución Prestadora de Servicios de Salud están preparados y capacitados para la realización de (los) procedimiento(s) que se sugiere(n) al paciente. Se cuenta con los profesionales idóneos y con el material y equipos que corresponden al procedimiento.

Yo, LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ, en calidad de paciente o en calidad de persona que debe decidir por el paciente, manifiesto que el personal médico me ha explicado a cabalidad adecuadamente el (los) procedimiento(s) a realizar, sus beneficios, recomendaciones, riesgos y contraindicaciones y confirmo que he entendido a cabalidad y en su totalidad el (los) procedimiento(s) a realizar, así como la implicación y riesgos de cada uno. Igualmente, confirmo que he tenido el espacio y el tiempo para reflexionar sobre su contenido y para preguntar al personal de salud dudas e inquietudes en general, y sobre el (los) procedimiento(s) que se me propone(n) practicar, las cuales me han sido resueltas en un lenguaje directo, comprensible y sencillo. EN CONSECUENCIA, QUE HE DECIDIDO ACEPTAR LA PRÁCTICA DE EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) O PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Finalmente, manifiesto que la declaración anterior es mi voluntad y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

### Consentimiento informado

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. GRUPO EMI S.A.S., cuenta con una Política de Privacidad, Tratamiento y Protección de Datos Personales, (en adelante, la Política de Privacidad), y por medio del presente, autorizo expresamente a GRUPO EMI S.A.S. para incorporar en sus bases de datos mis datos personales, así mismo autorizo para compartir mi Historia Clínica con la entidad responsable del pago cuando aplique, tratándose de entidades aseguradoras en salud. Grupo EMI S.A.S., dará estricto cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas que los complementan, modifiquen o sustituyan, relacionadas con el tratamiento de datos personales. GRUPO EMI se acoge a la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad para el manejo de la Historia Clínica.

Así mismo autorizo al envío de historia clínica al email registrado a continuación No tengo email

### Consentimiento informado

Firma y documento paciente



LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ  
32408168

### Datos paciente

Sexo	Número de identificación	Nombre	
Femenino	CI.32408168	LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ	
Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil	Ocupación
10/07/1946	73 Año(s)	Unión Libre	Jubilado
Telefono	Municipio	Dirección	
3332585	BELLO	CL 24A 55 59	
Tipo de vinculación	Regimen	Aseguradora	Nombre aseguradora
Cotizante	Contributivo	EPS	nuevaEPS
Enviar correo	Correo electrónico	Nombre acompañante	Telefono acompañante
No		sergio gallego gomez	

### Motivo consulta y enfermedad actual

#### PERDIDA DE CONOCIMIENTO

paciente de 73 años vive en union libre con el señor jorge gallego gomez , sin hijos de la convivencia , fumadora pesada , hipertensión arterial , hipotiroidismo, señala que hace 5 días dolor abdominal epigástrico y torácico inferior hace 5 días severo manejo por 5 veces por medico de emi en 3 días, ayer remision a urgencias al parecer con una crisis hipertensiva en clinica antioquia le dan triage 4 y solicitan cita por prioritaria el dia de ayer secundario al dolor no pudo acudir a la cita , y que segun la familia continuo con el dolor y decide no ir nuevamente a urgencia por lo que llaman nuevamente a emi colocan medicamentos para el dolor , adicionalmente presento diarrea , ayer salida de sangre abundante , vomito 3 episodios .refiere que hoy a las 5 am la valora la medica de emi quien informa que tenia al,parecer un sangrado rectal abundante y que debia acudir a urgencias por sus propios medios .  
el día de hoy en la mañana hace 30 minutos se levanto de la cama a bañarse , y ya en el baño el esposo no escucha ningun ruido y acude a revisar que le pasa a la paciente donde la encuentra sentada sin ningun tipo de respuesta solo con respiracion agonica , la pasa para la cama y ya no respondia .

### Antecedentes

#### Patológicos

Tiroides,HTA

#### Quirúrgico

Histerectomia, miomatosis, reseccion de clavitos en pies.

#### Alérgicos

Peniclina

FUM	FPP	Edad Gestacional	
Grávida	Abortos.	Partos	Cesáreas
0	0	0	0

#### Otros

HTA, hipotiroidismo , tabaquismo activo, gastritis

**Tratamiento actual**

Nombre	Dosis y frecuencia
Acido fenobritico - rosuvastatina	135 mg / 20 mg 1 día
Losartan	50 mg cada 8 horas
Metoprolol	50 mg cada 8 horas
Furosemida	40 mg día
Levotiroxina	50 mcg día

**Signos vitales**

Hora	Temp (C°)	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)	PAM (mmHg)	FC (Imp)	FR (rpm)	SaO2 (%)	Dext (Mg/dl)	Glasgow	Hidratación	Peso (Kg)	Talla (cms)	IMC (%)	Clasif. sobrepeso	CO2 (%)	Cincinat
07:49		0.0	0.0	0.00	0.0	0.0	0.0		3 / 15	Hidratado			nu			0

Estado general / Evolución del paciente

**Examen físico**

Neurológico	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal	paciente la encuentro en cama en decubito supino sin respuesta al llamado
Psiquiátrico	<input checked="" type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal	
Órganos de los sentidos	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal	pupilas midriaticas sin respuesta , no respuesta corneal
Osteo muscular	<input checked="" type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal	no escucho ni encuentro pulso
Genitourinario	<input checked="" type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal	
Pulmonar	<input checked="" type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal	
Abdomen	<input checked="" type="checkbox"/> No evaluado	<input type="checkbox"/> Normal	
Piel	<input type="checkbox"/> No evaluado	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	leve ciansosis en cara y cuello, palidez

**EKG**

 No se tomó EKG.

**RCCP**

 No se realizó RCCP.

**Impresión diagnóstica**

Código CIE10	Diagnóstico	Tipo de diagnóstico principal
R571	CHOQUE HIPOVOLEMICO	Confirmado nuevo
K922	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO	Confirmado nuevo
K250	ULCERA GASTRICA AGUDA CON HEMORRAGIA	Diagnóstico presuntivo

Clasificación inicial  
URGENCIA

Clasificación final  
CONSULTA

Origen de la enfermedad  
13-Enfermedad general

**Destino**

Destino  
Domicilio  
Comentarios

Institución

**Procedimiento**

no

**Concepto médico y prescripción**

**Concepto**

gente con dolor abdominal con posible hemorragia digestiva por ulcera sangrante segun la clinica y un choque hipovolemico que genero la muerte de la paciente.se expide certificado y se deja en casa

**Tratamiento formulado**

no

**Recomendaciones**

no

¿Se expide formula médica? No      ¿Se da incapacidad? No

**Convenio**

**Paraclínicos**

**Tratamiento aplicado**

 No se ha registrado información del tratamiento actual.

**Firmas y registro**

**Firmas y registro**

Firma y registro médico

MATEUS RODRIGUEZ ALBA LUCILA  
76035101

Firma y registro enfermero

Firma y documento paciente

SERGIO GALLEGO GOMEZ  
8397340

**Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA, SEÑOR PACIENTE Y/O PERSONA QUE DEBE DECIDIR POR EL PACIENTE: ASEGÚRESE DE LEER ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE ANTES DEL PROCEDIMIENTO

1. EL(LOS) PROCEDIMIENTO(S) QUE SE PROPONE PRACTICAR AL PACIENTE SE DENOMINA(N):  
EXAMEN FISICO, SE REALIZA PROCEDIMIENTO ,

2. CON EL PROCEDIMIENTO MÉDICO Y/O DE ENFERMERÍA PROPUESTO SE ESPERA OBTENER UN BENEFICIO GENERAL PARA EL PACIENTE EN SU ESTADO DE SALUD. En todo caso se le aclara al paciente y/o a sus representantes legales o familiares, que ni los profesionales de la salud (médicos, odontólogos, enfermeras y personal de la salud en general), ni la Institución Prestadora de Servicios de Salud, adquieren una obligación de resultado para con el paciente, ni le garantizan el éxito del procedimiento. En otras palabras, la obligación de los profesionales de la salud es de medio, esto es, se obligan a actuar con diligencia y cuidado y a disponer de los medios técnicos y científicos a su alcance.

3. RIESGOS QUE PARA EL PACIENTE SE PODRÍAN PRESENTAR ANTES, DURANTE O DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO:

- USO DE DISPOSITIVOS BIOMÉDICOS:** pueden, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como: infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras, traumatismos, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, necrosis, trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fistulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.
- DIAGNÓSTICO:** el profesional de la salud pone a disposición del paciente su conocimiento para dar una impresión diagnóstica y generar un plan de manejo. Sin embargo, existe gran variabilidad dados los medios disponibles en el sitio de atención así como el acceso a información previa del paciente, sin que por ello exista culpa, negligencia o falta del cuerpo médico o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

## Consentimiento informado

- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como, infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras químicas, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, necrosis, neuropatías (daños de nervios, tales como el nervio ciático, entre otros), trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fístulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.
- PROCEDIMIENTOS:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como, infecciones (locales o diseminadas), reacciones alérgicas, quemaduras químicas, sangrado o pérdida sanguínea, hematomas, traumatismos, neuropatías (daños de nervios, tales como el nervio ciático, entre otros), trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, cerebrales, renales, pulmonares o metabólicas, fístulas, quistes o cicatrices, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.
- FOMULACIÓN:** puede, eventualmente, presentarse efectos secundarios adversos para mi salud o para mi vida, tales como, reacciones alérgicas, sangrado, trastornos funcionales, complicaciones cardiovasculares, neurológicas, renales, pulmonares o metabólicas, y cualquier otro tipo de deterioro o empeoramiento del estado de salud, pero sin limitarse a ello.
- MOVILIZACIÓN Y TRANSPORTE:** puede, presentarse traumas, caídas, demora durante el desplazamiento deterioro o empeoramiento de la condición clínica dado a factores externos no controlables por nuestra tripulación o Grupo EMI, incluso la muerte.

Se me informó acerca del uso responsable de medicamentos y de los posibles efectos adversos que se pueden presentar. Me han explicado que estos riesgos se pueden presentar sin que por ello exista culpa, negligencia o falta del cuerpo médico o de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Además, las situaciones descritas anteriormente como complicaciones de diversa índole, pueden conllevar la necesidad de que en momento dado se requiera la extensión del (los) procedimiento (s) original o la realización de uno diferente de él o la realización de re-intervenciones, aplicación de antibióticos, drenajes y/o lavados con métodos invasivos que generen incomodidades para el paciente, prolongación de hospitalizaciones, entre otros.

En todo caso, se aclara lo siguiente al paciente o a quienes por él deben decidir lo siguiente:

- Las complicaciones aquí señaladas normalmente no se materializan y en principio se espera que el procedimiento transcurra en general sin complicaciones.
- Si bien con la práctica del procedimiento se podrían presentar todos, algunos o alguno de los riesgos señalados anteriormente, o similares a ellos, los profesionales de la salud, recomiendan al paciente la práctica de (los) procedimiento(s) sugerido(s), incluso frente a otros procedimientos alternativos que puedan existir, puesto que la práctica del procedimiento respectivo es recomendada desde el punto de vista médico y además, es más probable que se obtenga el beneficio que se espera a que se presenten los riesgos descritos.
- Los profesionales de la salud y la Institución Prestadora de Servicios de Salud están preparados y capacitados para la realización de (los) procedimiento(s) que se sugiere(n) al paciente. Se cuenta con los profesionales idóneos y con el material y equipos que corresponden al procedimiento.

Yo, SERGIO GALLEGO GOMEZ, en calidad de paciente o en calidad de persona que debe decidir por el paciente, manifiesto que el personal médico me ha explicado a cabalidad adecuadamente el (los) procedimiento(s) a realizar, sus beneficios, recomendaciones, riesgos y contraindicaciones y confirmo que he entendido a cabalidad y en su totalidad el (los) procedimiento(s) a realizar, así como la implicación y riesgos de cada uno. Igualmente, confirmo que he tenido el espacio y el tiempo para reflexionar sobre su contenido y para preguntar al personal de salud dudas e inquietudes en general, y sobre el (los) procedimiento(s) que se me propone(n) practicar, las cuales me han sido resueltas en un lenguaje directo, comprensible y sencillo. EN CONSECUENCIA, QUE HE DECIDIDO ACEPTAR LA PRÁCTICA DE EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) O PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Finalmente, manifiesto que la declaración anterior es mi voluntad y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Consentimiento informado**

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. GRUPO EMI S.A.S., cuenta con una Política de Privacidad, Tratamiento y Protección de Datos Personales, (en adelante, la Política de Privacidad), y por medio del presente, autorizo expresamente a GRUPO EMI S.A.S. para incorporar en sus bases de datos mis datos personales, así mismo autorizo para compartir mi Historia Clínica con la entidad responsable del pago cuando aplique, tratándose de entidades aseguradoras en salud. Grupo Emi S.A.S., dará estricto cumplimiento a las disposiciones de la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y demás normas que los complementan, modifiquen o sustituyan, relacionadas con el tratamiento de datos personales. GRUPO EMI se acoge a la Ley 23 de 1981, la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad para el manejo de la Historia Clínica.

Así mismo autorizo al envío de historia clínica al email registrado a continuación No tengo email

**Consentimiento informado**

Firma y documento paciente



SERGIO GALLEGO GOMEZ  
8397340

Señores  
CENTRO DE CONCILIACION  
DE LA ASOCIACION DE CONSUMIDORES -MEDELLIN

Doc 6 Mayo /22  
Hora 9 a.m.  
Presencial



19/04/2022  
Centro de Conciliación, Arbitraje y  
Amigable Composición de la Asociación  
de Consumidores de Medellín  
**RECIBIDO**

*[Handwritten signature]*

ASUNTO : SOLICITUD PARA TRAMITE DE CONCILIACION

CONVOCANTE: SERGIO GALLEGO GOMEZ C.C. 8.397.340

CONVOCADA : BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT 800.240.882-0  
(TAMBIEN "BBVA SEGUROS DE VIDA")

NANCY DEL SOCORRO CASTRO RENDON, mayor de edad, vecina de Medellín, Abogada en ejercicio, identificada con Cédula de Ciudadanía # 43.001.289 y titular de la T.P. 55.915 del C.S.J., obrando como Apoderada del CONVOCANTE señor SERGIO GALLEGO GOMEZ, mayor de edad, domiciliado y residente en Bello Ant., identificado con Cédula de Ciudadanía # 8.397.340, comedidamente acudo ante ustedes para que **POR INTERMEDIO DE ESTE CENTRO DE CONCILIACION SE GESTIONE TRAMITE DE CONCILIACION PREVIA**, teniendo como CONVOCADA a la Aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. ("pudiendo utilizar indistintamente para todos los efectos legales el nombre "BBVA SEGUROS DE VIDA"), con domicilio principal en Bogotá D.C., identificada con NIT # 800.240.882-0, representada legalmente por la señora SANDRA PATRICIA SOLORZANO DAZA mayor de edad, domiciliada y residente en Bogotá D.C., identificada con Cédula de Ciudadanía # 52.360.979 (ver en certificado Capitulo "PODERES"), o en todo caso por quien(es) hiciere(n) sus veces al momento de notificaciones.

La CONVOCADA cuenta con sucursales u oficinas en varias ciudades, entre estas la ubicada en Medellín, cuyo Gerente es el señor JOSE FERNANDO ARCILA LOPERA mayor de edad, domiciliado y residente en Medellín, o en todo caso por quien(es) hiciere(n) sus veces al momento de notificaciones.

#### I. HECHOS QUE SUSTENTAN LA SOLICITUD

Según información brindada por el Convocante y de acuerdo a documentación recaudada:

##### AFILIACION DE LA ASEGURADA Y SU BENEFICIARIO

1. El 29 de Diciembre del año 2011 la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ, identificada con Cédula de Ciudadanía # 32.408.168, ante el "BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A." -BBVA COLOMBIA S.A.-, Oficina de Bello Antioquia, y ante "BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A." -BBVA SEGUROS DE VIDA- solicitó ser Asegurada, y para tal fin aceptó ser incluida como ASEGURADA en la "POLIZA DE VIDA GRUPO" NUMERO VG 011, respecto a los siguientes AMPAROS:

-*"Seguro Vital Plus"* por Riesgos y Amparos sobre: "...Vida, Incapacidad Total y Permanente, Enfermedades Graves, Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, Triple Indemnización por Muerte Accidental en Transporte Aéreo, Servicios de Asistencia en Viajes y Segunda Opinión Médica contratados por el BBVA, exclusivamente para sus clientes..."

-*"Seguro Vital"* por Riesgos y Amparos sobre: *"...Vida, Incapacidad Total y Permanente, Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración y Servicios de Asistencia en Viajes contratados por el BBVA exclusivamente para sus clientes..."*

- 1.1. Esta solicitud fue realizada por la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ en su calidad de usuaria de Servicios Bancarios prestados por el Banco BBVA OFICINA DE BELLO ANTIOQUIA, y como titular de la Cuenta de Ahorros # 00130369420200537345 de este mismo Banco.
- 1.2. Sobre la Prima por el Seguro, la titular solicitante autorizó *"...cargar de su cuenta el valor de la Prima de acuerdo con la periodicidad de pago elegida y la renovación automática del seguro..."*.
2. Junto con la solicitud denominada *"SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO"- "SEGURO VITAL HALL BANCARIO"*, la solicitante LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ presentó *"DECLARACION DE ASEGURABILIDAD"*, en la cual fueron consignados sus datos morfológicos y los datos referidos a su estado de salud.
3. En la misma fecha, Diciembre 29 de 2011, BBVA SEGUROS entregó comunicación a la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ en la cual aceptó en favor de ésta la solicitud del Seguro o *"Asegurabilidad"*, expresándole: *"...Felicitaciones por su excelente decisión de proteger a su familia con nuestro exclusivo Seguro Vital..., el cual le ofrece las máximas coberturas del mercado:*  
*Coberturas:*  
*-Vida (Muerte por cualquier causa)*  
*-Doble indemnización por muerte accidental*  
*-Incapacidad total y permanente*  
*-Servicios... Asistencia en Viajes..."*  
*"Adjunto encontrará su nueva Póliza de Seguro Vital. En caso de siniestro, esta debe ser presentada por usted o sus beneficiarios..."*
4. En efecto la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ fue incluida o afiliada como ASEGURADA, inicialmente en la POLIZA NUMERO VG 011 tomada por el BANCO BBVA OFICINA DE BELLO ANTIOQUIA y expedida por BBVA SEGUROS, incluyendo como BENEFICIARIO a su Compañero Permanente, el ahora Convocante señor SERGIO GALLEGO GOMEZ.
5. Dada su calidad de Asegurada, a la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ se le expidió *"CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO- SEGURO VITAL"*, en el que se consignan entre otros, los siguientes datos (transcribo los pertinentes):

*NUMERO DE POLIZA : VG 011*  
*NUMERO CERTIFICADO:*  
*CONSECUTIVO BANCO : 00130266324000275718*  
*VIGENCIA : Desde 2011 12 29*  
*Hasta 2012 12 29*  
*TOMADOR : BBVA*

*COBERTURAS VALOR ASEGURADO*  
*VIDA (Muerte Natural o Accidental) \$20.000.000.00*

<i>...BENEFICIARIOS</i>	<i>PARENTESCO</i>	<i>%PARTICIPACION</i>
<i>NOMBRE</i>		
<i>SERGIO GALLEGO GOMEZ</i>	<i>CONYUGE</i>	<i>100.00"</i>

6. Con el "Certificado Individual de Seguro - Seguro Vital" también se suministró a la Asegurada LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ las "CLAUSULAS DE LA POLIZA-CONDICIONES PARA EL PRODUCTO SEGURO VITAL", en las cuales se establece entre otros, lo siguiente:

**"AMPARO BASICO**

**VIDA**

Cubre a los miembros del grupo asegurado contra el riesgo de muerte, sea por causa natural o accidental.

**EXCLUSIONES**

1. No cubre homicidio causado durante el primer año de vigencia de la póliza
2. No cubre suicidio causado durante el primer año de vigencia de la póliza..."

**...IRREDUCTIBILIDAD:**

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad..."

En la parte final de estas Cláusulas se aclara: "EL BANCO ACTÚA BAJO LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y POR LO TANTO, NO ASUME NINGUNA OBLIGACION FRENTE AL CLIENTE RELACIONADA CON LA EJECUCION DEL NEGOCIO QUE DA ORIGEN A ESTA TRANSACCION."

**SOBRE NUEVA POLIZA ANUNCIADA POR BBVA COLOMBIA S.A. EN DOCUMENTO CON FECHA DE ENERO DEL AÑO 2016**

7. En el mes de **Enero del año 2016**, la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ recibió del BBVA COLOMBIA S.A. una comunicación de la cual cito y subrayo lo que considero pertinente:

*"...en cumplimiento de lo dispuesto en los Decretos 2555 de 2010 y 673 de 2014 del Ministerio de Hacienda y en la Circular Externa 029 de 2014 de la Superintendencia Financiera de Colombia, adjuntamos en la presente carta las nuevas y principales condiciones de la Póliza Colectiva de Seguro de Vida 052302000001 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., que ampara tu crédito no hipotecario y/o leasing financiero con BBVA Colombia...*

*...el documento adjunto no constituye una póliza, promesa o contrato de seguro y simplemente informa sobre los principales cambios que trae la póliza colectiva mencionada, vigente desde el pasado primero (1) de enero de 2016.*

*En cumplimiento de lo dispuesto en los Decretos 2555 de 2010 y 673 de 2014 y la Circular Externa 029 de 2014 de la Superintendencia Financiera de Colombia, el Banco BBVA COLOMBIA emite el presente documento con el resumen de las principales condiciones de la Póliza Colectiva de Seguro de Vida 052302000001 expedida por BBVA Seguros De Vida COLOMBIA S.A. ...*

**...Vigencia de la Póliza.**

*1 de Enero de 2016 al 31 de diciembre de 2016, renovable hasta el 31 de diciembre de 2017.*

**Valor Asegurado.**

*Será el valor insoluto de la deuda o valor inicial del crédito según sea la línea de crédito.*

**Amparos Básicos.**

*Cubre a los miembros del grupo asegurado contra el riesgo de muerte por cualquier causa, incluyendo el suicidio y homicidio desde el primer día hasta por la suma asegurada contratada para este amparo.*

**...Exclusiones Generales.**

*El amparo básico y los adicionales no contemplan exclusiones.*

**Deducibles.**

*No se contemplan deducibles para las indemnizaciones por seguro de vida..."*

**FALLECIMIENTO DE LA ASEGURADA**

8. La Asegurada LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ falleció el 30 de Noviembre del año 2019.
9. La causa del fallecimiento de la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ fue certificada en su Historia Clínica por parte del Grupo Médico EMI, que la atendió el día de su fallecimiento:

*"Impresión diagnóstica*

*Diagnóstico*

*CHOQUE HIPOVOLEMICO*

*HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL, NO*

*ULCERA GASTRICA AGAUA CON HEMORRAGIA*

*Tipo de diagnóstico principal*

*Confirmado nuevo*

*Confirmado nuevo*

*Diagnóstico presunto*

*Clasificación inicial*

*UREGENCIA*

*Clasificación final*

*CONSULTA*

*Origen de la enfermedad*

*13- Enfermedad general*

*"...Concepto médico y prescripción*

*Concepto*

*...con dolor abdominal con posible hemorragia digestiva por ulcera sangrante según la clínica y un choque hipovolémico que generó la muerte (sic) de la paciente. Se expide certificado y se deja en casa."*

**SOBRE PETICIONES ELEVADAS POR EL BENEFICIARIO ANTE LA ASEGURADORA "BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A."**

10. Luego del fallecimiento de la Asegurada señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ, su Compañero Permanente SERGIO GALLEGO GOMEZ en calidad de BENEFICIARIO del SEGURO DE VIDA tomado por el Banco BBVA COLOMBIA S.A. -Oficina de Bello Antioquia- y constituido por "BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.", presentó varias peticiones ante esta Aseguradora.

- 10.1. Las peticiones fueron presentadas con el fin de que la Aseguradora reconociera y pagara en su favor LA INDEMNIZACION correspondiente, que cubre el RIESGO POR MUERTE (por cualquier causa), de la Asegurada y ahora causante LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ quien se identificaba con Cédula de Ciudadanía # 32.408.168.

11. Sobre las peticiones allegadas por el BENEFICIARIO SERGIO GALLEGO GOMEZ "BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A." emitió varias respuestas, así:

**-El 02 de Diciembre de 2019** en comunicación dirigida a la Asegurada fallecida, indicó que: *"En atención a su solicitud enviada el pasado 02/12/2019... le confirmamos que fue remitida al área encargada de su respectivo trámite..."*

**-El 03 de Diciembre de 2019**, también teniendo como destinataria a la Asegurada fallecida, se informó: *"...en atención a su solicitud enviada el pasado*

*02/12/2019..., nos permitimos confirmar que su trámite se encuentra a la espera de la siguiente documentación, para su análisis:*

"Epicrisis sobre la causa del fallecimiento  
Carta de Reclamación o Formatos de Presentación de Indemnizaciones  
Póliza  
Registro Civil de Defunción  
Historia Clínica Amplia y completa con Antecedentes Patológicos  
Documentos de Beneficiarios (Demostrando parentesco)

SE REQUIERE REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION  
SE REQUIERE HISTORIA CLINICA AMPLIA Y COMPLETA DEL AÑO 2016  
Y 2017 DE ENERO A DICIEMBRE"

-El día 18 de Noviembre de 2020, luego de recaudar informaciones y documentos requeridos y luego de analizar los documentos con que contaba el Beneficiario, la suscrita apoderada acudió a la sede u oficina de "BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A." ubicada en Medellín, con el fin de radicar RECLAMACION acompañada de los documentos e informaciones pedidos, pero no fueron recibidos en dicha oficina, en donde la empleada Daniela Zapata quien atendió la diligencia, indicó que dicha reclamación y los anexos debían ser enviados a través del correo electrónico [clientes@bhvaseguros.com.co](mailto:clientes@bhvaseguros.com.co)

-El 03 de Marzo del año 2021 obrando como apoderada del Beneficiario SERGIO GALLEGO GOMEZ y una vez complementada la documentación pedida, envié la reclamación con las Historias Clínicas y demás información completa, por medio del correo electrónico [clientes@bhvaseguros.com.co](mailto:clientes@bhvaseguros.com.co)

Esta reclamación se presentó con base en:

La "POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES TARJETAS DE CREDITO BBVA No. 052972000100", expedida el 09 de Julio del año 2019 sobre la cual, según informó el Beneficiario, no se hallaron anexos ni cláusulas y en la que consta que:

El "Valor Asegurado" es el "Saldo Insoluto de la Deuda"  
Con fecha de "Vigencia desde 01/09/2019 Hasta 01/09/2020"

-El 17 de Marzo de 2021 reiteré la solicitud presentada el día 03 del mismo mes.

-El mismo día 17 de Marzo/2021 la Aseguradora BBVA SEGUROS respondió que: "...nos permitimos informar que el trámite ha sido objetado por los motivos señalados en la comunicación anexa..."

Se anexó comunicación con fecha del 03 de Enero de 2021 dirigida al "BBVA COLOMBIA S.A. Gerente Sucursal Bello", que NO fue conocida por el Beneficiario reclamante en tanto que NO le fue notificada y que por tanto, sólo conoció cuando fue enviada a la suscrita apoderada el 17 de Marzo/2021.

En "la comunicación anexa" se referenció el caso, cuyos datos y apartes transcribo y subrayo en lo que considero pertinente:

"Referencia Tomador BBVA COLOMBIA S.A.  
Asegurado LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ CC 32.408.168  
Póliza VGDB No. 0110043  
Siniestro VGDB- 14117  
Obligación 9611079144

...después del análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de vida del asegurado de la referencia, ...de acuerdo con la historia médica remitida de fecha 09 de

Octubre 2008 encontramos que la señora Luz Elena Sánchez Ortiz, tiene antecedentes de hipertensión arterial.

En la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas...

...la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o padecimientos causantes de la reclamación tengan relación directa con las enfermedades padecidas y no declaradas por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino que porque de acuerdo con el Principio de la Buena Fe Contractual y en aplicación del Artículo 1058 del Código de Comercio, el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hecho que no fue atendido correctamente al obviar mencionar la enfermedad citada anteriormente; la que por su connotación tenía que ser de conocimiento para la aseguradora, para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

...Teniendo en cuenta que al diligenciar la *solicitud del Seguro de Vida Grupo Deudores, el día 31 de Agosto de 2017*, se omitió declarar dichas patologías, ... BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándose el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses."

....ANEXO:

-Fragmento de la Historia Clínica con base en el cual se aplica lo previsto en el Artículo 1050 del Código de Comercio.

-Declaración de Asegurabilidad..."

-El 21 de Septiembre de 2021. Solicitud de copias: En razón de NO haberse ubicado por parte del Beneficiario la "Póliza # VGDB No. 0110043" anunciada en la respuesta del 17 de Marzo, y dado que con esta misma respuesta NO se allegó la "Declaración de Asegurabilidad" que se dijo haber anexado, y con el fin de obtener mayor claridad y certeza, presenté petición ante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., con el fin de que fueran suministradas copias:

- o De la Póliza VGDB # 0110043 con sus anexos: Carátula y Cláusulas/Condiciones
- o Del Certificado Individual de Seguro que corresponde a dicha póliza
- o De la Declaración de Asegurabilidad que no fue anexada y que en la misma carta de objeción se referenció como "...solicitud de Seguro Vida Grupo Deudores... 31 de agosto 2017..."

-El 28 de Septiembre de 2021 envié poder que fue requerido para efecto de las copias solicitadas.

-El 29 de Septiembre de 2021 BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en respuesta a la solicitud de copias presentada el 21 del mismo mes, CERTIFICÓ lo siguiente:

"...LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ (Q.E.P.D.) ...con cédula de ciudadanía No. 32.408.168...  
...adquirió la obligación No. 0013-0158-64-9611079144 con el Banco BBVA Colombia  
...asegurada bajo la Póliza de Seguro de Vida Deudor No. 02 219 0000229860  
...certificado No. 0013-0158-69-4005266275  
...con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO  
Vida (Muerte por cualquier causa)

VR. ASEGURADO  
\$8.000.000.00

La póliza fue emitida con fecha 31/08/2017 y revocada el día 09/08/2020 por mora..."

Con esta respuesta fueron anexados:

-*"SOLICITUD/ CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO M026300110236202669611079144 - Solicitud/Certificado Individual Seguro de Vida Grupo Deudores Póliza No. 0110043"*

-Las "Cláusulas o Condiciones": De las cuales transcribo lo pertinente para el caso:

*"...EXCLUSIONES  
EL AMPARO BASICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES.*

*...CLAUSULA SEPTIMA- IRREDUCTIBILIDAD  
Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.*

*...CLAUSULA NOVENA- RENOVACION  
La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.  
Si las partes anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado...*

*...CLAUSULA DECIMO CUARTA-PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN  
El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren otros medios o documentos engañosos o dolosos."*

**SOBRE OMISIONES E INCONSISTENCIAS EN LAS RESPUESTAS E INFORMACIONES BRINDADAS POR "BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A." QUE HAN DIFICULTADO LA RECLAMACION DEL BENEFICIARIO SEÑOR SERGIO GALLEGO GOMEZ**

12. Las informaciones, certificaciones y copia, brindadas por "BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A." son discordantes entre si y además no coinciden con los datos contenidos en los documentos aportados por el Beneficiario, hallados por él en carpeta personal de la Causante LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ.

12.1. Las siguientes entre otras, son omisiones e inconsistencias observadas y que deben detallarse, por cuanto inciden en la determinación y reconocimiento de derechos y prestaciones en favor del Beneficiario Convocante:

A. DOCUMENTOS E INFORMACIONES APORTADOS POR EL BENEFICIARIO- CONVOCANTE

Para demostrar las omisiones e inconsistencias transcribo lo pertinente, subrayando datos relevantes:

Diciembre 29 del año 2011

**-*"SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO-SEGURO VITAL HALL BANCARIO  
TOMADOR: Banco BBVA - Sucursal Bello  
Cuenta de Ahorros Número : 00130369420200537345  
DATOS DEL SOLICITANTE : SANCHEZ ORTIZ LUZ ELENA  
CEDULA DE CIUDADANIA : 32.408.168***

**-CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO "SEGURO VITAL"**

NUMERO DE PÓLIZA: VG 011

NUMERO CERTIFICADO CONSECUTIVO BANCO: 00130266324000275718

VIGENCIA DESDE: 20111229 HASTA: 20121229

**COBERTURAS**

- VIDA (Muerte Natural o Accidental)
- INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION
- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (DESMEMBRACION- INUTILIZACION)
- ASISTENCIA EN VIAJES

VALOR ASEGURADO 20.000.000.00

**BENEFICIARIOS**

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACION
SERGIO GALLEGO GOMEZ	CONYUGE	100.00

Nota: El valor asegurado se incrementará mensualmente con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC)"

Enero del año 2016

-DOCUMENTO CON INFORMACIONES ENVIADAS A LA ASEGURADA LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ

"...en cumplimiento de lo dispuesto en los Decretos 2555 de 2010 y 673 de 2014 del Ministerio de Hacienda y... Circular Externa 029 de 2014 de la Superintendencia Financiera de Colombia adjuntamos en la presente carta las nuevas y principales condiciones de la Póliza Colectiva de Seguro de Vida 052302000001 expedida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., que ampara tu crédito no hipotecario y/o leasing financiero con BBVA Colombia... (subrayo).  
...el documento... ..informa sobre los principales cambios que trae la póliza colectiva mencionada, vigente desde el pasado primero (1) de enero de 2016...

..Vigencia de la Póliza

1 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2016, renovable hasta el 31 de diciembre de 2017.

**Valor asegurado**

Será el valor insoluto de la deuda o valor inicial del crédito según sea la línea de crédito.

Julio del año 2019

- "POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES TARJETAS DE CREDITO BBVA

POLIZA No. 052972000100

Lugar y fecha de expedición BOGOTA D.C. 9/07/2019

Sucursal BANCASEGUROS

Tomador BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA SA BBVA Nit 860.003.020-1

Asegurado SEGÚN RELACION DE CERTIFICADOS

Vr. Asegurado Saldo insoluto de la deuda

Vigencia

Desde 01/09/2019 Hasta 01/09/2020

Amparos

VIDA (BASICO)

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Vr. Asegurado Saldo Insoluto de la Deuda..."

B. DOCUMENTOS E INFORMACIONES BRINDADOS POR LA CONVOCADA "BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A."

Para demostrar las omisiones e inconsistencias transcribo lo pertinente, subrayando datos relevantes:

Marzo 17 de 2021

Respuesta brindada en esta fecha:

"...nos permitimos informar que el trámite ha sido objetado por los motivos señalados en la comunicación anexa..."

Se refiere a comunicación con fecha del 03 de Enero de 2021 dirigida al "BBVA COLOMBIA S.A. Gerente Sucursal Bello", que NO fue conocida por el Beneficiario reclamante, en tanto que NO le fue notificada, que por tanto sólo se conoció cuando fue enviada a la suscrita apoderada.

En "la comunicación anexa" indicada se referenció el caso y se dio respuesta. Transcribo y subrayo datos pertinentes:

"Referencia Tomador BBVA COLOMBIA S.A.  
Asegurado LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ CC 32.408.168  
Póliza VGDB No. 0110043  
Siniestro VGDB- 14117  
Obligación 9611079144

...después del análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de vida del asegurado de la referencia, ...de acuerdo con la historia médica remitida de fecha 09 de Octubre 2008 encontramos que la señora Luz Elena Sánchez Ortiz, tiene antecedentes de: hipertensión arterial.

...Teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud del Seguro de Vida Grupo Deudores, el día 31 de Agosto de 2017, se omitió declarar dichas patologías, ...BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándose el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses."

Septiembre 29 de 2021

En respuesta a la solicitud de copias presentada el 21 de Septiembre, por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. CERTIFICÓ lo siguiente:

"...LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ (Q.E.P.D.) ...con cédula de ciudadanía No. 32.408.168...  
...adquirió la obligación No. 0013-0158-64-9611079144 con el Banco BBVA Colombia  
...asegurada bajo la Póliza de Seguro de Vida Deudor No. 02 219 0000229860  
...certificado No. 0013-0158-69-4005266275  
...con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

<u>AMPARO</u>	<u>VR. ASEGURADO</u>
<u>Vida (Muerte por cualquier causa)</u>	<u>\$8.000.000.00</u>

La póliza fue emitida con fecha 31/08/2017 y revocada el día 09/08/2020 por mora..."

Con esta respuesta fueron anexados:

-"SOLICITUD/ CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO M026300110236202669611079144 - Solicitud/Certificado Individual Seguro de Vida Grupo Deudores Póliza No. 0110043"

-Las "Cláusulas o Condiciones": De las cuales transcribo lo pertinente:

"...EXCLUSIONES  
EL AMPARO BASICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES.

...CLAUSULA SEPTIMA- IRREDUCTIBILIDAD  
Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

...CLAUSULA DECIMO CUARTA-PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN  
El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieren otros medios o documentos engañosos o dolosos."

### C. CUADRO COMPARATIVO QUE DETALLA Y EVIDENCIA LAS OMISIONES E INCONSISTENCIAS

Se relacionan cronológicamente: Según fechas de documentos que estaban en poder de la Causante y que fueron hallados por el Beneficiario (los tres primeros) y los demás, provenientes de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., según orden de las informaciones brindadas por esta aseguradora.

#### 1. Allegados por el Beneficiario:

##### 1.1. DICIEMBRE DEL AÑO 2011

POLIZA	EXPEDICION	VIGENCIA	VALOR ASEGURADO
No. VG 011	29/12/2011	20111229 a 20121229	\$20.000.00.00

#### COBERTURAS

Vida (Muerte Natural o Accidental)  
Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración  
Incapacidad Total y Permanente (Desmembración – Inutilización)  
Asistencia en Viajes

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO "SEGURO VITAL"  
Número Certificado Consecutivo Banco: 00130266324000275718

##### 1.2. ENERO DEL AÑO 2016 (DOCUMENTO INFORMATIVO)

POLIZA	EXPEDICION	VIGENCIA
Colectiva de Seguro de Vida 052302000001		1 de Enero de 2016 al 31 de Diciembre de 2016, renovable hasta el 31 de diciembre de 2017

VALOR ASEGURADO  
Será el valor insoluto de la deuda o valor inicial del crédito según sea la línea de crédito.

#### AMPAROS BASICOS

Cubre a los miembros del grupo asegurado contra el riesgo de muerte por cualquier causa, incluyendo el suicidio y el homicidio desde el primer día, hasta por la suma asegurada contratada para este amparo.

#### AMPARO Y COBERTURAS ADICIONALES

Incapacidad Total y Permanente

##### 1.3. JULIO DEL AÑO 2019

POLIZA	EXPEDICION	VIGENCIA
No. 052972000100	09/07/2019	01/09/2019 Hasta 01/09/2020



2. POLIZAS

CERTIFICADOS

- |   |   |
|---|---|
| -VGDB No. 0110043                                 | Sin datos sobre certificado   |
| -Seguro Vida Deudor No. 02 2190000229860          | No. 0013-0158-69-4005266275   |
| -Seguro de Vida Grupo Deudores Póliza No. 0110043 | SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL<br>SEGURO M026300110236202669611079144 |

13. Las omisiones e inconsistencias expuestas, así como la "objeción" sin sustento, opuesta a la reclamación, han dificultado el trámite para reconocimiento de los derechos que asisten al Beneficiario Convocante, todo lo cual además de violar el Debido Proceso, también va en contravía de los Principios de Buena Fe, Transparencia, Lealtad, Legalidad, Eficacia y Favorabilidad, entre otros.
14. Los derechos que asisten al Beneficiario Convocante, así como las omisiones e inconsistencias reseñadas, obligan a formular las peticiones materia de la Conciliación con base en los sustentos que son más favorables al Convocante, y teniendo en cuenta la "Posición Dominante" de la Aseguradora Convocada.
15. De acuerdo a las omisiones e inconsistencias narradas, y de oponerse o rebatir la reclamación del Convocante, la Aseguradora Convocada está llamada a rendir informaciones y aclaraciones que sustenten debidamente su oposición, en aras a los Principios de Buena Fe, Transparencia, Lealtad, Legalidad, Eficacia y Favorabilidad y bajo parámetros del Debido Proceso, entre otros.
- 15.1. De acuerdo a lo aquí expuesto y en caso de renuencia por parte de la Aseguradora Convocada, respecto al deber de brindar las claridades en este caso, entonces en consonancia con las Normas aplicables y los Principios invocados, deberá entenderse que los datos sobre la Póliza y sus anexos y condiciones, así como el porcentaje y monto de la indemnización, brindados por el Beneficiario Convocante, son los que apoyan las peticiones de éste.
16. En consecuencia de lo expuesto, la Conciliación propuesta se fundamenta en la POLIZA más reciente, la No. 052972000100 EXPEDIDA EL 09/07/2019 CON VIGENCIA DESDE EL 01/09/2019 HASTA EL 01/09/2020, y por cuanto de la misma no fue posible conocer el monto de la Indemnización, se propone como tal la suma de \$20.000.000.00, que desde un principio se fijó de manera cierta, clara y conocida por la Asegurada.
- 16.1. Lo expuesto no solo se sustenta en las omisiones e inconsistencias provenientes de la Aseguradora Convocada, sino además, entre otros, de la siguiente "Nota" consignada en la Póliza inicial y en lo previsto en las "Condiciones Generales" aplicables:

*Nota: El valor asegurado se incrementará mensualmente con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC)*

*Cláusulas o Condiciones:*

*"...EXCLUSIONES  
EL AMPARO BASICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES.*

*...CLAUSULA SEPTIMA- IRREDUCTIBILIDAD*

*Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad."*

- 16.2. Lo aquí expuesto, sin perjuicio de lo que debidamente sea aclarado y acreditado dentro del trámite de Conciliación, en aras de la Buena Fe, la Transparencia y Eficacia y en pro de los derechos que asisten al Convocante.
17. GASTOS Y HONORARIOS: Para trámite de la presente Conciliación el Convocante ha sufragado gastos por: Certificado de Existencia y Representación y por copias, por valor de \$25.000.00 y por Expensas en favor del Centro de Conciliación por valor de \_\_\_\_\_.
- En cuanto honorarios profesionales por asesoría y asistencia para el presente Trámite de Conciliación pagó a su apoderada lo equivalente a dos y medio salarios mínimos mensuales legales vigentes: \$2.500.000.00

## II. PETICIONES

Con fundamento en lo expuesto y en las Normas Jurídicas aplicables, comedidamente solicito a este Centro de Conciliación FIJAR FECHA Y HORA PARA CELEBRACION DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL, a fin de obtener a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. ("BBVA SEGUROS DE VIDA"), identificada con NIT No. 800.240.882-0:

1. El reconocimiento y pago de INDEMNIZACION POR SEGURO DE VIDA en la suma de VEINTE MILLONES DE PESOS M.L. (\$20.000.000.00) en favor del señor SERGIO GALLEG0 GOMEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8.397.340, en su calidad de BENEFICIARIO de la Asegurada LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ quien se identificaba con Cédula de Ciudadanía No. 32.408.168.
  - 1.1. Lo aquí pedido, sin perjuicio de lo que debidamente sea aclarado y acreditado dentro del trámite de la Conciliación, en aras de la Buena Fe, la Transparencia y Eficacia, y en pro de los derechos que asisten al Convocante.
2. Que de acuerdo a lo pactado y a lo previsto por Ley, esta suma debe actualizarse con la liquidación mensual del Índice de Precios al Consumidor causado desde su fijación y hasta la vigencia de la Póliza No. 052972000100 EXPEDIDA EL 09/07/2019 que apoya la Indemnización reclamada por el Seguro de Vida representado en la misma.
  - 2.1. Lo aquí pedido, sin perjuicio de lo que debidamente sea aclarado y acreditado dentro del trámite de la Conciliación, en aras de la Buena Fe, la Transparencia y Eficacia, y de acuerdo a los derechos que asisten al Convocante.
3. El reconocimiento y pago de los Intereses Moratorios Comerciales causados desde el tres (3) de Febrero del año 2020 (sesenta (60) días después de la primera reclamación -02 de Diciembre de 2019) y hasta cuando se solucione el pago total.
4. Los gastos y honorarios causados: \$\_\_\_\_\_ por los gastos sufragados; la suma de \$2.500.000.00 por honorarios profesionales.

### III. PRUEBAS Y ANEXOS

Para acreditar los hechos expuestos se allega como pruebas copias de los siguientes documentos:

- Poder conferido por el Convocante
- Certificado de Existencia y Representación de la Aseguradora Convocada
- Cédulas de Ciudadanía de la Asegurada y del Convocante
- Registro Civil de Defunción de la Asegurada
- Solicitud de Seguro de Vida Grupo No. 00130369420200537345 del 29 de Diciembre/2011
- Declaración de Asegurabilidad del 29 de Diciembre/2011
- Escrito de felicitación del 29 de Diciembre/2011
- Certificado Individual de Seguro "SEGURO VITAL", No. 00130266324000275718 (consecutivo banco) de la Póliza No. VG 011 del 29 de Diciembre/2011
- Cláusulas de la Póliza- Condiciones para el producto "SEGURO VITAL"
- Documento informativo del mes de Enero de 2016
- Póliza No. 052972000100
- Notificación de Estado de Solicitud BBVA de Diciembre 02 de 2019
- Notificación de Estado de Solicitud BBVA de Diciembre 03 de 2019
- Comprobante de envío de reclamación del 03 de Marzo/2021
- Comprobante de envío de respuesta a reclamación
- Comunicación de Objeción fechada a 03 de Enero/2020, dirigida a "BBVA COLOMBIA S.A.- Gerente Sucursal Bello-" anexa a respuesta sobre reclamación con extracto de Historia Clínica anexo
- Petición sobre copias del 20 de Septiembre/2021
- Certificación del 29 de Septiembre/2021 con: "Solicitud/Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo Deudores No. M026300110236202669611079144" - "Póliza No. 0110043" y "Cláusulas o Condiciones de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores Bancaseguros".
- Historias Clínicas de la Causante Asegurada
- Copias para traslados

### IV. DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

CONVOCANTE: SERGIO GALLEGO GOMEZ: Calle 24 No. 55-59 Bello Ant.  
TEL. 323 2414562  
Correo electrónico: [gallegosergio29@gmail.com](mailto:gallegosergio29@gmail.com)

APODERADA: Carrera 50 No. 50-48 Of. 403, Medellín. Tel. 305 3231627 ✓  
Correo electrónico: [nancy731@gmail.com](mailto:nancy731@gmail.com)

AUTORIZACION: Autorizamos enviar comunicaciones y/o notificaciones a los correos electrónicos aquí anotados.

CONVOCADA:  
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. ("BBVA SEGUROS DE VIDA"):

-Carrera 7 No. 71-52 Torre A Piso 12 Bogotá D.C.  
Tels.: 601 3078080- 2191100 018000912227 018000934020  
Correo electrónico: [clientes@bbvaseguros.com.co](mailto:clientes@bbvaseguros.com.co)

-Carrera 43A No. 1A Sur-39 Piso 6 Medellín  
Tel.: 604 369 5309  
Correo electrónico: [clientes@hbvaseguros.com.co](mailto:clientes@hbvaseguros.com.co)

V. **SOBRE CELEBRACION DE AUDIENCIA(S) PRESENCIAL(ES)**

Comedidamente y con el fin de facilitar al solicitante su asistencia y participación, solicito a este Centro de Conciliación disponer que el TRAMITE Y CELEBRACION DE LA(S) AUDIENCIA(S) correspondiente(s) se realice(n) de manera presencial.

Agradecemos la atención brindada.

Atentamente,

  
NANCY DEL S. CASTRO RENDON  
T.P. 55.915 del C.S.J.  
C.C. 43.001.289

**CENTRO DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE DE LA ASOCIACIÓN DE  
 CONSUMIDORES DE MEDELLÍN**

**Código  
 Centro**

**1194**

**CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO  
 CONSTANCIA - INASISTENCIA CONVOCADO**

**Número del Caso en el centro:** 3903 **Fecha de solicitud:** 19 de abril de 2022  
**Cuantía:** CUANTIA **Fecha del resultado:** 13 de mayo de 2022  
 INDETERMINADA

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	8397340	SERGIO GALLEGO GOMEZ

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	800240882	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

<b>Area:</b>	<b>Tema:</b> SEGUROS
CIVIL Y COMERCIAL	<b>Subtema:</b>

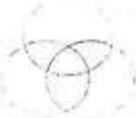
**Conciliador:** LAURA GERTRUDIS BAÑOL BETANCUR  
**Identificación:** 43685462

El presente documento corresponde al registro del caso en el Sistema de Información de la Conciliación, el Arbitraje y la Amigable Composición -SICAAC del Ministerio de Justicia y del Derecho, de conformidad con lo señalado en el artículo 2.2.4.2.7.7 del Decreto 1069 de 2015. Una vez se ha verificado el cumplimiento de los requisitos formales establecidos en el artículo 1º de la Ley 640 de 2001 y corroborada la adscripción del (la) conciliador(a) a este Centro de Conciliación.

En constancia de lo anterior, se suscribe por el (la) Director(a) del Centro.

Identificador Nacional SICAAC	
<b>N° Caso:</b>	1958621
<b>N° De Resultado:</b>	1819716

**Firma:**   
**Nombre:** JUAN CARLOS BAÑOL BETANCUR  
**Identificación:** 15916074



**Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición**  
**Asociación de Consumidores de Medellín**

Resolución No. 0282 de 2004  
Ministerio del Interior y de Justicia



## CONSTANCIA N<sup>o</sup>3903

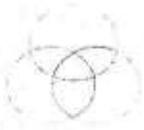
(No asistencia)

El conciliador del Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición CENTRO DE CONCILIACIÓN, ARBITRAJE Y AMIGABLE COMPOSICIÓN ASOCIACIÓN DE CONSUMIDORES DE MEDELLIN, de conformidad con el artículo 2 de la ley 640 de 2001, acorde con los presupuestos de la norma, procede a expedir la siguiente constancia para los efectos legales y judiciales que se estimen pertinentes.

FECHA SOLICITUD:	19 DE ABRIL 2022
SOLICITANTE:	SERGIO GALLEGO GOMEZ
SOLICITADO:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A
FECHA AUDIENCIA:	06 DE MAYO DE 2022
HORA:	9:00 A.M
MATERIA OBJETO DE CONCILIACIÓN:	COMERCIAL CONTRATO DE SEGURO
CUANTÍA:	Menor
LUGAR:	CENTRO DE CONCILIACIÓN, ARBITRAJE Y AMIGABLE COMPOSICIÓN ASOCIACIÓN DE CONSUMIDORES DE MEDELLIN -
CÓDIGO CENTRO DE CONCILIACIÓN:	1194
CONCILIADOR(A):	LAURA GERTRUDIS BAÑOL BETANCUR
CÓDIGO CONCILIADOR(A):	1194+43685462

En cumplimiento de la ley 640 de 2001, artículo 2 numeral 2 se deja expresa constancia de lo siguiente:

**PRIMERO: Inicio Audiencia y Diligencia.** El conciliador(a) en los términos del artículo 107 del Código General del Proceso, procedió a darle INICIO A LA AUDIENCIA; en los términos de la citada norma, "Las audiencias y diligencias se sujetarán a las siguientes reglas: "1. Iniciación y concurrencia. Toda audiencia será presidida por el juez y, en su caso, por los magistrados que conozcan del proceso (...). Las audiencias y diligencias se iniciarán en el primer minuto de la hora señalada para ellas, aun cuando ninguna de las partes o sus apoderados se halle presentes. (...) Las partes, los terceros intervinientes o sus apoderados que asistan después de iniciada la audiencia o diligencia asumirán la actuación en el estado en que se encuentre al momento de su concurrencia."



*Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición  
Asociación de Consumidores de Medellín*

*Resolución No. 0282 de 2004  
Ministerio del Interior y de Justicia*



**SEGUNDO: Identificación:** En el municipio de Medellín, a los 06 días del mes de Mayo del dos mil veintidós (2022), atendiendo la citación escrita efectuada por el conciliador del Centro de Conciliación de la Asociación de Consumidores de Medellín- institución autorizada por la resolución 0282 del 1 de Marzo de 2004, Expedida por el Ministerio del Interior y de Justicia, en cumplimiento de lo ordenado por las leyes 446 de 1.998 y 640 del 2001, Decreto 1069 de 2015 y sus decretos reglamentarios, se deja expresa constancia que a la audiencia de conciliación comparecieron: de un lado el señor SERGIO GALLEGO GOMEZ, identificado con cédula número 8.397.340; quien para efectos de esta diligencia, constituye la parte solicitante, domiciliado en la dirección Calle 24 A # 55- 59 de Bello Antioquia teléfono .32322414562; correo electrónico gallegosergio29@gmail.com; donde recibirá notificaciones; acompañado de su apoderado judicial doctora NANCY DEL SOCORRO CASTRO RENDON, identificado con cédula número 43.001.289 y T.P.- 55.915, del C.S.J. domiciliado en la dirección Carrera 50 # 50-48 Oficina 403 Medellín y correo electrónico nancy731@gmail.com, donde recibirá notificaciones; la conciliadora hace constar que la entidad citada, esto es BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, no se hace presente en la sede del centro de conciliación, actúa como **CONCILIADOR(A)** la doctora LAURA GERTRUDIS BAÑOL BETANCUR, con cédula número 43.685.462 y T.P89.957 del C.S.J.

Parágrafo: La información personal y datos personales suministrados por las partes dentro de la diligencia y contenidos en este documento y formatos que para el efecto se diligencien, serán utilizados para los fines de reportes al Ministerio de Justicia y del Derecho, así como en las bases de datos del Centro de Conciliación, por lo tanto el usuario acepta de manera expresa con la firma de este documento su utilización, manejo y mantenimiento, conforme a la ley de habeas data y sus decretos reglamentarios.

**TERCERO: Reconocimiento.** Acto seguido el conciliador(a) reconoce personería a los abogados presentes en la diligencia y señala el deber contenido en la ley 1123 de 2007 Artículo 38 "Son faltas contra el deber de prevenir litigios y facilitar los mecanismos de solución alternativa de conflictos: 1. Promover o fomentar litigios innecesarios, inocuos o fraudulentos. 2. Entorpecer los mecanismos de solución alternativa de conflictos con el propósito de obtener un lucro mayor o fomentarlos en su propio beneficio".

**CUARTO: Control de legalidad:** Que el día 19 del mes de Abril del año 2.022, Sergio Gallego Gómez, a través de apoderada, radicó solicitud de conciliación ante este centro, que una vez recibida esta documentación el centro de conciliación procedió a designar a la doctor LAURA GERTRUDIS BAÑOL BETANCUR, como conciliador, quien procedió a realizar el control de legalidad y se dispuso a impartir



**Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición**  
**Asociación de Consumidores de Medellín**

**Resolución No. 0282 de 2004**  
**Ministerio del Interior y de Justicia**



el trámite, habiendo encontrado que el asunto era susceptible de darle trámite conciliatorio, por tratarse de materia transable, conciliable o desistible, procediéndose señalar las partes que debían ser citadas a la audiencia de conciliación y a fijar la fecha para la realización de la misma el día 06 de Mayo 2022- a las 9:00 a.m fecha de la cual fueron notificadas las partes por medio de citación escrita a la dirección de la parte citada, misma que fuere suministrada por la parte solicitante.

**QUINTO: Asunto Objeto de Trámite:** Las diferencias que han surgido entre las partes, hoy reunidas en esta diligencia, son las siguientes, los cuales fueron tomados de la solicitud radicada, y que se transcribe a continuación: Los hechos se encuentran contenidos en la solicitud de conciliación.

**Pretende el solicitante de este trámite:** FIJAR FECHA Y HORA PARA CELEBRACION DE AUDIENCIA DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL, a fin de obtener a cargo de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. ("BBVA SEGUROS DE VIDA"), identificada con NIT No. 800.240.882-0:

1. El reconocimiento y pago de INDEMNIZACION POR SEGURO DE VIDA en la suma de VEINTE MILLONES DE PESOS M.L. (\$20.000.000.00) en favor del señor SERGIO GALLEGU GOMEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8.397.340, en su calidad de BENEFICIARIO de la Asegurada LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ quien se identificaba con Cédula de Ciudadanía No. 32.408.168.

1.1. Lo aquí pedido, sin perjuicio de lo que debidamente sea aclarado y acreditado dentro del trámite de la Conciliación, en aras de la Buena Fe, la Transparencia y Eficacia, y en pro de los derechos que asisten al Convocante.

2. Que de acuerdo a lo pactado y a lo previsto por Ley, esta suma debe actualizarse con la liquidación mensual del Índice de Precios al Consumidor causado desde su fijación y hasta la vigencia de la Póliza No. 052972000100 EXPEDIDA EL 09/07/2019 que apoya la Indemnización reclamada por el Seguro de Vida representado en la misma.

2.1. Lo aquí pedido, sin perjuicio de lo que debidamente sea aclarado y acreditado dentro del trámite de la Conciliación, en aras de la Buena Fe, la Transparencia y Eficacia, y de acuerdo a los derechos que asisten al Convocante.

3. El reconocimiento y pago de los Intereses Moratorios Comerciales causados desde el tres (3) de Febrero del año 2020 (sesenta (60) días después de la primera reclamación -02 de diciembre de 2019) y hasta cuando se solucione el pago total.

4. Los gastos, expensas y honorarios causados y sufragados; la suma de \$2.975.000.00."

**SEXTO: ; INFORME DE LA AUDIENCIA:** Una vez constituida la conciliadora en audiencia de conciliación, se verifica la presencia de la parte solicitante y su apoderada, pero no se hace presenta la parte solicitada, a pesar de que se esperó por el lapso de 30 minutos y no apareció ningún funcionario o apoderado que representara a la entidad citada. La conciliadora informa que realizó la citación a la



**Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición**  
**Asociación de Consumidores de Medellín**

Resolución No. 0282 de 2004  
Ministerio del Interior y de Justicia



entidad requerida a las direcciones informada, así como las contenidas en el certificado de existencia y representación, así mismo remitió por correo electrónico la citación. También se hace constar que, hasta la hora de inicio de la audiencia, no se recibió comunicación alguna procedente de la parte citada. Siendo las 9:30 a.m se cierra la diligencia y se dará aplicación a la ley 640 de 2001 en el sentido de esperar por el lapso de 3 días al cabo del cual se expedirá el documento que corresponda.

**SÉPTIMO:** Se hace constar que la citación fue remitida a la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A a la dirección contenida en el certificado de existencia y representación a la carrera 7 # 71-82 Torre A piso 12 Bogotá D.C, con guía de servientrega número 9149497825 así mismo se remitió al correo electrónico [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com); así mismo también se remitió la citación a través de la empresa Inter rapidísimo s.a a la dirección carrera 43 a # 1 a sur 39 piso 6.

**OCTAVO:** Se hace constar que la parte solicitada por ningún medio hizo llegar justificación de la inasistencia, en la oportunidad establecida en la ley 640 de 2.001, pudiéndose con esta situación derivar el indicio grave en contra de las excepciones o pretensiones de la parte no asistente; igualmente la multa a favor del Consejo Superior de la Judicatura y el no volver a intentar audiencia de conciliación en el trámite del respectivo proceso.

**NOVENO:** Que con este documento se demuestra el requisito de procedibilidad contenido en la ley 640 de 2001, para acudir ante la jurisdicción. El conciliador Conjuntamente con la constancia, hace entrega los documentos aportados con la solicitud de conciliación; entregará toda la actuación la secretaria centro de conciliación con el fin que se haga la anotación en el libro de constancias, reporte en el SICAAC y se proceda a su archivo.

**EL CONCILIADOR**

LAURA GERTRUDIS BANOL BETANCUR  
NOMBRES Y APELLIDOS

Registro Ministerio de Justicia y el Derecho  
Código 1194- 43685462  
T.P89.957 C.S.J.  
Consta de cuatro(4) folios.

NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO DE BELLO  
CARRERA 51 No. 51 – 55 PBX 466 5454  
ACTA DE DECLARACION EXTRAPROCESO JURAMENTADA No  
10188  
DECRETO 1557 DE 1989



En el Municipio de Bello, Departamento de Antioquia, República de Colombia, en la fecha 03/12/2019, ante el despacho de la **NOTARÍA PRIMERA DEL CÍRCULO DE BELLO**, cuya Notaria encargada es la Dra. **LILIANA MARIA GUTIERREZ CASTAÑO**, comparecieron los ciudadanos: **JESUS ALFONSO CARDEÑO ARANGO** quien se identificó con Cédula de Ciudadanía N. 8.236.936 documento expedido en MEDELLIN y **MARGARITA DE JESUS CASTRO DE CARDEÑO** quien se identificó con Cedula de Ciudadanía N. 32.079.682 documento expedido en MEDELLIN y ambos solicitaron se les recibiera declaración extraproceso, de conformidad con las prescripciones del decreto 1557 de 1989 y el Artículo 188 del Código General del Proceso. Acto seguido la suscrita Notaria (E), previa imposición a los declarantes de la responsabilidad que asumen al declarar bajo la gravedad del juramento, procedió a interrogarlos de acuerdo con lo solicitado y contestaron:

**GENERALIDADES DE LA LEY:** Nos llamamos como quedó dicho, el primer declarante es hijo de JOSE DE JESUS Y ANA FRANCISCA, de estado civil CASADO, de profesión y/o ocupación INGENIERO y con domicilio en BELLO en la CL 24 A N° 55-67, teléfono 2738773; la segunda declarante es hija de MANUEL ANGEL Y ANA DE JESUS, de estado civil CASADA, de profesión y/o ocupación ENFERMERA y con domicilio en BELLO en la CL 24 A N° 55-67, teléfono 2738773.

**SOBRE LOS HECHOS MOTIVO DE SU DECLARACION EL PRIMER DECLARANTE EXPUSO:** En la fecha me presente en esta notaria a declarar bajo la gravedad del juramento y dar fiel testimonio que: Conocí en vida, de vista, trato y comunicación desde el 1979 el a la señora **LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ** quien se identificaba con cédula de ciudadanía N° 32.408.168 y quien falleció el 30 DE NOVIEMBRE DEL 2019, la conocí porque fuimos vecinos del Barrio La Cabañita del Municipio de Bello. Porque la conocí me consta que desde el 07 DE FEBRERO 1998 convivio en unión libre con el señor **SERGIO GALLEGO GOMEZ** quien se identifica con cédula de ciudadanía N° 8.397.340, convivencia en la que compartieron techo, lecho y mesa hasta el fallecimiento de la señora **LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ** el día 30 DE NOVIEMBRE DEL 2019. De esta unión no tuvieron hijos.

En virtud de amigo me consta que entre la señora **LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ** y el señor **SERGIO GALLEGO GOMEZ** eran quienes asistían económicamente las necesidades y obligaciones del hogar.

No tengo conocimiento que la señora **LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ** haya adelantado procesos de sucesiones o de bienes, no dejo testamento antes de fallecer y hasta la fecha de su fallecimiento no dejo albacea con tenencia ni administración de bienes.

No tengo conocimiento de que haya otra familia fuera de la ya nombrada y es el citado en esta declaración su compañero el único heredero y beneficiario a recibir y reclamar lo relacionado con su fallecimiento, no existen otras personas con igual o mejor derecho, no existen hijos extramatrimoniales, ni adoptivos, ni por llegar a reconocer y en caso de que llegaran a aparecer él se haría responsable.

**SOBRE LOS HECHOS MOTIVO DE SU DECLARACION LA SEGUNDA DECLARANTE EXPUSO:** En la fecha me presente en esta notaria a declarar bajo la gravedad del juramento y dar fiel testimonio que: Conocí en vida, de vista, trato y comunicación desde el 1979 el a la señora **LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ** quien se identificaba con cédula de ciudadanía N° 32.408.168 y quien falleció el 30 DE NOVIEMBRE DEL 2019, la conocí porque fuimos vecinos del Barrio La Cabañita del Municipio de Bello. Porque la conocí me consta que desde el 07 DE FEBRERO 1998 convivio en unión libre con el señor **SERGIO GALLEGO GOMEZ** quien se identifica con cédula de ciudadanía N° 8.397.340, convivencia en la que compartieron techo, lecho y mesa hasta el fallecimiento de la señora **LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ** el día 30 DE NOVIEMBRE DEL 2019. De esta unión no tuvieron hijos.

Auxiliar de protocolo: - LEIDY- SISTEMA NOTARIAL

NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO DE BELLO  
CARRERA 51 No. 51 – 55 PBX 466 5454  
ACTA DE DECLARACION EXTRAPROCESO JURAMENTADA No  
10188  
DECRETO 1557 DE 1989

En virtud de amiga me consta que entre la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ y el señor SERGIO GALLEGO GOMEZ eran quienes asistían económicamente las necesidades y obligaciones del hogar.

No tengo conocimiento que la señora LUZ ELENA SANCHEZ ORTIZ haya adelantado procesos de sucesiones o de bienes, no dejo testamento antes de fallecer y hasta la fecha de su fallecimiento no dejo albacea con tenencia ni administración de bienes.

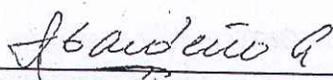
No tengo conocimiento de que haya otra familia fuera de la ya nombrada y es el citado en esta declaración su compañero el único heredero y beneficiario a recibir y reclamar lo relacionado con su fallecimiento, no existen otras personas con igual o mejor derecho, no existen hijos extramatrimoniales, ni adoptivos, ni por llegar a reconocer y en caso de que llegaran a aparecer él se haría responsable.

Los deponentes revelaron mente sana, se expresaron con claridad y firman la presente acta junto con la suscrita Notaria (E). La anterior declaración se expide a solicitud y ruego de la interesada y para los fines pertinentes.

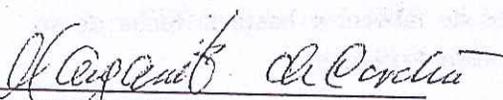
DERECHOS NOTARIALES	I.V.A	TOTAL
---------------------	-------	-------

13.100	2.489	\$ 15.589
--------	-------	-----------

**Nota aclaratoria:** Lea cuidadosamente su declaración antes de firmarla, la notaría no se hace responsable de inexactitudes en la misma, y en caso de presentarse, deberá el usuario(a) a su costa efectuar una nueva declaración.

  
FIRMA DEL PRIMER DECLARANTE

  
Huella Dactilar  
Índice Derecho

  
FIRMA DE LA SEGUNDA DECLARANTE

  
Huella Dactilar  
Índice Derecho

Dra. LILIANA MARIA GUTIERREZ CASTAÑO  
NOTARIA ENCARGADA.

