

Bogotá D.C., 02 de agosto de 2016

Señores
BBVA COLOMBIA S.A.
Sucursal Calle Grande
Atn. Sr(a).
Gerente

REF.	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	AFECTADO	DIOGENES PEREZ ALVAREZ
	CEDULA	17951110
	POLIZA	VGD No. 0110043
	OBLIGACIÓN	00130510739602246125
	RECLAMO	BS 2424
	AMPARO	INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL

Respetados Señores:

Por medio de la presente le informamos que después del análisis de la reclamación afectando el amparo de Incapacidad Total y Temporal, nos permitimos manifestarles que una vez analizados los documentos soportes y realizado el respectivo control de cartera, hemos evidenciado que el seguro del señor Diógenes Pérez Álvarez respecto de la obligación en referencia fue terminado por mora en el pago de las primas desde el 04 de Noviembre de 2014 y la fecha de la incapacidad inició el 22 de marzo de 2016, lo que nos indica la inexistencia de cobertura.

Teniendo en cuenta que el artículo 1152 del Código de Comercio establece:

"(...) El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las."

Siendo evidente la terminación inmediata del contrato de seguro por falta de pago de las primas, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y /o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordial Saludo,



Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

Copia: Sr. Diógenes Pérez Álvarez, Dirección: Diagonal 20 B No. 23 – 62 de Valledupar, Cesar. Tel. 3145978033
Elaboró: DEPM

adelante.

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES

M026300000000605109602246125

AMPAOS: VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN Y INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL		CIUDAD	
AÑO	MES	DÍA	CALLE GRANDE		VALLEDUPAR	
2013	10	29	VIGENCIA			
TOMADOR BENEFICIARIO NEVA COLOMBIA		MIT 860.003.020-1	DESDE		HASTA	A LAS 24 HORAS
			AÑO 2013 MES 10 DÍA 29		FIN CREDITO	

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRES Y APELLIDOS DIOGENES PEREZ ALVAREZ					IDENTIFICACIÓN C.C O MIT 0000000017951110 1	
FECHA DE NACIMIENTO		AÑO	MES	DÍA	EDAD	SEXO
		1960	03	08	053	M
DIRECCIÓN				TELÉFONO	CIUDAD	
OTR 000 000 000 DIAGONAL 20B # 2				000095-5705910	VALLEDUPAR	
PROFESIÓN				OCUPACIÓN		
LOTACION DE MINAS Y CANTERAS				OTRA PROFESION		
TASA 10.687	PRIMA EXTRA	ANEXOS ITP/ITT		OBLIGACIÓN No.	Valor de la Obligación (Valor Asegurado)	
FOR MIT	%	Si	No	00130510009602246125	\$2,896,000.0	
PRIMA ANUAL				PRIMA PERIÓDICA		
				PERIODICIDAD	VALOR PRIMA	
\$30,952.00				MENSUAL	\$2,579.00	

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

(TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO EN FORMA CLARA, SIN USAR RAYAS NI COMILLAS)

ESTATURA: 165 CM. PESO 68 Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA Ninguno
FUMA? SI NO CUÁNTOS CIGARILLOS FUMA DIARIAMENTE

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES
APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?

TRANSTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS

ÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLORES, COLORES DE CARERA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS BURSOS, MÚSCULOS O COLUMNA

ENFERMEDADES DEL SAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA EMOLINFÁTICO O
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, HEPÁTICO, VESÍCULA, SIGADO, DIARREAS FRECUENTES O
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, BOQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA?
Caso positivo indique el resultado.

¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:

CERTIFICADO DE ASEGURABILIDAD



M026300000000605109602246125

hoja 2 anexo 1

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

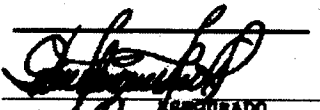
Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o siniestralidad contra mi vida.

En desarrollo del artículo 34 ley 23 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos asegurados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si ésta llegare a celebrarse.

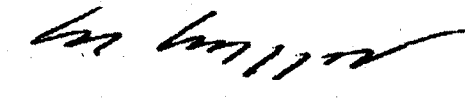
"Autorizo de manera permanente e irrevocable a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., a sus filiales, subsidiarias y subordinadas que existan o que se constituyan en el futuro, a su matriz y a las filiales, subsidiarias y subordinadas de la matriz que existan o que se constituyan en el futuro o a quien represente sus derechos para consultar cualquier base de datos que contenga información sobre mis antecedentes comerciales y financieros, así como reportar, procesar, conservar, solicitar, compartir, actualizar y divulgar dicha información con fines estadísticos, de control, supervisión, encuestas, muestreos, pruebas de mercado y de información comercial. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y/o cualquiera de las entidades arriba citadas quedan autorizadas para suministrar información a sus filiales, subsidiarias y vinculadas, a su casa matriz, así como a las filiales, subsidiarias y vinculadas de ésta, en Colombia o en el exterior, contratistas y/o terceras personas con las cuales BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. establezca relaciones comerciales o contractuales, siempre que tales compañías almacenen, archiven, utilicen y guarden la confidencialidad de la información de acuerdo con las políticas internas de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA y de la ley."

"TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO, LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO" ART. 1058 CÓDIGO DE COMERCIO.

Para constancia se firma en Upa a los 29 días del mes de Octubre 2013.



- 17951110



BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 11 Nro. 87-51 Piso 6
Tel. 2191100 Fax. 6406883 Exts. 1139, 1126, 1226, 1118

ORIGINAL CLIENTE - COPIA 1 BANCO - COPIA 2 ASEGURADORA

BEVA SEGUROS DE VIDA

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

NUMERO DE CONTRATO VINCULADO: 00130510/19F02246125

DATOS DEL PARTICIPE

NOMBRE: DIOGENES PEREZ ALVAREZ

TIPO DE PARTICIPACION: TITULAR

ESTATURA: 164 cms. PESO: 668 kgs.

CUESTIONARIO DE SALUD

Fuma Usted?: NO

PADECE O HA PADECIDO alguna de las afecciones o trastornos siguientes?:

a) Tuberculosis, neumonía, enfisema, sífilis: NO

b) Lesión o debilidad del corazón, infartos, problemas de presión arterial: NO

c) Epilepsia, parálisis, enfermedad mental: NO

d) Enfermedad del hígado, riñones, páncreas: NO

e) Leucemia, diabetes mellitus, hepatitis B, meningitis: NO

f) Sida: NO

g) Cáncer, tumores malignos: NO

h) Sufre usted alguna incapacidad total o parcial permanente?: NO

Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad que no haya sido aludida directamente en este cuestionario?: NO

Realiza Usted alguna de las siguientes profesiones y/o actividades peligrosas?:

Andinismo, Buceo, Automovilismo, Motociclismo, Paracaidismo, Parapente, Ala Delta, Ultraligeros, Trabajo con Explosivos, Bombero, Miembro de las Fuerzas Militares, Representante Político, Escalera, Vigilante, Miembro de la Fiscalía, Minero, Piloto Empleado de Casino, Reportista Profesional, u otras profesiones riesgosas: NO

Firma del Participante: DIOGENES PEREZ ALVAREZ

[Firma manuscrita]
1797.40

sin título
LINEAS A PANTALLA

CALIDAD: ASEGURADO

NOMBRE: DIOGENES PEREZ ALVAREZ

NUMERO CLIENTE: 02596673 IDENTIFICACION: 10000000179511100 -

FECHA DE NACIM: 1960-03-08

SEGUROS ASOCIADOS

NUMERO DE CERTIFICADO	PRODUCTO	PRIMA PERIOD.	SITUACION DEL SEGURO
0013 0510 7 7 4000034564	205	33,945.00	CANCELADO
0013 0510 7 3 4000034580	051	34,800.00	FORMALIZADO
0013 0510 0 0 4000034606	440		CANCELADO
0013 0510 7 6 4000055510	205	19,177.00	CANCELADO
0013 0510 7 7 4000055601	208	35,646.00	CANCELADO
0013 0510 7 2 4000092869	205	22,960.00	CANCELADO
0013 0510 7 7 4000092893	205	40,860.00	PREFORMALIZADO
00130510714000092919	205	1,553.00	CANCELADO
0013 0510 7 8 4000092927	205	40,860.00	PREFORMALIZADO
0013 0510 7 4 4000092943	205	45,139.00	CANCELADO

LINEAS A PANTALLA

CONSULTA DE POLIZA

BOGOTA, 19 DE JULIO DE 2016

SITUACION CONTRATO: 03-CANCELADO

MOTIVO CANCELACION: MORA CLIENTE

USUARIO CANCELACION: BATCH

FECHA DE CANCELACION: 2014-11-04

NUMERO CERTIFICADO: 00130510 71 4000092919

NUMERO POLIZA: 02-205-000

TIPO DE SEGURO: SEGURO DEUDORES VIDA GRUPO

TOMADORES :

BBVA

ASEGURADOS:

DIOGENES PEREZ ALVAREZ

IDENTIFICACION: 000000017951110 1 -

HOMBRE NACIDO EL 08-03-1960

OCUPACION: EXPLOTACION DE MINAS Y CAN

CUENTA CARGO: 00130510 73 0200083231 CUENTA VINCULADA: 00130510739602246125

FECHA ALTA CONTRATO: 2013-10-29 FECHA INICIO RENOVACION : 2013-10-29

DURACION: 036 MESES FECHA PROXIMA RENOVACION : 2016-10-29

OFICINA TITULAR ANTERIOR: 0510 CALLE GRANDE

OFICINA TITULAR ACTUAL: 0510 CALLE GRANDE

SUBPRODUCTO ANTERIOR:

PRIMA: 1,553.00 MENSUALMENTE VENCIDO

PRIMA EXTRA: DESCUENTO : NO TIENE

NUMERO RECIBOS COBRADOS: VALOR RECIBOS COBRADOS:

NUM. RECIBOS PENDIENTES: VALOR REC. PENDIENTES:

MODALIDAD CONTRATADA : 01-MODALIDAD 1 SEGURO VIDA DEUDORES

GARANTIA CONTRATADA: G05-VIDA/I.T.P./DESMEMBRACION/ASIS.VIAJES

VALOR ASEGURADO: 1,643,496.00

LINEAS A PANTALLA
CONSULTA MOVIMIENTOS - SEGUROS

Sin título

BOGOTA, 19 DE JULIO DE 2016

NRO CERTIFICADO: 0013-0510-71-400092919 EN MONEDA: PESO COLOMBIANO

TIPO DE SEGURO : SEGURO DEUDORES VIDA GRUPO

TITULAR :

NRO DE PRESTAMO: 0013-0510-73-9602246125

CUENTA ASOCIADA: 0013-0510-73-0200083231 EN MONEDA: PESO COLOMBIANO

TARJETA ASOCIAD: 0000000000000000

NRO POLIZA : 02 205 0001324021 FECHA DE APERTURA: 29/10/2013

PERIODO DE COBERTURA	IMPORTE	FECH/COBRO	F/PAGO	OFIC	RECI
DEL 29/10/2013 AL 28/11/2013	1,689.00	28/11/2013	BATCH	0510	80490
DEL 29/11/2013 AL 28/12/2013	1,690.00	30/12/2013	BATCH	0510	80497
DEL 29/12/2013 AL 28/01/2014	1,692.00	28/01/2014	BATCH	0510	80503
DEL 29/01/2014 AL 28/02/2014	1,548.00	28/02/2014	BATCH	0510	80510
DEL 01/03/2014 AL 28/03/2014	1,644.00	28/03/2014	BATCH	0510	80516
DEL 29/03/2014 AL 28/04/2014	1,543.00	28/04/2014	BATCH	0510	80523
DEL 29/04/2014 AL 28/05/2014	1,544.00	28/05/2014	BATCH	0510	80530
DEL 29/05/2014 AL 28/06/2014	1,546.00	01/07/2014	BATCH	0510	80536
DEL 29/06/2014 AL 28/07/2014	1,547.00	28/07/2014	BATCH	0510	80543
DEL 29/07/2014 AL 28/08/2014	1,549.00	28/08/2014	BATCH	0510	80550
DEL 29/08/2014 AL 28/09/2014	1,550.00	29/09/2014	BATCH	0510	80556
DEL 29/09/2014 AL 28/10/2014	1,552.00	28/10/2014	BATCH	0510	80563

IMPORTE COBRADO: \$. 19,094.00 DEUDA PENDIENTE: \$. 0.00

LINEAS A PANTALLA

B B V A

FECHA : 2016-07-19

HORA : 15:28:19

OFICINA: 1095

USUARIO: CV24835

TERMINAL: W934

TRANSAC: U400

CONSULTA DEL MOVIMIENTO DE PRESTAMOS

NUMERO DE OPERACION : 0013 0510 7 3 9602246125
 TITULAR : DIOGENES PEREZ ALVAREZ
 IMPORTE CONCEDIDO : 2,896,000.00
 SALDO (VENCIDO+NO VENC.): 456,994.92
 PERIODICIDAD AMORTIZACION : MENSUAL
 PERIODICIDAD LIQUIDACION : UN MES
 PLAN DE AMORTIZACION : 2 IGUAL CAP.
 FECHA DESDE : 01/01/2016 FECHA HASTA : MONEDA: PESO CO

F.LIQUI.	F.OPERA.	CONCEPTO	OFIC.	IMPORTE	SALDO CAPITAL ANTERIOR	S
29062015	18012016	CUOTA AMORTIZA	0510	45,147.76	887,807.76	
		TOTAL DE LA TRANSACCION		45,147.76		
29072015	18012016	CUOTA AMORTIZA	0510	52,667.00	842,660.00	
		TOTAL DE LA TRANSACCION		52,667.00		
29082015	18012016	CUOTA AMORTIZA	0510	52,667.00	789,993.00	
		TOTAL DE LA TRANSACCION		52,667.00		
29092015	18012016	CUOTA AMORTIZA	0510	52,667.00	737,326.00	
		TOTAL DE LA TRANSACCION		52,667.00		
29102015	18012016	CUOTA AMORTIZA	0510	52,667.00	684,659.00	
		TOTAL DE LA TRANSACCION		52,667.00		
29112015	18012016	CUOTA AMORTIZA	0510	52,667.00	631,992.00	

Sin título		
	TOTAL DE LA TRANSACCION	52,667.00
29122015	18012016 CUOTA AMORTIZA 0510	22,330.08
	TOTAL DE LA TRANSACCION	22,330.08
29122015	29032016 CUOTA AMORTIZA 0510	30,336.92
	TOTAL DE LA TRANSACCION	30,336.92
29012016	29032016 CUOTA AMORTIZA 0510	52,667.00
	TOTAL DE LA TRANSACCION	52,667.00
29022016	29032016 CUOTA AMORTIZA 0510	16,996.08
	TOTAL DE LA TRANSACCION	16,996.08

BBVACiudad Vallabupae Fecha 08-07-2016**BBVA Seguros**

3139003

Señores
 BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
 Área de Indemnizaciones
 Carrera 15 No.95- 65 piso 5.
 Bogotá.

REF: PRESENTACIÓN RECLAMACIÓN SINIESTRO VGD # 0110043

Con la presente adjuntamos documentos para el trámite de pago de la indemnización de:

Señor (a) Jorge Pérez Al
 Cédula de Ciudadanía 17951110 de Fmkea
 Dirección Diag: 208 N° 23-62
 Teléfono fijo Celular 3145978033
 Correo electrónico ricopere@hotmail.com
 Ciudad Vallabupae
 Departamento Cesar

Por el siguiente motivo:

FALLECIMIENTO
 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

☒

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
 DESEMPLEO

☐

Quien a la fecha presenta la (s) siguiente (s) obligaciones con esta oficina:

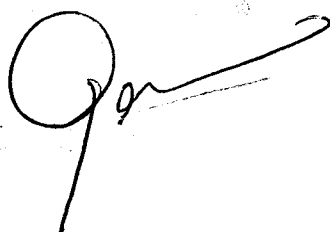
CRÉDITO	TIPO		Saldo (Fallecimiento e ITP)		Vr. Cuotas (ITT)	
	Libranza	Cons- Hip - Com				
510-9602246000			\$	UVR	\$	UVR
510-9602246125			\$	UVR	\$	UVR
510-9602246208			\$	UVR	\$	UVR
			\$	UVR	\$	UVR
			\$	UVR	\$	UVR

Para lo cual, adjuntamos los siguientes documentos

DOCUMENTO	INCAPACIDAD TEMPORAL	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	DESEMPLEO
Fotocopia de la Cédula de ciudadanía (Asegurado)	X	X	X
Certificado de defunción	X		
Historia clínica actualizada, detallada y completa	X	X	X
Declaración de Asegurabilidad/certificado individual del seguro	X	X	X
Certificado emitido por el médico tratante o por la E.P.S, o en su defecto por la Junta Regional de Calificación.			X
Certificado de la incapacidad temporal expedido por el médico tratante de la E.P.S del Asegurado.		X	
Carta de terminación contrato laboral			X
Declaración Jurídica de desempleo (mensualmente)			X

Cordialmente,

Firma y Sello
 Gerente Oficina

PIP 



EPICRISIS

Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES

Afiliado			
Identificación:	17951110	Documento Identidad:	17951110
Dirección:	DIAG 20B N 23 - 62 BARRIO FUNDADORES	Tipo: CC	Carnet No.: 17951110
Ciudad:	20001 VALLEDUPAR	Zona:	U
Sexo:	Masculino	CESAR	No. Autor: 5781349
Contratante:	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	Tipo Vinculación:	C Cotizante
Ocupación:	NO APLICA	Plan:	RP+324 Régimen: Otro
	Estado Civil: Union Libre	Escolaridad:	SECUNDARIA
Admisión			
No. Admisión:	0300023664	Fecha ingreso:	22.MAR.2016 Hora: 06:33 PM
Vía de Ingreso:	Remitido	Habitación:	SIURG007
Médico Ingreso:		Fecha Alta:	23.MAR.2016 Hora: 03:35 PM
Dx Ingreso:	OTROS TRASTORNOS DEL DISCO CERVICAL		
		Médico Tratante:	
Tipo Dx:			
Acompañante:	PEREZ ALVAREZ DIOGENES	Parentesco:	
Dirección Acompañante:	DIAG 20B N 23 - 62 BARRIO FUNDADORES	Telefono:	3145978033

DETALLE

FECHA ENTRADA	22.MAR.2016 - 0:00
FECHA DE SALIDA	23.MAR.2016 - 0:00
22.03.2016 6:55PM HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS	CANTILLO GONZALEZ JOSE JAVIER/Medicina Gen
FORMA DE INGRESO:	03. Remitido Otros Municipios
CAUSA EXTERNA	01. Accidente de Trabajo
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	2. NO
GRUPO POBLACIONAL	
POBLACION ESPECIAL O DISCAPACITADA	2. NO
TIPO DE VICTIMA O SITUACION ESPECIAL DESP.	
OCUPACION	
INFORMACION CLINICA	
MOTIVO DE LA CONSULTA	PACIENTE REMITIDO DE URGENCIA UBA LA MINA
ENFERMEDAD ACTUAL	PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD VICTIMA EN ACCIDENTE DE TRABAJO MIENTRAS OPERAVA MAQUINARIA PESADA CUANDO LA PALA GOLPEO LA TOLBA D CAMION QUE CONDUCA EXTREMECIENDO EL MISMO. SECUNDARIO A ESTO PRESE DOLOR EN COLUMNNA CERVICAL, CEFALEA. SENSACION DE PARESTESIA DE IEMBROS INFERIORES. PACIENTE QUIEN INGRSA CON INMOVILIZACION DEE CUELL CON COLLARIN.
ANTECEDENTES	
FAMILIARES	
Hereditarios	
No Hereditarios	
PERSONALES	
Patológicos	HTA: TTO: ANLODIPINO 5 MG CA DIA
Quirúrgicos	APENDICECTOMIA,
Traumáticos	
Toxico-Alérgicos	
Ginecoobstétricos	
Ambientales	
Inmunizaciones	
Gestacionales	
Ocupacionales y/o Transfusionales	NIEGA
REVISION POR SISTEMAS	ALGIDO SIGONS VITALES NORMAL

Dra. Paola Copona
Medicina de la Actividad
Física y del Deporte
C.C. 1.018.407.341

Médico: RAMOS GIRON ALEJANDRO
Neurocirugía

R.M. 79307321

Enviado a... *31/03/16* *11:5*



EPICRISIS

Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES

EXAMEN FISICO

CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS
CUELLO
TORAX Y CARDIOPULMONAR
ABDOMEN
GENITOURINARIO
DORSO Y EXTREMIDADES
PELVIS
NEUROLOGICO
PIEL Y FANERAS
INTERPRETACION / ANALISIS

NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ
DOLOR A LA MOVILIZACION Y A LA PALPACION
RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, PULMONES CLAROS
BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR
NORMAL
EUTROFICASA SIN EDEMA.
NORMAL SIN DOLOR
FUERZA MUSCULAR CONSERVADA . GLASGOW 15
NORMAL SIN LASERACION

PACIENTE QUIEN INGRESA QUIEN FUE VICTIMA DE ACCIDENTE LABORAL. RECIBE TRAUMA EN REGION CERVICAL. TRAE RX DE COLUMNA CERVICAL QUE MUESTRA APLASTAMIENTO DE CUERPO VERTEBRAL C3. PACIENTE ALGIDO CON PARESTESIA E MIEMBROS INFERIOSA NIVEL PLANTAR. ECSTABLE HEMEODINAMICAMENTE. SE DECIDE INGRESAR PARA REALIZR TAC DE COLUMNA CERVICAL Y VALORACION POR ORTOPEDIA CON RESULTADOS

TRAUMA CERVICAL.

**DIAGNOSTICO (S) DE INGRESO
PLAN**

PLAN DE CUIDADO, MANEJO Y ORDEN MEDICA

OBSERVACION
DIRONA AMP 2GR IV DILUIDO Y LENTO
DEXAMETASONA AMP 8 MG IM
SS TAC DE COLUMNA CERVICAL
VALORACION POR ORTOPEDIA CON RESULTADOS
CSV Y AC

CONDUCTA

TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES DE SALIDA

Evolucion: 22.MAR.2016 19:55 49606728 RODRIGUEZ GONZALEZ ANA MILENA/Medicina General Estancia: 004

Evolución Objetiva

E SUSPENDE VALORACION POR ORTOPEDIA POR QUE NO ES PERTINENTE SE SOLICITA VALORACION POR NEUROCIRUGIA

Evolución Subjetiva

Plan de Manejo

Análisis

Justificación Estancia

Paraclínicos

Evolucion: 22.MAR.2016 21:13 1065562605 MARTINEZ NAVARRO TOMAS RAFAEL/Medicina General Estancia: 004

Evolución Objetiva

SE ABRE FOLIO PARA CORREGIR ORDEN DE TAC DE COLUMNA CERVICAL

Evolución Subjetiva

Plan de Manejo



EPICRISIS

Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES

Análisis

Justificación Estancia

Paraclínicos

Evolucion: 22.MAR.2016 23:30 49606728

RODRIGUEZ GONZALEZ ANA MILENA/Medicina General

Estancia: 004

Evolución Objetiva

**PACIENTE QUE REFIEE CEFALEA INTENSA PLAN:
DIPIRONA 2 GR IV AHORA CONTINUA PRN**

Evolución Subjetiva

Plan de Manejo

Análisis

Justificación Estancia

Paraclínicos

Evolucion: 23.MAR.2016 9:32 7573018

VALENCIA MENDOZA ONEL ALBERTO/Medicina General

Estancia: 004

Evolución Objetiva

NOTA ARA CARGAR ESTUDIO

Evolución Subjetiva

Plan de Manejo

Análisis

Justificación Estancia

Paraclínicos

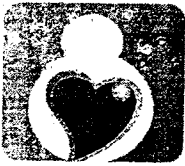
Evolucion: 23.MAR.2016 11:19 79307321

RAMOS GIRON ALEJANDRO/Neurocirugía

Estancia: 004

**Médico: RAMOS GIRON ALEJANDRO
Neurocirugía**

R.M. 79307321



Clinica Laura Daniela S.A. Sede Santa Isabel
900008328-1
Carrera 18D N° 22-33
Teléfonos: 5852222
Valledupar

Consecutivo 0300016632

No. Historia: 17951110

EPICRISIS

Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES

Evolución Objetiva

TRAUMA:

NEUROCIRUGIA:

PACIENTE CON ANTC. DE TRAUMA CERVICAL Y DORSOLUMBAR, POLITRAUMATISMO

INGRESA EN GLASGOW 15 NO FOCALIZADO.

ACTUALMENTE ACEPTANDO A VIA ORAL, ESTABLE HEMODINAMICO. TAC DE COLUMNA CERVICAL DESCARTA COLECCIONES INTRA O EXTRA AXIALES AL IGUAL QUE ALTERACIONES DE TIPO TRAUMATICO. RX DE COLUMNA DORSAL Y LUMBAR SIN ALTERACIONES DE TIPO TRAUMATICO.

ANTEC: NEGA.

NEUROLOGICO: PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO, PC SIN DEFICIT. F5/5 ROT: +/++++, SIGNOS DE ESTIRAMIENTO NEGATIVO, TONO Y TROFISMO NORMAL, SENSIBILIDAD CONSERVADA. COLUMNA SELECT IDADMINISTRADORA FROM USGRUA WHERE GRUPO=MESPEC INSPECCION -PALPACION NORMAL

PLAN: SALIDA CON RECOMENDACIONES MEDIDAS DE ALARMA Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA. DEJAR COLLAR CERVICAL BALNDO POR 12 DIAS. CITA DE CONTROL EN 2 SEMANAS. SE SUGIERE INCAPACIDAD POR 10 DIAS

Evolución Subjetiva

Plan de Manejo

Análisis

Justificación Estancia

Paraclínicos

Evolucion: 23.MAR.2016 13:33 1065202404 MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS/Medicina General

Estancia: 004

Evolución Objetiva

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS VALORADO POR NEUROCIRUGIA QUE CONSIDERA DAR EGRESO CON MANEJO ANALGESICO, PRESENTA CIFRAS TENSIONALES ALTA SIN SINTOMATOLOGIA ADICIONAL. REFIERE SENTIRSE BIEN. SE CONSIDERA POR LO TANTO URGENCIA HIPERTENSIVA QUE REQUIERE DISMINUCION GRADUAL DE PA.

Evolución Subjetiva

ENALAPRIL 20 MG VO

Plan de Manejo

Análisis

Justificación Estancia

Paraclínicos

Evolucion: 23.MAR.2016 14:55 1065202404 MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS/Medicina General

Estancia: 004

Evolución Objetiva

PACIENTE CON ACCIDENTE LABORAL Y TRAUMA CERVICAL CON VALORACION POR NEUROCIRUGIA QUE NO CONSIDERO MANEJO QUIRURGICO, ORDENA EGRESO CON CUELLO ORTOPEDICO Y ANALGESIA AL NO ENCONTRAR LESIONES DE IMPORTANCIA EN LA TOMOGRAFIA CERVICAL. EN EL MOMENTO ESTA ESTABLE, TRANQUILO. ORIENTADO TA: 130/80 SIN SIGNOS DE ALARMA, EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL

Médico: RAMOS GIRON ALEJANDRO
Neurocirugia

R.M. 79307321



Clinica Laura Daniela S.A. Sede Santa Isabel

900008328-1
Carrera 18D N° 22-33
Teléfonos: 5852222
Valledupar

Consecutivo 0300016632

No. Historia: 17951110

EPICRISIS

Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES

Evolución Subjetiva

SALIDA
INMOVILIZACION CERVICAL
MANEJO ANALGESICO
CITA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA CON NEUROCIRUGIA
INCAPACIDAD POR 10 DIAS

Plan de Manejo

Análisis

Justificación Estancia

Tratamientos

23.03.2016 2:58PM ALTA MEDICA

MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS/Medicina General

EVOLUCION

PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS CON ACCIDENTE LABORAL TRAUMATISMOS CERVICAL CON EVOLUCION SATISFACOTIA, IMAGENOLOGIA Y ESCANOGRAFIA NO MUESTRA LESIONES SUSCEPTIBLES DE MANEJO QUIRURGICO SEGUN NEUROCIRUGIA POR LO CAUL SE DA EGRESO

PLAN DE MANEJO

SALIDA
INMOVILIZACION CERVICAL CON CUELLO ORTOPEDICO POR 12 DIAS
INCAPACIDAD MEDICA POR 10 DIAS
ACEITAMINOFEN + CODEINA TAB CADA 6 HORAS
CITA CONTROL POR NEUROCIRUGIA EN 2 SEMANAS

TIPO DE ALTA

1. ALTA MEDICA

CONDICION DE SALIDA

1. VIVO

Datos Egreso

DX Egreso: M508

OTROS TRASTORNOS DEL DISCO CERVICAL

Fecha de Egreso: 23.MAR.2016 15:35

DX 1:

DX 2:

DX 3:

Estado del Paciente al Salir 1 VIVO

Médico: RAMOS GIRON ALEJANDRO
Neurocirugía

R.M. 79307321



Clinica Laura Daniela S.A. Sede Santa Isabel

900008328-1
Carrera 18D N° 22-33
5852222

Krystalos - IX Colombia Ltda.

No. 0300028008

Fecha : 23.03.2016 15:03:05

No. Origen: 0300023664

Paciente: 17951110

PEREZ ALVAREZ DIOGENES

Ciudad: 20001 VALLEDUPAR

Contratante: 860011153

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Plan: RP+324

ITEM Servicio

Cantidad

001 MD4650_M

ACETAMINOFEN + CODEINA 500MG + 30MG TABLETA

30

POSOLOGÍA: Tomar 1 cada 8 horas por 10 días.

002 MD3113_M

NAPROXENO 250MG TABLETA

20

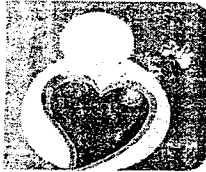
POSOLOGÍA: Tomar 1 cada 6 horas por 5 días.

Dr. Angel Mueguez Salas
MÉDICO Y CIRUJANO (M)
C.A.E. 0324

1065202404 MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS

Reg. Médico No.: 8363

ORIGINAL



Clinica Laura Daniela S.A. Sede Santa Isabel

900008328-1-

Carrera 18D N° 22-33

Teléfonos: 5852222

Valledupar

0300013617

Incapacidad No.: 0300013617

No. Ingreso: 0300023664

INCAPACIDAD MEDICA

Afiliado

Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES

Fecha: 23.03.2016

Identificación: 17951110

Sexo: Masculino

Edad: 215

Sede Afiliado:

Contratante: 860011153

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Id. Plan RP+324

Fecha Inicio Incapacidad: 23.03.2016

Días de Incapacidad: 10

Fecha Finalizacion Incapacidad: 01/04/2016

Diagnóstico: M508

OTROS TRASTORNOS DEL DISCO CERVICAL

Contingencia:

Descripción:

Dr. Angel Mueguez Salas
MEDICO Y CIRUJANO
R.M. 8363

Nro. registro: 8363

MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS

Firma



Clinica Laura Daniela S.A. Sede Santa Isabel
900008328-1-
Carrera 18D N° 22-33
Teléfonos: 5852222
Valledupar

Consecutivo

No. Historia: 17951110

ORDEN DE PROCEDIMIENTOS

FECHA: 23.03.2016 - 15:04

Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES

Afiliado	
Identificación: 17951110	Documento Identidad: 17951110
Dirección: DIAG 20B N 23 - 62 BARRIO FUNDADORES	Tipo: CC Zona: U
Ciudad: 20001 VALLEDUPAR	CARNET No.: 17951110 Teléfonos: 3145978033 No. Autor: 5781349
Sexo: Masculino Fec. Nto.: 8.MAR.1960 Edad: 56 AÑOS 0 MESES 15 DIAS	CESAR Tipo Vinculación: C Cotizante
Contratante: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	Plan: RP+324 Régimen: Otro
Ocupación: NO APLICA	Escolaridad: SECUNDARIA
Admisión	
No. Admisión: 0300023664	Fecha ingreso: 22.MAR.2016 Hora: 06:33 PM Habitación: SIURG007
Vía de Ingreso: Remitido	Causa Externa: Accidente de Trabajo
Médico Ingreso:	Médico Tratante:
Dx Ingreso: OTROS TRASTORNOS DEL DISCO CERVICAL	Tipo Dx: Presuntivo
Acompañante: PEREZ ALVAREZ DIOGENES	
Dirección Acompañante: DIAG 20B N 23 - 62 BARRIO FUNDADORES	Parentesco:
	Telefono: 3145978033

Dx

Dx. : M508

OTROS TRASTORNOS DEL DISCO CERVICAL

Dx. Rel 1:

Dx. Rel 2:

DETALLE

ORDEN PARA REALIZAR PROCEDIMIENTO

CITA CONTROL CON NEUROCIRUGIA EN 15 DIAS

Médico: MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS
Medicina General

R.M. 8363



Centro Diagnóstico de Especialistas Consulta Externa

NIT. 800.193.989-8

Nombre: Diego José Perea Alvarez Edad: 56 años
Entidad: Positiva ABCL
Fecha: 8/04/2016

TC y EA: Dolor en Región Cervical de la
cabeza 15 días dolor postero o faro en
indirecto dolor con irradiación a hombros y
posteriormente mano. Bloqueo/
dolor en Región Lumbosacral

APP: Neurología

EX F: Dolor en Región Cervical de la columna
dolor en la articulación de la mano

Dolor con la apertura de la boca
dolor en la zona de la mano y brazo

TA de columna cervical Sin fractura
P. Columna Cervical Normal

D: Cervicodinia y lumbodinia por...

Tratamiento: Fisioterapia analgésica

RNM de columna cervical
análisis...

Tratamiento y desde el día
1° de abril a 20 días

Juan Carlos Jorcal
ORTOPEDIA C. MANO Y M. SUP.
U. MILITAR P.M. 440577 '19

CALIDAD MÉDICA CON ATENCIÓN HUMANIZADA

Centro Ambulatorio Calle 13 No. 11-50 - Teléfono: 727 4039 - 728 0785
Cel.: 300 837 6330 - Riohacha - La Guajira



Tel. 800.193.989-8

Centro Diagnóstico de Especialistas Consulta Externa

Nombre: Diógenes Pérez Fecha: 8/04/2016

C-10

Incapacidad Médica Laboral por 20 días
Fecha Inicio 2/04/2016
Fecha Final 21/04/2016
Ox. Cerrado 9.3 + Lunes 19.10

Juan Carlos Torreal S.
ORTOPEDIA C. MANDY M. SUP
MILITAR R.M. 440977/0

CALIDAD MÉDICA CON ATENCIÓN HUMANIZADA

Centro Ambulatorio Calle 13 No. 11-50 - Teléfono: 727 4570 - 727 4039 - 728 0785
Cel.: 300 837 6330 - Riohacha - La Guajira



Tel. 800.193.989-8

Centro Diagnóstico de Especialistas Consulta Externa

Nombre: Diógenes Pérez Fecha: CG 17951110

① Meloxicam 75x 10mg #10
uso: forma 1 y 1 día

② Sinvalgen 75x 325/500mg #1 cop x 30
uso: forma 1 y 8 días

Juan Carlos Torreal S.
ORTOPEDIA C. MANDY M. SUP
MILITAR R.M. 440977/01

CALIDAD MÉDICA CON ATENCIÓN HUMANIZADA

Centro Ambulatorio Calle 13 No. 11-50 - Teléfono: 727 4570 - 727 4039 - 728 0785
Cel.: 300 837 6330 - Riohacha - La Guajira



Centro Diagnóstico de Especialistas Consulta Externa

NIT. 800.193.989-8

Nombre: Díaz Geraí p. Alvarado Edad: 56 años
Entidad: Positivo mil
Fecha: 18/04/2014

MC y S: Control por dolor en columna
Control de dolor en columna
y lumbos. Dolor moderado a intenso

RM y informe laboratorio. Urología:
Dosis de hidrocloruro de clonazepam
RM y control. Dosis con ajuste por
degeneración de columna

Dx: Cervicodolor probatorio
Dosis de clonazepam

Plan: Continuar fisioterapia analgésica
medic. fisio

Juan Carlos Torcel S

ORTOPEDIA C. MANO Y M. SUP.
U. MILITAR R.M. 440977/0

CALIDAD MÉDICA CON ATENCIÓN HUMANIZADA

Calle 13 No. 11-66 - Teléfono: 727 4570 - 727 4039 - 728 0785
Cel.: 300 837 6330 - Riohacha - La Guajira



Centro Diagnóstico de Especialistas

Consulta Externa

NIT. 800.193.989-8

Nombre: Diego Roberto Perez D Fecha: 18/04/2016
Positivo BSR CC: 17 951116

R/.

Incapacidad Medica laboral por 20 dias

Fecha Inicio: 22/04/2016

Fecha Fin: 11/05/2016

Dr. Cervicalgia

Juan Carlos Torreal S.
ORTOPEDIA C. MANG Y M. SUP
U. MILITAR R.M. 440977 / 01

CALIDAD MÉDICA CON ATENCIÓN HUMANIZADA

Calle 13 No. 11-66 - Teléfono: 727 4570 - 727 4039 - 728 0785
Cel.: 300 837 6330 - Riohacha - La Guajira

POSITIVA COMPAÑIA DE
SEGUROS



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Nº 002

Seccional
LA GUAJIRA

TIPO

Ambulatoria Hospitalaria

Fecha de expedición

01 06 2016

Primer Apellido del Paciente

PEREZ

Segundo Apellido del Paciente

ALVAREZ

Nombre del Paciente

DIÓGENES

Tipo de documento

CC C.E.T.

X

Nº Documento de identidad

1 7 9 5 1 1 1 0

Nit de la empresa

8 6 0 0 6 9 8 0 4 - 2

Empresa

CERREJÓN LLC

AT EP

X

Fecha de Accidente de
Trabajo

22 03 2016

FECHA DE
INICIO

01 06 2016

Días de incapacidad

SIETE

DIAS

07

Prorroga

SI NO

X

Registro Medico

9416

Fecha de terminación de incapacidad

07 06 2016

Nombre completo de la persona que expide o transcribe incapacidad

HECTOR ANGULO OSPINO

Diagnostico

Código
de diagnostico

M549

EXPEDIDA POR POSITIVA ARP - OFICINA MINA - NO REQUIERE TRANSCRIPCION
REMITIDO POR LA EMPRESA CERREJON (DR. DAZA) PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD

POSITIVA COMPANIA DE
SEGUROS

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Nº 001



Positiva Seguros

Seccional
LA GUAJIRA

TIPO

Ambulatoria Hospitalaria

Fecha de expedición

12 05 2016

Primer Apellido del Paciente

PEREZ

Segundo Apellido del Paciente

ALVAREZ

Nombre del Paciente

DIÓGENES

Tipo de documento

CC C.E.T.

X

Nº Documento de identidad

1 7 9 5 1 1 1 0

Nit de la empresa

8 6 0 0 6 9 8 0 4 - 2

Empresa

CERREJÓN LLC

AT EP

X

Fecha de Accidente de
Trabajo

22 03 2016

FECHA DE
INICIO

12 05 2016

Días de incapacidad

VEINTE

DIAS

20

Prorroga

SI NO

X

Fecha de terminación de incapacidad

31 05 2016

Nombre completo de la persona que expide o transcribe incapacidad

HECTOR ANGULO OSPINO

Registro Medico

9416

Diagnostico

Código
de diagnostico

M549

EXPEDIDA POR POSITIVA ARP - OFICINA MINA - NO REQUIERE TRANSCRIPCIÓN
REMITIDO POR LA EMPRESA CERREJON (DR. DAZA) PARA PRORROGA DE INCAPACIDAD

27/06/2016

DIOGENES PEREZ ALVAREZ

17951110

PACIENTE CON AT DEL 22/03/2016 CUANDO PRESENTO TRAUMA INDIRECTO LUMBAR POR MECANISMO DE ASCENSO Y DESCENSO CON CUADRO DE DOLOR EN COLUMNA CERVICODORSOLUMBAR QUE REQUIRIO ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS DE RMN DEL 11/04/2016 QUE MOSTRARON CAMBIOS ESPONDILODISCOATROSICOS C5-C6 Y C6-C7. DISCOPATIA T1-T11. TRAE RMN DE COLUMNA LUMBOSACRA REPORTADA NORMAL.

SE ENCUENTRA INCAPACITADO DESDE LA CONTINGENCIA.

NO HA SIDO VALORADO POR NEUROCIRUGIA

MANIFIESTA DOLOR CERVICAL IRRADIADO A MIEMBROS SUPERIORES Y DOLOR DORSO LUMBAR IRRADIADO A MIEMBRO INFERIOR DERECHO.

AL EXAMEN:

DOLOR A LA MOVILIZACION A COLUMNA CERVICAL. PERSISTE LIMITACIÓN MOVIMIENTOS. LOGRA 30° DE FLEXION, 20° DE EXTENSION, 20° DE INCLINACIONES LATERALES. 30° DE ROTACIONES. CONTRACTURA DE PARAESPINALES CERVICALES Y TRAPECIOS. NO SIGNOS RADICULARES IRRITATIVOS.

DOLOR A LA MOVILIZACION COLUMNA DORSOLUMBAR. LOGRA 60° DE FLEXION, 20° DE EXTENSION, 20° DE INCLINACIONES LATERALES Y 30° DE ROTACIONES. CONTRACTURA DE PARAESPINALES DORSOLUMBAR. PERSISTE DOLOR TIPO RADICULAR A LA ELEVACION DEL MID. PARESIA DORSIPLANTIFLEXION 4/5 A DERECHA. REALIZA MARCHA CLAUDICANTE QUE NO REQUIERE EL USO DE AYUDAS MECANICAS.

PLAN:

PARALGEN MAX # 60

VALORACION POR NEUROCIRUGIA

INCAPACIDAD 30 DIAS A PARTIR DEL 28/06/2016

CONTROL FISIATRIA


ROLANDO VARGAS RUSSO

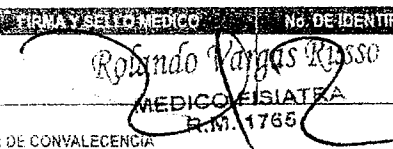
Medico Fisiatra

LUGAR DE EXPEDICION		T.P.D.		FECHA DE EXPEDICION		
SUCURSAL	CAFI	A	H	AÑO	MES	DIA
		1	2	16	06	27

CERTIFICACO DE INCAPACIDAD

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NUMERO DE BENEFICIARIO
Perez	Alvarez	Diogenes	17951110

COT. DIAS	CONTINGENCIAS					FECHA ACC. DE TRAB.			FECHA DE INICIACION			DIAS DE INCAPACIDAD		PRORROGA
	EG	M	A.T.	EP.	SOAT	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	EN LETRAS	EN NUMEROS	
M1545			X			16	03	22	16	06	28	Treinta	30	SI

FIRMA Y SELLO MEDICO	Nº. DE IDENTIFICACION	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE CENTRO DE AT.	CODIGO	JUSTIFICACION	
 ROLANDO VARGAS RUSSO MEDICO FISIATRA R.M. 1765				TRANSCRIP.	
				SUSTITUCION	
				REPRODUC.	

LUGAR DE CONVALESCENCIA

DIRECCION

MUNICIPIO / DEPARTAMENTO

TELEFONO

CASA _____

HOSPITAL _____

OTRO _____

08/06/2016

DIóGENES PEREZ ALVAREZ

17951110

PACIENTE CON AT DEL 22/03/2016 CUANDO PRESENTO TRAUMA INDIRECTO LUMBAR POR MECANISMO DE ASCENSO Y DESCENSO CON CUADRO DE DOLOR EN COLUMNA CERVICODORSOLUMBAR QUE REQUIRIO ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS DE RMN DEL 11/04/2016 QUE MOSTRARON CAMBIOS ESPONDILODISCOARTROSICOS C5-C6 Y C6-C7. DISCOPATIA T1-T11. TRAE RMN DE COLUMNA LUMBOSACRA REPORTADA NORMAL.

SE ENCUENTRA INCAPACITADO DESDE LA CONTINGENCIA

MANIFIESTA DOLOR CERVICAL IRRADIADO A MIEMBROS SUPERIORES Y DOLOR DORSO LUMBAR IRRADIADO A MIEMBRO INFERIOR DERECHO.

AL EXAMEN:

DOLOR A LA MOVILIZACIÓN A COLUMNA CERVICAL. LIMITACIÓN MOVIMIENTOS. LOGRA 30° DE FLEXIÓN, 20° DE EXTENSIÓN, 20° DE INCLINACIONES LATERALES. 30° DE ROTACIONES. CONTRACTURA DE PARAESPINALES CERVICALES Y TRAPÉCIOS. NO SIGNOS RADICULARES IRRITATIVOS.

DOLOR A LA MOVILIZACIÓN COLUMNA DORSOLUMBAR. LOGRA 60° DE FLEXIÓN, 20° DE EXTENSIÓN, 20° DE INCLINACIONES LATERALES Y 30° DE ROTACIONES. CONTRACTURA DE PARAESPINALES DORSOLUMBAR. DOLOR TIPO RADICULAR A LA ELEVACIÓN DEL MID. PARESIA DORSIPLANTIFLEXIÓN 4/5 A DERECHA. REALIZA MARCHA LEVEMENTE CLAUDICANTE QUE NO REQUIERE EL USO DE AYUDAS MECÁNICAS.

PRONÓSTICO FUNCIONAL:

REGULAR POR EL TIPO DE LESIÓN

PRONÓSTICO OCUPACIONAL:

PUEDE LABORAR CON MODIFICACIONES AL TÉRMINO DE LA INCAPACIDAD

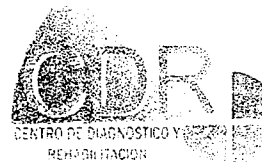
PLAN:

Barranquilla **PARALGÉN MAX #40** - Calle 15 No. 15-10, Centro Alto de San Vicente. Teléfono: 422078 - 3784348 - 3782373 - 3784341 Cel: 301683297 - 3016833597 Email: cdrehabilitacion@gmail.com, cdrcitas@gmail.com
Agencia Murillo: Calle 15 No. 15-10, Centro Alto de San Vicente. Teléfonos: 3009595 - 3009617 Cel: 3003041247 Email: cdrcitasmurillo@gmail.com
Agencia Santa Marta: Calle 23 No. 6-18, Centro Comercial Plazuela 23, Local 9 y 10. Teléfono: 4228969 - 4220564 Cel: 3016833597 Email: cdrcitas@gmail.com

PENDIENTE VALORACIÓN POR NEUROCIRUGÍA

INCAPACIDAD 20 DIAS A PARTIR DEL 08/06/2016

CONTROL FISIATRIA

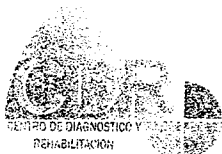


Recursos para la Vida
NET 502.004.000.000

Rolando Vargas Russo
MEDICO FISIATRA
R.M. 1765

ROLANDO VARGAS RUSSO

Medico Fisiatra



LUGAR DE EXPEDICION		TIPO	FECHA DE EXPEDICION		
SUCURSAL	CAFI	A H	AÑO	MES	DIA
		1 2	16	06	08

CERTIFICACO DE INCAPACIDAD

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	NUMERO DE BENEFICIARIO
Perez	Alvarez	DIOGENES	17951110

COD. DIAG.	CONTINGENCIAS					FECHA ACC. DE TRAB.			FECHA DE INICIACION			DIAS DE INCAPACIDAD		URORROGA
	EG	M	A.T.	EP.	SOAT	AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	EN LETRAS	EN NUMEROS	
M545			X			16	03	22	16	06	08	Veinte	20	SI

FIRMA Y SELLO MEDICO	IDENTIFICACION
<i>Rolando Vargas Russo</i> MEDICO FISIATRA R.M. 1765	

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE CENTRO DE AT	CODIGO	JUSTIFICACION
		TRANSCRIP.
		SUSTITUCION
		REPRODUC.

LUGAR DE CONVALESCENCIA	DIRECCION	MUNICIPIO / DEPARTAMENTO	TELEFONO
CASA			
HOSPITAL			
OTRO			

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.951.110**

PEREZ ALVAREZ

APELLIDOS

DIOGENES

NOMBRES

[Firma manuscrita]

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-1960**

FONSECA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

O+

M

ESTATURA

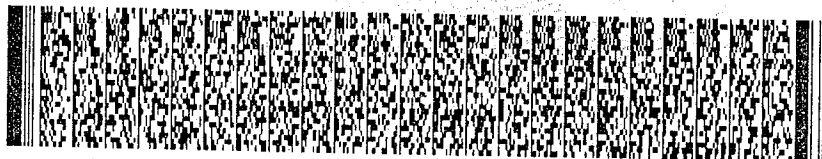
G.S. RH

SEXO

26-ABR-1979 FONSECA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Firma manuscrita]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-4800700-00184675-M-0017951110-20091010

0017010064A 1

30567450