SUBPRODUCTO

SERVIENTREGA Centro de Soluciones 21-500

Servientrega S.A. NIT. 860.512.330-3 Principal: Bogotá D.C., Colombia Avenida Calle 6 No. 34 A - 11. Atención al usuario: www.servientrega.com. 7 700 200 FAX: 7 700 380 ext. 110045
Lic. Min. Transporte Nº 805 de Marzo 5/2001. Lic. MINTIC Nº1776 Sept. 7/2010

FECHA PROGRAMADA DE ENTREGA: 02 08 16 (DÍA / MES / AÑO) HORA:

VIGILADO SUPERTRANSPORTE

GUÍA CRÉDITO No. *1130040523*

CÓDIGO DESTINO | CIUDAD Y DEPARTAMENTO DE DESTINO: Valledupar, Cesar | MODO DE TRANSPORTE | TIEMPO DE ENTREGA | FORMA DE PAGO

**REMITENTE**
Nombre: BBVA SEGUROS INDEMNIZACIONES VIDA
Dirección: DESPACHOS
CRA.15 NO. 95-65 PISO 5
Ciudad: BOGOTA
Dpto: CUNDINAMAR
País:
D.I./NIT: 800240882/2/1
e-mail:
Tel/cel: 2191100

**DESTINATARIO**
Nombre: Diogenes Perez A.
Dirección: Diagonal 20B #23-62
e-mail:
Cód. Postal:
D.I./NIT:
Tel/cel: 3145978033
País:

**DATOS ENVÍO**
VOL. LARGO / ANCHO / ALTO
PESO(Kg):
PESO(Vol):
PIEZAS: 1
No. Sobreporte:
No. Remisión:
No. Factura:
No. Bolsa Seguridad:

Vr. Declarado: | Vr. Flete: | Vr. Sobreflete: | Vr. Total: | Ret. 2:

Dice contener:

Quien entrega:

Observaciones para la entrega:

Observaciones en la entrega:

CAUSAL DEVOLUCIÓN DEL ENVÍO (1, 2, 3)
- Desconocido
- Rehusado
- No reside
- No reclamado
- Dirección errada
- Otros (Novedad operativa/Cerrado)

FECHA Y HORA DE INTENTO DE ENTREGA:
1. HORA / DÍA / MES / AÑO
2. HORA / DÍA / MES / AÑO
3. HORA / DÍA / MES / AÑO

FECHA DEVOLUCIÓN A REMITENTE: / DÍA / MES / AÑO

FIRMA, SELLO DEL REMITENTE.

RECIBÍ A CONFORMIDAD, NOMBRE LEGIBLE DE QUIEN RECIBE, SELLO Y D.I.

FECHA Y HORA DE ENTREGA: HORA / DÍA / MES / AÑO

PRUEBA DE ENTREGA

**Para la presentación de peticiones, quejas y recursos remitirse al portal web: www.servientrega.com o a la línea telefónica: (1) 7700200.**

COD CDS/SER: 10SER6558/10SER6558

Quién recibe:

1130040523

**BBVA** Seguros

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** | 00130510769602246208 |
| | **RECLAMO** | BS 2426 |
| | **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 11 de Agosto 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 exigirlas."*

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

adelante.

SEGURO GRUPO DEUDORES Y/O ENDOSADO

M026300000000605109602246208

**BBVA Seguros**

## Anexo 1

**SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL**
**SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES** — **PÓLIZA No. 0110063**

**AMPAROS: VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

| FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO | | | SUCURSAL | CIUDAD |
|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | DÍA | CALLE GRANDE | VALLEDUPAR |
| 2013 | 10 | 30 | | |

| TOMADOR BENEFICIARIO | NIT | VIGENCIA DESDE | | | VIGENCIA HASTA | A LAS 24 HORAS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| BBVA COLOMBIA | 860.003.020-1 | AÑO 2013 | MES 10 | DÍA 30 | FIN CREDITO | |

**DATOS DEL ASEGURADO**

| NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | IDENTIFICACIÓN C.C O NIT |
|---|---|---|---|---|---|
| DIOGENES PEREZ ALVAREZ | | | | | 0000000017951110 1 |
| FECHA DE NACIMIENTO | AÑO | MES | DÍA | EDAD | SEXO |
| | 1960 | 03 | 08 | 053 | M |

| DIRECCIÓN | TELÉFONO | CIUDAD |
|---|---|---|
| TR 000 000 000 DIAGONAL 20B # 2 | 000095-5705910 | VALLEDUPAR |

| PROFESIÓN | OCUPACIÓN |
|---|---|
| ANALISTA DE OFICINA | OTRA PROFESION |

| TASA | PRIMA EXTRA | ANEXOS ITP/ITT | | OBLIGACIÓN No. | Valor de la Obligación (Valor Asegurado) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Si | No | | |
| 10.687 POR MIL | % | | | 00130510009602246208 | $45,876,464.8 |

| PRIMA ANUAL | PRIMA PERIODICA | |
|---|---|---|
| | PERIODICIDAD | VALOR PRIMA |
| $490,323.00 | MENSUAL | $40,860.00 |

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

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

ESTATURA: 1.64 Cms. PESO 68 Kgs. DEPORTES QUE PRACTICA Caminar

FUMA? SI ____ NO X CUÁNTOS CIGARRILLOS FUMA DIARIAMENTE ____

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? | | X |
| ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL? | | X |

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

| | | |
|---|---|---|
| TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS | | X |
| PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO | | X |
| BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO | | X |
| REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA | | X |
| ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS | | X |
| DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN | | X |
| ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS | | X |
| ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO | | X |
| ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO | | X |
| ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS | | X |
| CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE | | X |
| SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS? | | X |
| ¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? Caso positivo indique el resultado. | | X |
| ¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE? | | X |

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

BBVA Seguros

BBVA

## 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 azarosidad contra mi vida.

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, 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 epicrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste 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 mercadeo 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. 1068 CÓDIGO DE COMERCIO.

Para constancia se firma en Yopal a los 30 días del mes de Octubre de 2010.

ASEGURADO
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

BBVA SEGUROS DE VIDA

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

NUMERO DE CONTRATO VINCULADO: 00130510769022460I9

DATOS DEL PARTICIPE

NOMBRE: DIOGENES PEREZ ALVAREZ
TIPO DE PARTICIPACION: TITULAR

ESTATURA: 164 cms. PESO: 069 kgs.

CUESTIONARIO De SALUD

**Fuma Usted?: NO**

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

a) Tuberculosis, neumonía, entisema, silicosis:_____NO

b) Lesión o debilidad del corazón, infartos, problemas de presión arterial:____NO

c) Epilepsia, parálisis, enfermedad mental:_____NO

d) Enfermedad del bazo, 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, Manejo con Explosivos, Bombero, Miembro de las Fuerzas Militares, Representante Politico, Escolta, Vigilante, Miembro de la Fiscalía, Minero, Piloto Empleado de Casino, Deportista Profesional, u otras profesiones riesgosas:_____NO.

FIRMA DEL PARTICIPE: DIOGENES PEREZ ALVAREZ

7-1795110

---------- 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 SEGUR |
|---|---|---|---|
| 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 |
| 0013 0510 7 1 4000092919 | 205 | 1,553.00 | CANCELADO |
| 0013 0510 7 8 4000092927 | 205 | 40,860.00 | PREFORMALIZADO |
| 00130510744000092943 | 205 | 45,139.00 | CANCELADO |

---------- LINEAS A PANTALLA ----------

CONSULTA DE POLIZA

BOGOTA, 19 DE JULIO DE 2016
SITUACION CONTRATO: 03-CANCELADO
MOTIVO CANCELACION: CASTIGOS DEL PRESTAMO
USUARIO CANCELACION: BATCH FECHA DE CANCELACION: 2014-08-11
**********
NUMERO CERTIFICADO: 00130510 74 4000092943 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: ANALISTA DE OFICINA
**********
CUENTA CARGO: 00130510 73 0200083231 CUENTA VINCULADA: 00130510 76 9602246208
**********
FECHA ALTA CONTRATO: 2013-10-30 FECHA INICIO RENOVACION : 2013-10-30
DURACION: 206 MESES FECHA PROXIMA RENOVACION : 2030-12-30
OFICINA TITULAR ANTERIOR: 0510 CALLE GRANDE
OFICINA TITULAR ACTUAL: 0510 CALLE GRANDE
SUBPRODUCTO ANTERIOR:
**********
PRIMA: 45,139.00 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: 47,765,567.60

---------- LINEAS A PANTALLA ----------

CONSULTA MOVIMIENTOS - SEGUROS
**********

BOGOTA, 19 DE JULIO DE 2016

NRO CERTIFICADO: 0013-0510-74-4000092943 EN MONEDA: PESO COLOMBIANO
TIPO DE SEGURO : SEGURO DEUDORES VIDA GRUPO
TITULAR :
NRO DE PRESTAMO: 0013-0510-76-9602246208
CUENTA ASOCIADA: 0013-0510-73-0200083231 EN MONEDA: PESO COLOMBIANO
TARJETA ASOCIAD: 0000000000000000
NRO POLIZA : 02 205 0001324224 FECHA DE APERTURA: 30/10/2013

| PERIODO DE COBERTURA | IMPORTE | FECH/COBRO | F/PAGO | OFIC | RECI |
|---|---|---|---|---|---|
| DEL 30/10/2013 AL 29/11/2013 | 41,250.00 | 29/11/2013 | BATCH | 0510 | 80491 |
| DEL 30/11/2013 AL 29/12/2013 | 41,743.00 | 30/12/2013 | BATCH | 0510 | 80497 |
| DEL 30/12/2013 AL 29/01/2014 | 42,248.00 | 29/01/2014 | BATCH | 0510 | 80503 |
| DEL 30/01/2014 AL 28/02/2014 | 41,075.00 | 28/02/2014 | BATCH | 0510 | 80510 |
| DEL 01/03/2014 AL 28/03/2014 | 44,057.00 | 28/03/2014 | BATCH | 0510 | 80516 |
| DEL 29/03/2014 AL 28/04/2014 | 43,417.00 | 28/04/2014 | BATCH | 0510 | 80523 |
| DEL 29/04/2014 AL 28/05/2014 | 43,921.00 | 28/05/2014 | BATCH | 0510 | 80530 |
| DEL 29/05/2014 AL 28/06/2014 | 44,469.00 | 01/07/2014 | BATCH | 0510 | 80536 |
| DEL 29/06/2014 AL 28/07/2014 | 44,932.00 | 28/07/2014 | BATCH | 0510 | 80543 |

IMPORTE COBRADO: $. 387,112.00 DEUDA PENDIENTE: $. 0.00

**BBVA** **BBVA Seguros**

Ciudad Valledupar Fecha 08-07-2016

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) Diógenes Pérez Al
Cédula de Ciudadanía 17951710 de Fonseca
Dirección Diag: 20B Nº 23-62
Teléfono fijo _____ Celular 3145978033
Correo electrónico ricopere@hotmail.com
Ciudad Valledupar
Departamento Cesar

Por el siguiente motivo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| FALLECIMIENTO | | INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE | |
| INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL | X | 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 |
| 510-9602246135 | | | $ | UVR | $ | UVR |
| 510-9602246208 | | | $ | UVR | $ | UVR |
| | | | $ | UVR | $ | UVR |
| | | | $ | UVR | $ | UVR |

Para lo cual, adjuntamos los siguientes documentos

| DOCUMENTO | | | | DESEMPLEO |
|---|---|---|---|---|
| Fotocopia de la Cédula de ciudadanía (Asegurado ) | X | 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

P/P

900006326-1
Carrera 18D Nº 22-33
Teléfonos: 5852222
Valledupar

**No. Historia: 17951110**

# EPICRISIS

## Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES

Afiliado
Identificación: 17951110 Documento Identidad: 17951110 Tipo: CC Carnet No.: 17951110
Dirección: DIAG 20B N 23 - 62 BARRIO FUNDADORES Zona: U Teléfonos: 3145978033
Ciudad: 20001 VALLEDUPAR CESAR No. Autor: 5781349
Sexo: Masculino Fec. Nto.: 8.MAR.1960 Edad: 56 AÑOS 0 MESES 15 DIAS Tipo Vinculación: C Cotizante
Contratante: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Plan: RP+324 Régimen: Otro
Ocupación: NO APLICA Estado Civil: Union libre Escolaridad: SECUNDARIA

Admisión
No. Admisión: 0300023664 Fecha ingreso: 22.MAR.2016 Hora: 06:33 PM Habitación: SIURG007 Fecha Alta: 23.MAR.2016 Hora: 03:35 PM
Via de Ingreso: Remitido Causa Externa: Accidente de Trabajo
Médico Ingreso: Médico Tratante:
Dx Ingreso: OTROS TRASTORNOS DEL DISCO CERVICAL Tipo Dx:

Acompañante: PEREZ ALVAREZ DIOGENES Parentesco: Telefono: 3145978033
Dirección Acompanante : DIAG 20B N 23 - 62 BARRIO FUNDADORES

### 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 Gener

| | |
|---|---|
| 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 DE CAMION QUE CONDUCIA EXTREMECIENDO EL MISMO. SECUNDARIO A ESTO PRESEN DOLOR EN COLUNMNA CERVICAL, CEFALEA. SENSACION DE PARESTESIA DE IEMBROS INFERIORES. PACIENTE QUIEN INGRSA CON INMOVILIZACION DEE CUELLC 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 Cepeda
Medicina de la Actividad Física y del Deporte
C.C. 1.018.407.341

Médico: RAMOS GIRON ALEJANDRO R.M. 79307321
Neurocirugía



Enviado ... Ramos el 31/03/16 a las 11:54

## EPICRISIS

**Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES**

EXAMEN FISICO

| | |
|---|---|
| CABEZA Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS | NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ |
| CUELLO | DOLOR A LA MOVILIZACION Y A LA PALPACION |
| TORAX Y CARDIOPULMONAR | RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLO, PULMONES CLAROS |
| ABDOMEN | BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR |
| GENITOURINARIO | NORMAL |
| DORSO Y EXTREMIDADES | EUTROFICASA SIN EDEMA. |
| PELVIS | NORMAL SIN DOLOR |
| NEUROLOGICO | FUERZA MUSCULAR CONSERVADA . GLASGOW 15 |
| PIEL Y FANERAS | NORMAL SIN LASERACION |
| INTERPRETACION / ANALISIS | 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 EN MIEMBROS INFERIOSA NIVEL PLANTAR. ECSTABLE HEMEODINAMICAMENTE. SE DECIDE INGRESAR PARA REALIZR TAC DE COLUMNA CERVICAL Y VALORACION POR ORTOPEDIA CON RESULTADOS |
| DIAGNOSTICO (S) DE INGRESO | TRAUMA CERVICAL. |

PLAN

| | |
|---|---|
| PLAN DE CUIDADO, MANEJO Y ORDEN MEDICA | OBSERVACION<br>DIRONA AMP 2GR IV DILUIDO Y LENTO<br>DEXAMETASONA AMP 8 MG IM<br>SS TAC DE COLUMNA CERVICAL<br>VALORACION POR ORTOPEDIA CON RESULTADOS<br>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**

Médico: RAMOS GIRON ALEJANDRO
Neurocirugía
R.M. 79307321

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

## EPICRISIS

**Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES**

**Evolución Objetiva**
TRAUMA:
NEUROCIRUGIA:
PACIENTE CON ANTC, DE TRAUMA CERVICAL Y DORSOLUMBAR, POLITRAUMATISMO
INGRESA EN GLASGOW 15 NO FOCALIZADO.
ACTALMENTE 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: +/++++, SINGNOS 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

**olución Subjetiva**

**n 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 PORNEUROCIRUGIA 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 R.M. 79307321
Neurocirugía

## 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**

**Paraclínicos**

23.03.2016 2:58PM ALTA MEDICA — MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS/Medicina General

| | |
|---|---|
| EVOLUCION | PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS CON ACCIDENTE LABORAL TRAUMATIMOS 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<br>INMOVILIZACION CERVICAL CON CUELLO ORTOPEDICO POR 12 DIAS<br>INCAPACIDAD MEDICA POR 10 DIAS<br>ACETAMINOFEN + CODEINA TAB CADA 6 HORAS<br>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

Clínica Laura Daniela S.A. Sede Santa Isabel
900008328-1
Carrera 18D Nº 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 dias.*

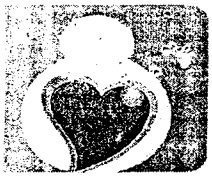
| | | | |
|---|---|---|---|
| 002 | MD3113_M | NAPROXENO 250MG TABLETA | 20 |

*POSOLOGÍA: Tomar 1 cada 6 horas por 5 dias.*

Dr. Angel Muegues Salas
MEDICO Y CIRUJANO

ORIGINAL

1065202404 MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS
Reg. Médico No.: 8363



**Clinica Laura Daniela S.A. Sede Santa Isabel**
900008328-1-
Carrera 18D Nº 22-33
Teléfonos: 5852222
Valledupar

0300013617

# INCAPACIDAD MEDICA

**Incapacidad No.:** 0300013617
**No. Ingreso :** 0300023664

Afiliado
Nombre: PEREZ ALVAREZ DIOGENES
Identificación: 17951110 Sexo: Masculino Edad: 215
Sede Afiliado:
Contratante : 860011153 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Fecha: 23.03.2016

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 Muegues Salas
MEDICO Y CIRUJANO UIS
R.M. 8363

Nro. registro: 8363 MUEGUES SALAS ANGEL ALEXIS

Firma

**Clinica Laura Daniela S.A. Sede Santa Isabel**
900008328-1-
Carrera 18D Nº 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 Tipo: CC Carnet No.: 17951110
Dirección: DIAG 20B N 23 - 62 BARRIO FUNDADORES Zona: U Teléfonos: 3145978033
Ciudad: 20001 VALLEDUPAR CESAR No. Autor: 5781349
Sexo: Masculino Fec. Nto.: 8.MAR.1960 Edad: 56 AÑOS 0 MESES 15 DIAS Tipo Vinculación: C Cotizante
Contratante: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Plan: RP+324 Régimen: Otro
Ocupación: NO APLICA Estado Civil: Union libre Escolaridad: SECUNDARIA

Admisión

No. Admisión: 0300023664 Fecha ingreso: 22.MAR.2016 Hora: 06:33 PM Habitación: SIURG007 Fecha Alta: 23.MAR.2016 Hora: 03:02 PM
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 Parentesco: Telefono: 3145978033
Dirección Acompanante : DIAG 20B N 23 - 62 BARRIO FUNDADORES

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 R.M. 8363
Medicina General

La Historia Clínica no lleva firma y sello teniendo en cuenta el artículo 18 de la Resolución 1995 de Julio 8 de 1999

# Centro Diagnóstico de Especialistas
## Consulta Externa

NIT. 800.193.989-8

Nombre: Diogenes perez Alvarez Edad: 56 años

Entidad: Positiva ARL

Fecha: 8/04/2016

MC y EA: Dolor en Region Cervical desde hace 15 dias dolor posterior trauma indirecto dolor con irradiacion a Hombros y posterior mano Bilateral dolor en region lumbar leve

APP: negativo

Ex Fx: Dolor en Region Cervical de columna
dolor a la movilizacion de Miembros
Dolor cervical con spurling (+) Bilateral
dolor leve en columna lumbar
TA de Columna Cervical Sin fractura
Rx Columna [illegible] Normal

D: Cervicalgia y lumbalgia postrauma

Pm: Fisioterapia analgesicos
RNM de Columna Cervical
analgesicos
Incapacidad x desde el dia
8 de abril x 20 dias

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

CALIDAD MÉDICA CON ATENCIÓN HUMANIZADA

## Centro Diagnóstico de Especialistas
## Consulta Externa

NIT. 800.193.989-8

Nombre: Diógenes Pérez A. Fecha: 8/04/2016

R/.

C/o

Incapacidad Médico laboral por 20 veinte días
Fecha inicial 2/04/2016
Fecha final 21/04/2016
Dx Cervicalgia + lumbalgia

Juan Carlos Toncel S.
ORTOPEDIA C. MANO Y 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: Diógenes Pérez Fecha:

CC 17951110

R/.

1. Meloxicam tab x 15mg #10
   uso: tomar 1 c/ día
2. Sinalgen tab 325/5 mg # 1 cap x 30
   uso: tomar 1 c/ 8 horas

Juan Carlos Toncel S.
ORTOPEDIA C. MANO Y 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

NIT. 800.193.989-8

# Centro Diagnóstico de Especialistas
## Consulta Externa

Nombre: Diógenes Pérez Álvarez  Edad: 56 años

Entidad: Positiva / ARL

Fecha: 18/04/2016

MC y EA: Control por dolor en columna cervical. Refiere dolor en columna dorsal y lumbar. Dolor moderado a severo.

RNM columna lumbosacra normal; Dorsal: deshidratación discos intervertebrales. RNM cervical: Discopatía con osteofitos por degenerativos en columna cervical.

Dx: Cervicalgia postraumática
Discopatía cervical degenerativa

Plan: continuar fisioterapia, analgésicos, medios físicos

Juan Carlos Toncel S
ORTOPEDIA C. MANO Y M. SUP
U. MILITAR R.M. 440977/0

# Centro Diagnóstico de Especialistas
## Consulta Externa

CENTRO DIAGNÓSTICO DE ESPECIALISTAS CLÍNICA CEDES

NIT. 800.193.989-8

Nombre: Diogenes perez S Fecha: 18/04/2016
Rosario Arre CC: 17951110

R/.

Incapacidad Medica laboral por 20 dias
Fecha Inicial 22/04/2016
Fecha Final 11/05/2016
Dx Cervicalgia

Juan Carlos Toncel S.
ORTOPEDIA C. MANO Y M. SUP
U. MILITAR R.M. 440977/04

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 COMPAÑÍA DE SEGUROS**

POSITIVA
COMPAÑÍA 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.I |
|---|---|---|
| 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 | |

Fecha de terminación de incapacidad
07 06 2016

Nombre completo de la persona que expide o transcribe incapacidad
HECTOR ANGULO OSPINO

Registro Medico
9416

Diagnostico

Código de diagnostico M549

POSITIVA S.A.
COMPAÑIA DE SEGUROS
NIT. 860.0[illegible]
OFICINA MINA

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

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

# CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Nº 001

Seccional
LA GUAJIRA

TIPO
Ambulatoria Hospitalaria

Fecha de expedición
12 05 2016

| Primer Apellido del Paciente | Segundo Apellido del Paciente | Nombre del Paciente |
|---|---|---|
| PEREZ | ALVAREZ | DIÓGENES |

Tipo de documento

| CC | C.E | T.I |
|---|---|---|
| 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
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 | 27 |

# CERTIFICACO DE INCAPACIDAD

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | No. ID O NUIP DEL BENEFICIARIO |
|---|---|---|---|
| Perez | Alvarez | Diogenes | 17951110 |

| CAUSA | 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 | SI |
| M545 | . | | X | | | 16 | 03 | 22 | 16 | 06 | 28 | Treinta | 30 | |

| FIRMA Y SELLO MEDICO | No. DE IDENTIFICACION | FIRMA Y SELLO RESPONSABLE CENTRO DE AT. | CODIGO | JUSTIFICACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| Rolando Vargas Russo<br>MEDICO FISIATRA<br>R.M. 1765 | | | | TRANSCRIP. | |
| | | | | SUSTITUCION | |
| | | | | REPRODUC. | |

LUGAR DE CONVALECENCIA

| | DIRECCION | MUNICIPIO / DEPARTAMENTO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| CASA | | | |
| HOSPITAL | | | |
| OTRO | | | |

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y
REHABILITACION
Recursos para tu Salud

08/06/2016

**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

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. 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. DOLOR TIPO RADICULAR A LA ELEVACION DEL MID. PARESIA DORSIPLANTIFLEXION 4/5 A DERECHA. REALIZA MARCHA LEVEMENTE CLAUDICANTE QUE NO REQUIERE EL USO DE AYUDAS MECANICAS.

PRONOSTICO FUNCIONAL:

REGULAR POR EL TIPO DE LESION

PRONOSTICO OCUPACIONAL:

PUEDE LABORAR CON MODIFCACIONES AL TERMINO DE LA INCAPACIDAD

PLAN:

PARALGEN MAX # 40

CONCLUIR TERAPIAS PENDIENTES

PENDIENTE VALORACION POR NEUROCIRUGIA

Barranquilla ... 3784348 ... 3016833597 ... cdrcitas@gmail.com
Agencia Murillo: ... Cel: 3003041247 Email: cdrcitasmurillo@gmail.com
Agencia Santa Marta: Calle 23 N 6-1 ... Local 9 y 10 Teléfono: 4228969 4220554 Cel.
Recursos para tu Salud

INCAPACIDAD 20 DIAS A PARTIR DEL 08/06/2016

CONTROL FISIATRIA

Rolando Vargas Russo
MEDICO FISIATRA
R.M. 1765

ROLANDO VARGAS RUSSO

Medico Fisiatra

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y REHABILITACION

Recibido por

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

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y REHABILITACION

# CERTIFICACO DE INCAPACIDAD

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRES | NUMERO DE IDENTIFICACION |
|---|---|---|---|
| Perez | Alvarez | Diogenes | 17951110 |

| COD DIAG | CONTINGENCIAS | FECHA ACC. DE TRAB | FECHA DE INICIACION | DIAS DE INCAPACIDAD | PRORROGA |
|---|---|---|---|---|---|
| M545 | EG M A.T. EP. SOAT<br>X | AÑO MES DIA<br>16 03 22 | AÑO MES DIA<br>16 06 08 | EN LETRAS: Veinte — EN NUMEROS: 20 | SI |

| FIRMA Y SELLO MEDICO | FIRMA Y SELLO RESPONSABLE CENTRO DE AT | CODIGO | JUSTIFICACION |
|---|---|---|---|
| Rolando Vargas Russo<br>MEDICO FISIATRA<br>R.M. 1765 | | | TRANSCRIP.<br>SUSTITUCION<br>REPRODUC. |

LUGAR DE CONVALECENCIA

| | DIRECCION | MUNICIPIO / DEPARTAMENTO | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| CASA | | | |
| HOSPITAL | | | |
| OTRO | | | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.951.110**

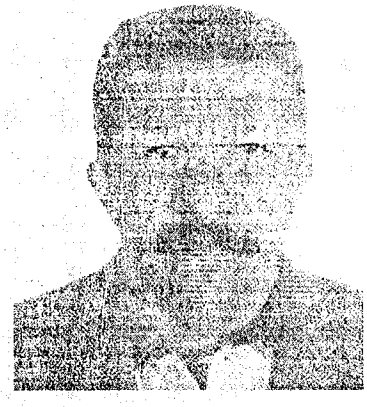
**PEREZ ALVAREZ**

APELLIDOS

**DIOGENES**

NOMBRES

FIRMA



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

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

A-4800700-00184675-M-0017951110-20091010 **00170**10064A 1 30567450