

Señores

**JUZGADO QUINTO (5) CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA**

E. S. D.

**REFERENCIA:** VERBAL  
**RADICADO:** 08001405300520250029600  
**DEMANDANTE:** IRINA ISABEL PEREZ PAZ  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la Dra. Daniela Alejandra Lombana Burbano, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por IRINA ISABEL PEREZ PAZ en contra de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

**CAPITULO I**  
**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS**

**FRENTE AL HECHO PRIMERO:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Se aclara al despacho que, el Banco BBVA Colombia S.A., es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello

**FRENTE AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto parcialmente. Teniendo en cuenta que, el 30 de agosto de 2019 la señora IRINA ISABEL PEREZ solicitó su aseguramiento, que fue formalizada a través de la Póliza de seguro Vida Grupo Deudor No. 02 215 0000551230 certificado No. 0013-0158-62-4019763905 con mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para amparar una obligación crediticia 0013-0158-00-9617799570 con el BANCO BBVA, Póliza que fue emitida el 11 de septiembre de 2019

Pese a lo anterior, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que la señora IRINA

ISABEL PEREZ PAZ para el día 30 de agosto de 2019, no informó de la existencia de Trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008), enfermedades que conocía con anterioridad, pues negó padecer enfermedad alguna, tal como se evidencia:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Edad: 1.58

Peso: 59

Altura: 1.58

Cuántos cigarrillos diarios: 0

Deportes que practica

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

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

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

BOCA, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O ARTICULACIONES

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES HEMOLINFÁTICAS O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

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

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, ESÓFAGO, HÍGADO FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

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

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE

¿SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, 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:

**“Documento:** Declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021.”  
**Aparte citado:** “DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Deportes que practica

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

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

**TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS**

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

BOCA, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

**REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O ARTICULACIONES**

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES HEMOLINFÁTICAS O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

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

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, ESÓFAGO, HÍGADO FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA 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:.*

**FRENTE AL HECHO TERCERO:** Es parcialmente cierto, si bien en el certificado de la póliza de seguro Vida Deudor No. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451, se estipula un valor asegurado de \$90.000.000 por concepto de amparo por incapacidad total y permanente, dicho valor corresponde al monto inicial del crédito otorgado a la señora Irina Isabel Pérez Paz.

No obstante, debe señalarse que la señora Pérez Paz continuó efectuando los respectivos pagos periódicos sobre dicha obligación con ocasión a su deber contractual originada en el mutuo que aduce haber adquirido con el banco, razón por la cual no se puede tener como valor del presente proceso la suma de \$90.000.000, pues será el valor asegurado vigente al momento del dictamen de pérdida de capacidad laboral el mismo saldo insoluto de la deuda, conforme a las condiciones generales de la póliza y a la naturaleza del seguro de vida deudor.

**FRENTE AL HECHO CUARTO:** No es cierto que la sociedad BBVA Colombia S.A. actúe por cuenta ajena o por cuenta de un tercero en el contrato de seguro identificado con la póliza No. 02215 0000551230. En realidad, BBVA Colombia S.A. ostenta la calidad de tomador y beneficiario oneroso, en virtud de haber sido la entidad financiera que otorgó el crédito a la señora Irina Isabel Pérez Paz, lo cual le confiere un interés asegurable legítimo, consistente en garantizar el reembolso del capital prestado en caso de siniestro.

Por su parte, la señora Irina Isabel Pérez Paz es la asegurada, toda vez que fue quien suscribió el contrato de seguro, así como quien declaró sobre su situación de asegurabilidad, la cual consiste en informar sobre las enfermedades preexistentes con las que contaba al momento de suscribir el negocio asegurativo y sobre cuya vida o capacidad laboral recae el riesgo asegurado. Es precisamente el evento de su fallecimiento o incapacidad total y permanente el que activa la cobertura de la póliza.

En consecuencia, BBVA Colombia S.A. no actúa como representante ni por cuenta de la asegurada, sino como beneficiario oneroso, limitado al valor del saldo insoluto de la obligación financiera garantizada por la póliza.

**FRENTE AL HECHO QUINTO:** No es cierto, la señora Pérez Paz ostenta la calidad de asegurada del contrato, sobre cuya vida y capacidad laboral recae el riesgo asegurado. No obstante, no obtiene ningún beneficio dinerario, pues como se ha mencionado previamente, el único beneficiario oneroso es el Banco BBVA en el 100%. Lo anterior implica que no es cierta la apreciación de la parte demandante.

**FRENTE AL HECHO SEXTO:** No es cierto, en realidad, BBVA Colombia S.A. actúa como beneficiario oneroso, en virtud de haber otorgado el crédito garantizado por dicha póliza, lo que le confiere un interés asegurable limitado al valor del saldo insoluto de la obligación financiera al momento de la pérdida de capacidad laboral

**FRENTE AL HECHO SÉPTIMO:** Es cierto, que a la señora IRINA ISABEL PEREZ A se le entregó la declaración de asegurabilidad. Sin embargo, a pesar de haber sido puesta en conocimiento de este documento, omitió revelar la existencia de unos padecimientos, trastorno de ansiedad (con diagnóstico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008) condiciones médicas que ya conocía previamente. En lugar de ello, negó padecer cualquier enfermedad, como se demuestra en la declaración de asegurabilidad de 30 de agosto de 2019. Si la aseguradora hubiera tenido conocimiento de esta circunstancia, podría haber desistido de la contratación o, en su defecto, haber establecido condiciones más onerosas. Por lo tanto, la omisión de esta información tiene consecuencias jurídicas claras. En virtud de ello, la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO OCTAVO:** Es parcialmente cierto, debe señalarse que si bien existen espacios en blanco, los mismos tienen la finalidad de ser llenados por la señora Pérez Paz, para que realice la respectiva declaración, quien ostenta la calidad de asegurada del contrato de seguro, tal y como lo hizo. En el documento consta expresamente su firma, lo que acredita su participación directa en el proceso de aseguramiento.

Asimismo, en dicha declaración, la señora Pérez Paz manifestó no padecer ninguna enfermedad, lo cual resulta contrario a la realidad médica conocida por ella al momento de la suscripción de dicha declaración. En efecto, existen antecedentes clínicos previos que evidencian diagnósticos de: Trastorno de ansiedad especificado (F41.8), diagnosticado el 1 de octubre de 2015, Disfonía, diagnosticada el 15 de mayo de 2015 y Fibromialgia, con diagnóstico aproximado desde el año 2008. Si la aseguradora hubiera tenido conocimiento de esta circunstancia, podría haber desistido de la contratación o, en su defecto, haber establecido condiciones más onerosas. Por lo tanto, la omisión de esta información tiene consecuencias jurídicas claras. En virtud de ello, la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO NOVENO:** No es un hecho, es una simple manifestación subjetiva que realiza la parte actora.

Se aclara que, no existe un deber de realizar exámenes médicos para las compañías aseguradoras, especialmente en los seguros de vida. Este planteamiento se fundamenta primordialmente en el artículo 1158 del Código de Comercio, el cual establece inequívocamente que, aunque el asegurador prescinda de dicho examen o averiguaciones adicionales, el asegurado no queda eximido de su deber de declarar sinceramente los hechos que determinan el estado del riesgo (conforme al artículo 1058 del mismo código) ni de las sanciones por su incumplimiento. Esta obligación del asegurado se enraíza en el principio de uberrima bona fidei (máxima buena fe), esencial en los contratos de seguro, que impone al tomador la carga de no solo emplear la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requerida en todos los



contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esa buena fe llevada al extremo, pues es este quien posee el conocimiento directo y detallado de sus propias circunstancias y, por ende, de la magnitud del riesgo que traslada. Tanto la Corte Constitucional (en sentencias como la T-058 de 2016 y C-232 de 1997) como la Corte Suprema de Justicia (en fallos como el del 4 de marzo de 2016), junto con la doctrina especializada y la Superintendencia Financiera, han ratificado consistentemente esta postura, subrayando que exigir a la aseguradora agotar todos los medios para conocer el riesgo desdibujaría la obligación del asegurado y desconocería la naturaleza del contrato, que se basa en la confianza y la información proporcionada por quien busca el amparo. Se recalca que la profesionalidad de la aseguradora no implica una obligación de verificación exhaustiva previa, pues la responsabilidad principal de la declaración veraz recae en el tomador o asegurado individualmente considerado, incluso en seguros colectivos.

En conclusión, la decisión de la aseguradora de no realizar averiguaciones excesivas es una facultad discrecional y no una omisión que le impida, posteriormente, alegar la nulidad relativa del contrato por reticencia o declaración inexacta, toda vez que la carga primordial de informar verazmente sobre el estado del riesgo recae sobre el asegurado, y su incumplimiento puede acarrear la invalidez del seguro.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO:** No es cierto, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 11137 del Código de Comercio colombiano, el interés asegurable recae sobre el patrimonio de la entidad financiera BBVA Colombia S.A., en tanto que fue quien otorgó el crédito a la señora Irina Isabel Pérez Paz, y por lo tanto, se encuentra expuesta al riesgo de no recuperar el capital prestado en caso de que la asegurada fallezca o sufra una incapacidad total y permanente que le impida cumplir con sus obligaciones crediticias. Este interés económico legítimo es el que justifica la calidad de beneficiario oneroso de BBVA Colombia S.A. dentro del contrato de seguro.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO:** Es cierto, los riesgos amparados dentro de la Póliza la de seguro Vida Deudor No. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451, son los de muerte o incapacidad total o permanente:

Que: El (a) Señor (a) **IRINA ISABEL PEREZ PAZ**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **57.141.031**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9617799570** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra amparada bajo la póliza de seguro **Vida Deudor No. 02 215 0000551230**, certificado No. **0013-0158-64-4009173451**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

| AMPARO                            | VR. ASEGURADO   |
|-----------------------------------|-----------------|
| Vida (Muerte por cualquier causa) | \$90,000,000.00 |
| Incapacidad total y permanente    | \$90,000,000.00 |

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO:** No es cierto, Según la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, previo a la declaración de asegurabilidad el 30 de agosto de 2019, presentaba varios diagnósticos de salud tales como: trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008) condiciones médicas que ya conocía previamente. En lugar de ello, negó padecer cualquier

enfermedad, como se demuestra en la declaración de asegurabilidad de 30 de agosto de 2019. En tal sentido, si la aseguradora hubiera tenido conocimiento de esta circunstancia, podría haber desistido de la contratación o, en su defecto, haber establecido condiciones más onerosas. Por lo tanto, la omisión de esta información tiene consecuencias jurídicas claras. En virtud de ello, la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO TERCERO:** No es cierto, tal como se desprende de las historias clínicas expedidas por la Clínica General del Norte, la señora Irina Isabel Pérez Paz presentaba antecedentes médicos claros y reiterados de fibromialgia, disfonía y trastornos de ansiedad desde fechas muy anteriores al año 2022:

- En historia clínica de 11 de noviembre de 2015, se documenta un cuadro de fibromialgia lumbar, con afectación emocional derivada de la situación familiar, lo que ya evidenciaba un componente psicosomático relevante.
- En historia clínica de 1 de octubre de 2015, se consigna el diagnóstico de trastorno de ansiedad especificado (F41.8), y se establece un plan de manejo psicológico con seguimiento clínico, lo que demuestra que la paciente ya se encontraba bajo tratamiento por afectaciones de salud mental.
- En historia clínica de 15 de mayo de 2019, se registran antecedentes de disfonía, reflujo gastroesofágico y faringoamigdalitis, con sintomatología persistente que motivó múltiples consultas médicas.
- En historia clínica de 9 de septiembre de 2019, se documenta nuevamente un cuadro de disfonía y disnea episódica, lo que evidencia la continuidad del padecimiento.
- En historia clínica de 11 de marzo de 2021, la paciente refiere haber padecido fibromialgia desde hace trece años, lo que sitúa el inicio del cuadro clínico en el año 2008.
- En historia clínica de 15 de marzo de 2022, se confirma la persistencia de la fibromialgia, el dolor generalizado, el trastorno del sueño y la afectación emocional, con referencia expresa a un conflicto en el ámbito laboral, lo que agrava el cuadro psíquico.

En consecuencia, no es cierto que los quebrantos de salud mental hayan iniciado en 2022, pues existen registros médicos fehacientes que demuestran que la señora Irina Isabel Pérez Paz, presentaba diagnósticos claros y padecía trastornos de ansiedad desde al menos el año 2015, y que dichos padecimientos fueron omitidos en su declaración de asegurabilidad suscrita en agosto de 2019.

Tal omisión configura un supuesto claro de reticencia, conforme al Artículo 1058 del Código de Comercio, el cual establece que toda declaración reticente de hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato o lo hubieran inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad del contrato de seguro.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO:** Es cierto que la Junta Regional de Calificación de Invalidez determinó una pérdida de capacidad laboral equivalente al 100% para la señora Irina Isabel Pérez Paz, Dicha decisión fue notificada el día 31 de mayo de 2023, lo que acredita su condición de invalidez total y permanente. Sin embargo, debe señalarse que el extremo activo busca inducir a error, dado que dicha pérdida de la capacidad laboral tuvo como fundamento enfermedades diagnosticadas de manera previa a la declaración de asegurabilidad, como lo fue su trastorno de ansiedad diagnosticado en el año 2015.

Sin perjuicio de lo anterior debe señalarse que pese a que BBVA SEGUROS DE VIDA S.A expidió la Póliza Vida Grupo o. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451. Debe advertirse, que con ocasión a la invalidez de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, no hay lugar a hacer efectiva la Póliza Vida Grupo Deudores. Lo anterior, como quiera que la señora PEREZ PAZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurado negó en el momento de celebrar el contrato de seguro eran supremamente relevantes para el Asegurador. Puesto que si mi representada hubiera conocido de sus padecimientos: trastorno de ansiedad (con diagnóstico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008), evidentemente la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia. Por lo anterior, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO:** Es cierto, que la fecha de estructuración de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ según la JUNTA REGIONAL DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL es del 9 de mayo de 2023, debe señalarse que con dicha afirmación se pretende inducir en error, pues pese a la fecha de emisión de la PCL, la misma tuvo como fundamento enfermedades diagnosticadas anteriores a la declaración de asegurabilidad de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ.

Unido a lo anterior, se precisa que la asegurada presentaba padecimientos tales como: : trastorno de ansiedad (con diagnóstico desde el 1 de octubre de 2015 ), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008), anteriores a la declaración de asegurabilidad por ella suscrita el 30 de agosto de 2019, patología que de haber sido conocidas por mi representada evidentemente la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él.

Por lo anterior, es dable concluir que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO:** Es parcialmente cierto, pues si bien para la fecha en que la señora IRINA ISABEL PEREZ fue notificada del dictamen de pérdida de la capacidad laboral la Póliza Vida Grupo No. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451, se encontraba vigente, lo cierto es que se pretende inducir en error al despacho al señalar que por su mera vigencia, existe lugar a un deber indemnizatorio..

Es por ello que debe advertirse, que con ocasión a la invalidez de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ,

no hay lugar a hacer efectiva la precitada Póliza. Lo anterior, como quiera que la señora PEREZ PAZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. La anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurada negó en el momento de celebrar el contrato de seguro eran supremamente relevantes para el Asegurador. Puesto que si mi representada hubiera conocido de sus padecimientos: trastorno de ansiedad (con diagnóstico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008), evidentemente la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para concluir que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO:** Esta afirmación constituye una interpretación sesgada y acomodada del clausulado general de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores, específicamente en lo que respecta al amparo por incapacidad total o permanente. El contenido de dicha cláusula debe ser analizado conforme a su redacción literal, su finalidad garantista, y los principios de interpretación contractual previstos en el Código Civil y el Código de Comercio, sin distorsionar su alcance ni desnaturalizar las condiciones pactadas entre las partes. No significa aquello que, con ocasión al alcance de la póliza, el asegurado no se encontraba obligado a declarar adecuadamente el estado de riesgo, ni significa que la póliza opere de forma automática e irrestricta, pues la relevancia de las preguntas se presenta de suma relevancia para tarifar adecuadamente el riesgo, cosa que no se hizo ante la reticencia de la señora Pérez.

Contrario a lo señalado por la parte actora, para que se ampare el riesgo de la incapacidad total y permanente es necesario que no haya sido provocada por el asegurado. Unido a lo anterior debe señalarse que el mismo clausulado señala que si el asegurado es reticente o inexacto, se dará aplicación a lo señalado en el artículo 1058 del Código de Comercio.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO:** Es parcialmente cierto, Para la fecha en que se refiere la parte demandante en su hecho se presentó una **solicitud de indemnización** ante mi representada, la cual atendió de manera acuciosa y con celeridad, haciendo el estudio pertinente de fondo y emitiendo una respuesta final por medio de la cual se objetó formalmente cualquier solicitud de indemnización respecto de la Póliza Vida Grupo No. 02 215 0000551230, certificado No. 0013-0158-64-4009173451.

**FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO:** Es cierto el 4 de julio de 2024, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A objetó la solicitud de indemnización. Dado que, pese a la declaración de invalidez de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, no hay lugar a hacer efectiva la precitada Póliza. Lo anterior, como quiera que la señora PEREZ PAZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. La anterior omisión cobra fundamental



importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurada negó en el momento de celebrar el contrato de seguro eran supremamente relevantes para el Asegurador. Puesto que si mi representada hubiera conocido de sus padecimientos: trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008), evidentemente la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para concluir que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia, es por lo anterior que mi representada, objeto en los términos de las comunicaciones conocidas:

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO:** Es una apreciación jurídica, subjetiva y errada del accionante. En tal sentido, de la Historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, se tiene que de manera previa a la declaración de asegurabilidad de 30 de agosto de 2019, ya tenía padecimiento tales como, trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). Estos diagnostico son preexistente y de haber sido conocido por mi representada la hubieran llevado a retraerse de celebrar el contrato de seguro o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él. .

En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su aseguramiento en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia, que además también se encuentra en el clausulado general de la Póliza vida Grupo Deudores.

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO:** No es un hecho es una apreciación subjetiva de la parte actora que me permito contestar así:

La afirmación según la cual BBVA SEGUROS DE VIDA aseguró el riesgo de incapacidad total y permanente “*abarcando preexistencias, incluso las causadas intencionalmente por el asegurado*” resulta abiertamente errónea y contraria al contenido del clausulado general de la póliza, así como a las disposiciones legales que rigen el contrato de seguro en Colombia.

En primer lugar, el condicionado general de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores establece que el amparo por incapacidad total y permanente opera únicamente cuando el asegurado ha declarado de forma veraz y completa su estado de salud, y que cualquier reticencia o inexactitud en dicha declaración dará lugar a la aplicación del Artículo 1058 del Código de Comercio, el cual dispone que:

En el presente caso, la señora Irina Isabel Pérez Paz omitió declarar patologías preexistentes y clínicamente documentadas, tales como, Fibromialgia, con diagnóstico desde aproximadamente el año 2008, Trastorno de ansiedad, diagnosticado desde el 1 de octubre de 2015 y Disfonía, con antecedentes

desde el 15 de mayo de 2015

Estas condiciones médicas constan en su historia clínica expedida por la Clínica General del Norte, y eran plenamente conocidas por la asegurada al momento de suscribir su declaración de asegurabilidad en agosto de 2019. La omisión de estos antecedentes constituye una reticencia sustancial, que afecta directamente la valoración del riesgo por parte de la aseguradora.

Reiteramos que existe una diferencia sustancial entre las condiciones generales del contrato de seguro y el consentimiento otorgado por la aseguradora de forma viciada. Este último tiene prevalencia sobre las condiciones del seguro, en tanto que de dicho consentimiento viciado se deriva la nulidad relativa prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio. La operancia de esta nulidad, por tener origen legal, prima sobre las estipulaciones convencionales del contrato, lo que implica que, ante la existencia de un vicio en el consentimiento, las condiciones generales pactadas no pueden ser invocadas para desvirtuar los efectos jurídicos de la nulidad.

En consecuencia, no puede afirmarse que el asegurador haya asumido el riesgo de preexistencias no declaradas, ni mucho menos aquellas derivadas de una conducta intencional del asegurado. Tal interpretación desnaturaliza el contrato de seguro, vulnera el principio de buena fe contractual, y desconoce el marco legal que regula la validez del aseguramiento. Por lo tanto, la objeción formulada por la compañía aseguradora se encuentra plenamente justificada, y la nulidad del contrato procede conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, en virtud de la reticencia grave en que incurrió la señora Pérez Paz al momento de perfeccionar el contrato.

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO:** No se trata de un hecho, sino de una apreciación subjetiva de la parte actora, CARMEN de sustento fáctico y jurídico. La afirmación según la cual la compañía de seguros se encuentra incumpliendo la prestación de dar, consistente en el pago del valor asegurado una vez ocurrido el siniestro, conforme al contrato de seguro de vida / póliza No. 02215 0000551230, desconoce las condiciones contractuales pactadas y el marco legal que rige la materia.

La aseguradora no ha incurrido en incumplimiento alguno, sino que ha ejercido válidamente su facultad de objeción del siniestro, con fundamento en la reticencia en que incurrió la señora Irina Isabel Pérez Paz al momento de suscribir su declaración de asegurabilidad en agosto de 2019, pues, tal como se desprende de la historia clínica expedida por la Clínica General del Norte, la señora Pérez Paz omitió declarar condiciones médicas preexistentes, clínicamente diagnosticadas y conocidas por ella, tales como: Fibromialgia, con diagnóstico desde aproximadamente el año 2008, Trastorno de ansiedad, diagnosticado desde el 1 de octubre de 2015 y Disfonía, con antecedentes desde el 15 de mayo de 2015

Estas patologías eran relevantes para la correcta apreciación del riesgo asegurado, y su ocultamiento impidió que la compañía pudiera valorar adecuadamente la suscripción del contrato. En consecuencia, se configura el supuesto previsto en el Artículo 1058 del Código de Comercio, por tanto, el contrato de seguro debe ser declarado nulo, en virtud de la reticencia de la asegurada, lo que excluye cualquier obligación de pago por parte de la aseguradora.

**FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO:** No me consta lo afirmado en el presente hecho, pues se

trata de circunstancias que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no conoce. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por la demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Por cuanto, el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurada la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ deben ser declarados nulos según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que la mentada señora suscribió el certificado individual de seguro.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERO”:** Me opongo a la PRIMERA pretensión elevada por la parte Accionante, ya que si bien, a la asegurada se le dictaminó una pérdida de la capacidad laboral del 100%, lo cierto es que, el amparo de Incapacidad total y permanente, y en general la Póliza seguro Vida Grupo Deudores, no puede ser afectada, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó expresamente si padecía de alguna de las patologías enlistadas o cualquier problema de salud no contemplado en el formulario frente a lo que respondió negativamente quedando así evidenciado que fue reticente y la consecuencia será la declaratoria de nulidad de los contratos y la imposibilidad de imponer obligación alguna a mi mandante.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO”:** Me opongo a la SEGUNDA pretensión elevada por la parte Accionante, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para hacer efectivo el contrato de seguro, contraídos por IRINA ISABEL PEREZ PAZ, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de

2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en las declaraciones de asegurabilidad se le preguntó expresamente si padecía de alguna de las patologías enlistadas o cualquier problema de salud no contemplado en el formulario frente a lo que respondió negativamente quedando así evidenciado que fue reticente y la consecuencia será la declaratoria de nulidad de los contratos y la imposibilidad de imponer obligación alguna a mi mandante.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERO”:** Me opongo a la TERCERA pretensión por sustracción de materia, en tanto no le asiste obligación alguna a mi representada, no obstante, me permito pronunciarme frente a cada aspecto de forma separada así:

- Ninguna suma puede ser reconocida a BBVA COLOMBIA S.A, dado que no le asiste obligación alguna a mi representada para hacer efectivo el contrato de seguro, contraídos por IRINA ISABEL PEREZ PAZ, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnóstico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.
- No es jurídicamente viable condenar a la BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. al reconocimiento de pago alguno por concepto de intereses moratorios, debido a que, para que una persona se encuentre en mora en el cumplimiento de sus obligaciones, será necesaria la existencia previa de obligaciones susceptibles de cumplimiento. De forma que, ante la inexistencia de responsabilidad de la parte demandada, no resulta procedente imponer o acordar el pago de suma alguna en favor de los demandantes. En este sentido, no resulta procedente hablar de mora ante la inexistencia de obligaciones susceptibles de

ser cumplidas.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “CUARTO”:** Me opongo a la CUARTA pretensión por sustracción de materia, en tanto no le asiste obligación alguna a mi representada, frente al reconocimiento de una suma a favor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ es improcedente comoquiera que en el ámbito de aplicación de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros.

Además, la póliza vida grupo deudore N. 02 215 0000551230 ampara la obligación y por ende es el saldo insoluto lo que se reconocería y no más allá de ello.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “QUINTO”:** ME OPONGO a la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor.

#### **OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES SUBSIDIARIAS:**

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERO” subsidiaria:** ME OPONGO A LA PRIMERA pretensión subsidiaria por cuanto la reticencia en Pólizas de Vida Grupo Deudor, solo puede provenir del potencial asegurado, en tanto es la única parte dentro de la relación contractual que conoce de manera directa y completa su estado de salud. En el presente caso, dicha condición recae exclusivamente en la señora Irina Isabel Pérez Paz, quien, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad en agosto de 2019, omitió informar sobre patologías preexistentes, diagnosticadas y clínicamente documentadas, tales como fibromialgia, trastorno de ansiedad y disfonía, todas conocidas por ella con anterioridad a la celebración del contrato.

Unido a lo anterior, se debe señalar que no existe un error inculpable por parte del tomador en tanto, este se configura únicamente cuando no se tiene conocimiento de las condiciones que alteran el estado del riesgo declarado. En el presente caso, resulta claro que la señora Irina Isael Pérez conocía sus padecimientos o enfermedades y, sin embargo, los omitió deliberadamente. Máxime cuando dichos padecimientos cuentan con diagnóstico desde aproximadamente el año 2008.

En tal sentido es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.



En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente si padecía de alguna de las patologías enlistadas o cualquier problema de salud no contemplado en el formulario frente a lo que respondió negativamente quedando así evidenciado que fue reticente y la consecuencia será la declaratoria de nulidad de los contratos y la imposibilidad de imponer obligación alguna a mi mandante

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO” subsidiaria:** ME OPONGO A LA SEGUNDA pretensión subsidiaria por **cuanto** si bien, a la asegurada se le dictaminó una pérdida de la capacidad laboral del 100%, lo cierto es que, el amparo de Incapacidad total y permanente, y en general la Póliza seguro Vida Grupo Deudores, no puede ser afectada, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnostico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnostico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, debido a que ella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente si padecía de alguna de las patologías enlistadas o cualquier problema de salud no contemplado en el formulario frente a lo que respondió negativamente quedando así evidenciado que fue reticente y la consecuencia será la declaratoria de nulidad de los contratos y la imposibilidad de imponer obligación alguna a mi mandante.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERO” subsidiaria:** Me opongo a la TERCERA pretensión por sustracción de materia, en tanto no le asiste obligación alguna a mi representada, no obstante, me permito pronunciarme frente a cada aspecto de forma separada así:

- Ninguna suma puede ser reconocida a BBVA COLOMBIA S.A, dado que no le asiste obligación alguna a mi representada para hacer efectivo el contrato de seguro, contraídos por IRINA ISABEL PEREZ PAZ, comoquiera que la asegurada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento,

esto es no informó su diagnóstico de trastorno de ansiedad (con diagnóstico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008). La anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar sus seguros, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los diagnósticos mencionados, que la Señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ tenía con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

- No es jurídicamente viable condenar a la BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. al reconocimiento de pago alguno por concepto de intereses moratorios, debido a que, para que una persona se encuentre en mora en el cumplimiento de sus obligaciones, será necesaria la existencia previa de obligaciones susceptibles de cumplimiento. De forma que, ante la inexistencia de responsabilidad de la parte demandada, no resulta procedente imponer o acordar el pago de suma alguna en favor de los demandantes. En este sentido, no resulta procedente hablar de mora ante la inexistencia de obligaciones susceptibles de ser cumplidas.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “CUARTO” subsidiaria:** Me opongo a la CUARTA pretensión por sustracción de materia, en tanto no le asiste obligación alguna a mi representada, frente al reconocimiento de una suma al favor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ es improcedente comoquiera que en el ámbito de aplicación de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros.

Además, la póliza vida grupo deudore N. 02 215 0000551230 ampara la obligación y por ende es el saldo insoluto lo que se reconocería y no más allá de ello.

**OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “QUINTO” SUBSIDIARIA: ME OPONGO** a la pretensión QUINTA subsidiaria a la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor.

### III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Me permito de manera enfática objetar el juramento estimatorio realizado por la parte demandante comoquiera que dicha estimación se encuentra lejos de ser una estimación razonada de la cuantía por cuanto es claro que, en este caso, el aseguramiento debe ser declarado nulo debido a la reticencia con que el asegurado declaró el estado del riesgo.

Nulidad relativa del contrato de seguro: la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ fue reticente en virtud de

que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que LA entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos de trastorno de ansiedad (con diagnóstico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008) que padecía la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ debe declararse nulo, debido a que ésta negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

De manera precisa, en cuanto el juramento estimatorio pretende servir como medio de prueba siempre que no sea objetado por la parte demandante, me permito indicar que de ninguna manera puede tenerse como prueba de las pretensiones las sumas relacionadas por la accionante. Como quiera que la Póliza Vida Grupo Deudores N.022150000551230. está viciada de nulidad por reticencia.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

#### **IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA**

##### **1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR N. 02 215 000551230**

Es fundamental que, desde ahora, el Despacho tenga en cuenta que la asegurada, IRINA ISABEL PERE PAZ, fue reticente, ya que, al momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar de manera sincera el estado del riesgo. En efecto, no informó a la Compañía Aseguradora sobre sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, los cuales incidieron, alteraron y agravaron de forma significativa el riesgo asegurado. Dichas condiciones comprenden trastorno de ansiedad especificados desde el 1 de octubre de 2015, disfonía desde el 15 de mayo de 2019, y fibromialgia desde hace 13 años de acuerdo con su historia clínica. De haberse conocido oportunamente esta información por parte de mi representada se habría abstenido de celebrar el contrato o, en su defecto, habría fijado condiciones más onerosas.

En términos generales, la reticencia en el contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones o declaraciones inexactas de los asegurados respecto a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su razón en la medida en que son los tomadores los que conocen a la perfección todas las condiciones y características del estado del riesgo que buscan salvaguardar y que por ende trasladan a las aseguradoras, así entonces, atendiendo al

principio de ubérrima buena fe, estos deben ser informados claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el **tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que esté sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”*. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

*“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución de este.*

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*

**En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.** (Subrayado fuera del texto original)

<sup>1</sup> BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a duda, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

*“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quien toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”. (Subrayado fuera del texto original)*

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el*



*suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”<sup>2</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co., analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado. Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

*En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.*

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”<sup>3</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cumulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a esté no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al*

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 00001-22-14-000-2019-00181-01.

*asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la uberrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual la asegurada solicitó su aseguramiento, se le formularon unos cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad), en los cuales las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 30 de agosto de 2019, fecha de su declaración de asegurabilidad, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citadas declaraciones de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ y que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad del 30 de agosto de 2019, obligación No 013-0158-00 96177995700**

|                                                                                                                                             |          |                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|----|
| DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)                                                                                             |          |                                 |    |
| Edad: 1.58                                                                                                                                  | Peso: 59 | ¿Cuántos cigarrillos diarios? X |    |
| Deportes que practica                                                                                                                       |          | Si                              | No |
| ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?                                                                                         |          |                                 | X  |
| ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?                                                                                                  |          |                                 | X  |
| ¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?                                                                          |          |                                 | X  |
| ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?                                                                                          |          |                                 | X  |
| ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?                                |          |                                 | X  |
| *TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS                                                                                                        |          |                                 | X  |
| *PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO                                   |          |                                 | X  |
| *BOCA, 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:                           |          |                                 |    |

**“Documento:** Declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021.”

**Aparte citado:** “DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Deportes que practica

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

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

**TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS**

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

BOCA, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

**REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O ARTICULACIONES**

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES HEMOLINFÁTICAS O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS

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

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, ESÓFAGO, HÍGADO FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA



DIGESTIVO  
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA 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:

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

NO FIRME ESTA SOLICITUD SIN LEER ESTE TEXTO

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retiro de las mismas, serán tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1068 del Código de Comercio, Terminación automática del Seguro: "La mora en el pago de la prima 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 por ocasión de la expedición del contrato". Persona Jurídica Gran Contribuyente según Res. 7714 1612/1996 Retenedores de ICA e IVA. No producir retención en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Se informa que es facultativo que respondo preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1296 de 2008 y 1381 de 2012.

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1961, autorizo a cualquier medico, 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 episódios o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO ONEROSO (ENDOSOS): Se designa como beneficiario principal del valor de la indemnización del presente seguro de vida como de los demás amparos contratados a BBVA COLOMBIA S.A., con el único y exclusivo fin de garantizarle el pago de una deuda a su cargo. En consecuencia, y de conformidad con el artículo 1146 del Código de Comercio, mientras subsista la deuda anterior con este beneficiario, la póliza no podrá ser revocada o modificados sus beneficiarios o su valor asegurado, sin previo aviso por escrito al beneficiario principal y autorización del mismo. Si se llega a causar el derecho de indemnización pactado en el presente seguro, cuando la causa a cargo del asegurado y a favor del beneficiario anteriormente designado se hubiere extinguido o disminuido por cualquier causa, será beneficiario sustituto por el saldo del seguro, LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY. La presente póliza permite ser cedida o endosada en caso de titularización de cartera.

Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No. \_\_\_\_\_ o a cualquier otro depósito en dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

FIRMA DEL SOLICITANTE

El cliente con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ÉSTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Bogotá el 30 de octubre de 2019

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA AUTORIZADA  
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.  
NIT. 800.226.098-4

**"Documento:** Declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021."

**Aparte citado:** NO FIRME ESTA SOLICITUD SIN LEER ESTE TEXTO

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Declaro que mis recursos no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana vigente. Cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud exime a la compañía de toda responsabilidad, exonerando a la compañía en todo caso. Completa y verídicamente, cualquier omisión, inexactitud o el retiro de las mismas serán tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio.

Artículo 1068 del Código de Comercio – Terminación automática del seguro:

"La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, produce la terminación automática del contrato y dará derecho

al asegurador para retener la parte de prima que corresponda a la excepción del contrato.”

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora IRINA ISABEL PEREZ respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Lo mencionado, debido a que la entonces Asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Maxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ no informó a mi representada que padecía de fibromialgia desde hace 13 años , disfonía desde el 15 de mayo de 2019 y trastorno de ansiedad desde el 1 de octubre de 2015, así como hernia epigástrica desde julio de 2019 lo anterior según historia clínica aportada, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador, con lo que queda acreditado que estas patologías son anteriores al 30 de agosto de 2019, fecha en la que diligenció la declaración de asegurabilidad.

Así entonces veremos cómo los diagnósticos del asegurado eran anteriores a la fecha de suscripción de la primera declaración de asegurabilidad, tal como se observa a continuación:

TRASTORNO DE ANSIEDAD:

Fecha de atención: 1 de octubre de 2015

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                          |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|------------|
| IRINA PEREZ PAZ                                                                                                                                                                                                                                                                               | AFILIADO(A)    | CALLE 8 NO 12-38 CUENAGA | 4102417    |
| ILDATOS DE LA CONSULTA                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                          |            |
| No Cita                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5367070        | Fecha de Atencion        | 2015/10/01 |
| Medico                                                                                                                                                                                                                                                                                        | GRACIA E PUSEY | Especialidad             | PSICOLOGIA |
| Motivo de la Consulta                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                          |            |
| ESTOY MUY PREOCUPADA POR LA SALUD DE MI HIJA                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                          |            |
| Enfermedad Actual                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                          |            |
| PTE DE 30 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA MUY TRISTE POR LA SITUACION DE SALUD DE SU HIJA. CONVULSIONO EN EL MES DE MARZO DE ESTE AÑO EN OTRA CIUDAD Y A PARTIR DE ELLO SE HA DX DE AUTISMO. ESTO LA DTIENE DESCONSERTADA PORQUE AL PARECER HA TENIDO DX DISTINTOS A LO LARGO DE ESTE TIEMPO. |                |                          |            |

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |      |                                                             |
|---------------------------|------|-------------------------------------------------------------|
| Diagnostico Principal     | F418 | OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS                  |
| Diagnostico Relacionado 1 |      |                                                             |
| Diagnostico Relacionado2  |      |                                                             |
| Diagnostico Relacionado3  |      |                                                             |
| Tipo de Diagnostico       | 1    | IMPRESION DIAGNOSTICA                                       |
| Finalidad de la Consulta  | 10   | NO APLICA                                                   |
| Causa Externa             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL                                          |
| Plan de Manejo            |      | ORIENTACION Y APOYO PSICOLOGICO, CITA DE CONTROL EN 20 DIAS |



**Transcripción esencial:** No Cita Medico Especialidad: PSICOLOGIA

$$(\dots)$$

Página 24 | 47

| DIAGNOSTICO(S) O MOTIVO DE CALIFICACION |                                                                                            | CODIGO(S) CIE 10 |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1.                                      | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. Enfermedad laboral. Tabla 10. Numeral. 2.4.10.3   | F412             |
| 2.                                      | REACCION AL ESTRES GRAVE- NO ESPECIFICADA. Enfermedad laboral. Tabla 10. Numeral. 2.4.10.3 | F439             |

CONDICION DE SALUD (SIGNOS Y SINTOMAS) Paciente en regulares condiciones generales, con antecedente TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Y REACCION AL ESTRES GRAVE- NO ESPECIFICADA, quien ha presenta múltiples crisis, cambios conductuales y del comportamiento, que no mejora a pesar de manejo médico, además presenta dolor progresivo, en hombros, predominio derecho, con limitación en arcos de movimientos e impotencia funcional lo que conlleva a una dificultad completa para desempeñarse como dorente

En consecuencia, resulta evidente que la señora IRINA ISABEL PÉREZ PAZ tenía pleno conocimiento del diagnóstico de trastorno de ansiedad, el cual fue preguntado de forma expresa en la declaración de asegurabilidad del 19 de octubre de 2021, y pese a ello optó por no revelarlo a la aseguradora. Esta omisión configura una conducta reticente en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, al ocultar un antecedente médico relevante que incide directamente en la valoración del riesgo y que, por tanto, da lugar a la nulidad del contrato de seguro. Además, dicho diagnóstico fue determinante para que los profesionales de la salud calificaran una pérdida de capacidad laboral del 100 %, lo que reafirma su relevancia y la gravedad de su ocultamiento en el contexto asegurador.

- 2015

| II.DATOS DE LA CONSULTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                   |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| No Cita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 5518323                 | Fecha de Atencion | 2015/11/11        |
| Medico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | RAUL FERNANDO BALAGUERA | Especialidad      | SALUD OCUPACIONAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>SEGUIMIENTO LABORAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                   |                   |
| <b>Enfermedad Actual</b><br>PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD. LABORA IDIED JESUS ESPELETA FAJARDO. DOCENTE BASICA PRIMARIA- CON CAUDRO DE FIBROMIALGIA LUMBAR.. REFIERE TENER UNA HIJA DE 2 AÑOS CON RETRASO DEL DESARRILO ASOCIADO A CUADRO CONVUSLIVO, QUE LE ESTA OCASIONANDO PREOCUPACION POR LA SITUACION DE SU HIJA Y QUE SU ESPOSO VIVE EN IBAGUE. |                         |                   |                   |

**Trascripción esencial: Enfermedad Actual**

**LCOC**

SU ESPOSO VIVE EN IBAGUÉ..

- 2017

| II.DATOS DE LA CONSULTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |                   |            |        |                             |              |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|------------|--------|-----------------------------|--------------|-------------------|
| No Cita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 8402710 | Fecha de Atencion | 2017/08/29 | Medico | LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES | Especialidad | SALUD OCUPACIONAL |
| Motivo de la Consulta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |                   |            |        |                             |              |                   |
| SOLICITUD PERSONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |                   |            |        |                             |              |                   |
| Enfermedad Actual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                   |            |        |                             |              |                   |
| EDAD: 32 AÑOS; AREA: BASUCA PRIMARIA; FV.19/07/2011; IED: JESUS ESPELETA FAJARDO. REFERE HISTORIA DE FIBROMIALGIA ; EN CONTROL ANTERIOR CON FISIATRIA. ACTUALMENTE REFIERE RECURRENCIA DE SINTOMATOLOGIA .EF: 100/80. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TIMBRADOS; PULMOES CLAROS Y VENTILADOS; ANDOMEN BLANDO SIN MEGALIAS; LASEGUE BILATERAL, NEGATIVOS ; MARCADA TENSION DE MUSCULOS VERVICO DORSALES ; A LA ENTREVISTA DE APRECIA MODERADA DISFONIA. |         |                   |            |        |                             |              |                   |

**Documento:** Historia Clínica CLINICA GENERAL DEL NORTE. de 29 de agosto de 2017

**Transcripción esencial: Enfermedad Actual**

EDAD:32 AÑOS ÁREA: BÁSICA PRIMARIA FECHA DE INGRESO: 19/07/2011  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA: JESÚS ESPELETA FAJARDO. REFIERE HISTORIA DE FIBROMIALGIA; EN CONTROL ANTERIOR CON FISIATRÍA. ACTUALMENTE REFIERE RECURRENCIA DE SINTOMATOLOGÍA.

- 2021

| II.DATOS DE LA CONSULTA                                                                                                                                                                                                     |          |                   |            |        |                  |              |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|------------|--------|------------------|--------------|------------------|
| No Cita                                                                                                                                                                                                                     | 12781248 | Fecha de Atencion | 2021/03/11 | Medico | JULIO ALVAREZ .. | Especialidad | MEDICINA GENERAL |
| Motivo de la Consulta                                                                                                                                                                                                       |          |                   |            |        |                  |              |                  |
| TELECONSULTA POR PANDEMIA DE COVID 19                                                                                                                                                                                       |          |                   |            |        |                  |              |                  |
| Enfermedad Actual                                                                                                                                                                                                           |          |                   |            |        |                  |              |                  |
| CONSULTA VIA TELEFONICA POR CUADRO CLINCIO DE DOLOR A NIVEL DE REGION LUMBAR, MANIFESTA Q DESD EHAC ETRECE AÑOS PADECE DE FIBROMILAGIAS, ESTABA ATNDIDA POR SERVCIO DE FISITARIA, S EGNERA CONSULTA POR PADEMIA DE COVID 19 |          |                   |            |        |                  |              |                  |

**Documento:** Historia Clínica CLINICA GENERAL DEL NORTE. de 11 de marzo de 2021

**Transcripción esencial: Enfermedad Actual:** CONSULTA VIA TELEFONICA POR CUADRO CLINCIO DE DOLOR A NIVEL DE REGION LUMBAR, MANIFESTA Q DESD EHAC ETRECE AÑOS PADECE DE FIBROMILAGIAS, ESTABA ATNDIDA POR SERVCIO DE FISITARIA, S EGNERA CONSULTA POR PADEMIA DE COVID 19”

- 2022

| II.DATOS DE LA CONSULTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |                   |            |        |                             |              |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|------------|--------|-----------------------------|--------------|-------------------|
| No Cita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 13786495 | Fecha de Atencion | 2022/03/15 | Medico | LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES | Especialidad | SALUD OCUPACIONAL |
| Motivo de la Consulta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |          |                   |            |        |                             |              |                   |
| REMITIDA POR FISIATRIA( CITA PRESENCIAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                   |            |        |                             |              |                   |
| Enfermedad Actual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |                   |            |        |                             |              |                   |
| EDAD: 36 AÑOS; AREA: BASICA PRIMARIA; IED. JESUS ESPELETA FAJARDO( SANTA MARTA); FV: 2011; ESC: 2BE; JORNADA: TARDE; EC.CASADA.DOCENTE REFIERE INTENSIFICACION DE DOLORES LUMBARES. VALORACION POR FISIATRIA D EFECHA 14/12/2021. DXS: M531, M545,M545,M791, M790..PACINTE CON ANTECEDENTES DE FIBROMIALGIA.; REFIERE DOLOR GENERALIZADO ASOCIADO ATRASTORNO DEL SUEÑO. NO MEJOROA CON BLOQUEO NALGESICO. EF: NO HAY DEFICIT NEUROLOGICO; DEBILIDAD PARAESPINALES, ROT SIMTRICOS; MULTIPLES CONTRACTURAS PARAESPINALES ; SE DAN RECOMENDACIONES DE EJERCCIOS EN CASA ; SE RECOEMIENDA ACUDIR A GIMNASIO. DR FRANCISCO MAZENETT.ACUSA CONFLICTO EN SU AMBITO LABORAL |          |                   |            |        |                             |              |                   |



**Documento:** *Historia Clínica CLINICA GENERAL DEL NORTE. de 15 de marzo de 2022*

**Trascripción esencial:** *Motivo de la Consulta REMITIDA POR FISIATRIA(CITA PRESENCIAL) Enfermedad Actual EDAD: 36 AÑOS; AREA: BASICA PRIMARIA; IED. JESUS ESPELETA FAJARDO (SANTA MARTA); FV: 2011; ESC: 2BE; JORNADA: TARDE; EC. CASADA.DOCENTE REFIERE INTENSIFICACION DE DOLORES LUMBARES. VALORACION POR FISIATRIA D EFECHA 14/12/2021. DXS: M531, M545,M545,M791, M790..PACINTE CON ANTECEDENTES DE FIBROMIALGIA,; REFIERE DOLOR GENERALIZADO ASOCIADO ATRASTORNO DEL SUEÑO. NO MEJOROA CON BLOQUEO NALGESICO. EF: NO HAY DEFICIT NEUROLOGICO; DEBILIDAD PARAESPINALES, ROT SIMTRICOS; MULTIPLES CONTRACTURAS PARAESPINALES; SE DAN RECOMENDACIONES DE EJERCCIIOS EN CASA; SE RECOEMIENDA ACUDIR A GIMNASIO. DR FRANCISCO MAZENETT.ACUSA CONFLICTO EN SU AMBITO LABORAL”*

Tal como se desprende de la historia clínica expedida por la CLINICA GENERAL DEL NORTE, la señora IRINA ISABEL presentaba un diagnóstico claro y reiterado de **fibromialgia, según** la historia clínica desde aproximadamente el año 2008. En ese sentido, resulta evidente que el asegurado conocía de su estado de salud al momento de suscribir el formulario de asegurabilidad en agosto de 2019, pero optó por omitir esta información relevante, lo que configura un supuesto claro de reticencia. Dado que la fibromialgia constituye un síndrome clínico crónico, lo que afecta la correcta apreciación del riesgo asegurado por parte de la compañía.

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que la asegurada conocía de la FIBRIOMALGIA que padecía y omitió ponerla en conocimiento de mi representada al momento de firmar su formulario de asegurabilidad para el mes de agosto de 2019. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co., como resultado de la reticencia con la que la señora PEREZ PAZ suscribió su declaración de asegurabilidad.

**DISFONIA**

- Fecha de atención 15 de mayo de 2019

| ILDATOS DE LA CONSULTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                   |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|------------------|
| No Cita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 11059629     | Fecha de Atencion | 2019/05/15       |
| Medico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | BELKIS PEREZ | Especialidad      | MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>ME SIENTO AHOGADA - TENGO REFLUJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |                   |                  |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DISFONIA- AMIGDALITIS- REFLUGO GASTROESOFAGICO- COMENTA PACIENTE CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EL SENSACION DE DIFICULTAD RESPRATORIA Y OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS , NIEGA TOS, MOTIVO QUE LA LLEVO A COSULTAR AL SERVICO DE URGENCIAS EN 2 OCASIONES TRATADO CON ANALGESIA , ACIDO ASCORBICO, AZITROMICINA (NO SE LA TOMO) REFIERE PERSISTIR CON SINTOMATOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL INGRESA - COMENTA SENSACION DE REFUJO DE LARGA DATA SIN TRATAMIENTO |              |                   |                  |

**Documento:** *Historia Clínica CINICA GENERAL DEL NORTE del 15 de mayo de 2019*

**Transcripción parte esencial:** *Motivo de la Consulta ME SIENTO AHOGADA - TENGO REFLUJO*

*Enfermedad Actual **PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DISFONIA- AMIGDALITIS- REFLUGO GASTROESOFAGICO- COMENTA PACIENTE CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EL SENSACIONDE **DIFFICULTAD RESPRATORIA Y OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS** , NIEGA TOS, MOTIVO QUE LA LLEVO A COSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS EN 2 OCASIONES TRATADO CON ANALGESIA , ACIDO ASCORBICO, AZITROMICINA (NO SE LA TOMO) REFIERE PERSISTIR CON SINTOMATOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL INGRESA - COMENTA SENSACION DE REFUJO DE LARGA DATA SIN TRATAMIENTO***

- Fecha de atención 9 de septiembre de 2019

| ILDATOS DE LA CONSULTA                                                                                                            |              |                   |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|------------------|
| No Cita                                                                                                                           | 11517270     | Fecha de Atencion | 2019/09/09       |
| Medico                                                                                                                            | ELKIN TORRES | Especialidad      | MEDICINA GENERAL |
| Motivo de la Consulta                                                                                                             |              |                   |                  |
| PERDIO CITA.                                                                                                                      |              |                   |                  |
| Enfermedad Actual                                                                                                                 |              |                   |                  |
| PACIENTE CON CUADRO DE DISFONIA, PERDIO CITA CON OTTORRINO, ADEMAS CON CUADRO DE DISNEA EPISODICA, CONGESTION SIN GRIPA MANIESTA. |              |                   |                  |

**Documento:** *Historia Clínica CINICA GENERAL DEL NORTE 9 de septiembre de 2019*

**Transcripción parte esencial:** *PACIENTE CON CUADRO DE DISFONIA, PERDIO CITA CON OTTORRINO, ADEMAS CON CUADRO DE DISNEAEPIODICA, CONGESTION SIN GRIPA MANIESTA.*

De acuerdo con la historia clínica emitida por la Clínica General del Norte, con fecha 15 de mayo de 2019, la señora Irina Isabel Pérez Paz asistió a consulta médica por un cuadro de faringoamigdalitis aguda. En dicha valoración se dejó constancia de antecedentes médicos de disfonía, lo cual permite establecer que este padecimiento es previo a la fecha mencionada y que ha desencadenado otras afecciones asociadas, prolongándose en el tiempo.

Cabe señalar que en septiembre de 2019 fue nuevamente valorada por esta patología, lo que evidencia la persistencia del cuadro clínico. Incluso se observa que dicha consulta se originó tras la pérdida de una cita con el especialista en otorrinolaringología, lo que sugiere que la paciente se encontraba bajo observación médica por esta enfermedad, lo que permite concluir que la asegurado tenía pleno conocimiento de su estado de salud con anterioridad a la suscripción del formulario de asegurabilidad, diligenciado en agosto de 2019. Sin embargo, tal diagnóstico no fue revelado a la aseguradora al momento de la contratación, lo que constituye una omisión relevante sobre el estado del riesgo. Así, la conducta del asegurado encuadra dentro del supuesto de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio, configurando una causal de nulidad del contrato de seguro, en tanto se ocultó un antecedente médico significativo que habría influido en la decisión de la compañía al aceptar o no el riesgo propuesto.

Es decir, es evidente que partir de este documento se demuestra fehacientemente que la señora IRINA



ISABEL PEREZ fue diagnosticado con Disfonía, de manera previa a la suscripción de su declaración de asegurabilidad, en el mes de agosto de 2019. Lo que deja en evidencia la conducta reticente del asegurado conforme con lo establecido en el artículo 1058 del C.Co., y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Por lo anterior, como se puede ver en las anotaciones inscritas en la historia clínica que obra en el expediente, la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ padecía de Fibromialgia desde aproximadamente el año 2008, fue diagnosticada con trastorno de ansiedad desde el año 2015, y además de disfonía con diagnóstico anterior a septiembre de 2019. Como se aprecia estas patologías son anteriores a la fecha de suscripción de los contratos de seguro, lo que implica que eran de pleno conocimiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, sin embargo, nunca lo informó a la compañía aseguradora.

En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Co, como resultado de la reticencia con la que la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) La señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ ya contaba con una serie de diagnósticos de fibromialgia, disfonía y trastorno de ansiedad, previo al 30 de agosto de 2019, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad altera ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

*“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.*

*En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*

**Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.** En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C. Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual. Lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

En resumen, la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurada negó en el momento de perfeccionar sus seguros son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en ellos. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de estas enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso resulta procedente la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio, que establece la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. En efecto, el aseguramiento de la señora IRINA ISABEL PEREZ debe declararse nulo, toda vez que, durante la etapa precontractual, ocultó de manera deliberada información relevante sobre su estado de salud.

La señora IRINA ISABEL PEREZ omitió declarar patologías previas significativas, tales como fibromialgia (diagnostico desde aproximadamente el 2008), trastorno de ansiedad (1 de octubre de 2015 ) e disfonía desde el 15 de mayo de 2019, entre otras que serán demostradas en el curso del proceso. Dichos antecedentes fueron objeto de preguntas expresas en la declaración de asegurabilidad que la Asegurado suscribió, pero está optó por no revelar su real condición médica, afectando con ello la valoración objetiva del riesgo por parte de la aseguradora. En consecuencia, dicha omisión vicia el consentimiento otorgado por mi representada al momento de perfeccionar el contrato, pues partió del supuesto equivocado de que aseguraba a una persona en buen estado de salud. De haber conocido la verdadera situación médica de la asegurada, la compañía aseguradora se habría abstenido de contratar, o bien lo habría pactado en condiciones más onerosas. Por lo anterior, resulta evidente que se configura la causal de nulidad del contrato de seguro, motivo por el cual no puede derivarse obligación alguna a cargo de mi representad

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.**

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los órganos de cierre, y la doctrina de mayor relevancia y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C.Co señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

*“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.*

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente

providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

*“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.*

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico<sup>4</sup>.*

*Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales<sup>5</sup>. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer<sup>6</sup>”. (Subrayado fuera del texto original)*

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

*Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un*

<sup>4</sup> Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contratante celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

<sup>5</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

<sup>6</sup> Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.



examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)<sup>7</sup>

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>8</sup>, en donde estableció lo siguiente:

“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.” (Subrayado fuera del texto original)

<sup>7</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

<sup>8</sup> Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01  
LCOC

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”<sup>9</sup> (subrayado fuera del texto original).*

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe*

<sup>9</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5ª ed. Colombia.: Dupre Editores Ltda., 2010. P.164.

*calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.* (Subrayado fuera del texto original)

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aun, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **2. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ al momento de la suscripción del aseguramiento el 30 de agosto de 2019, conociendo sus padecimientos de trastorno de ansiedad (con diagnóstico desde el 1 de octubre de 2015), disfonía (diagnosticado desde el 15 de mayo de 2015), y fibromialgia (con diagnóstico aproximadamente desde el 2008)

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

**“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a está medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)** 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción

*de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro<sup>10</sup>. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.*

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

*“Y la falta de rubrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».”*

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

*“habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la*

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.  
LCOC



*mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado, en este caso la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### **3. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO**

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, como el que ha acaecido con la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

**“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>.** Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

En conclusión, dado que la señora PEREZ PAZ fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocido por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

#### **4. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Por lo anterior si se comprueba que desde la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral hasta la fecha de radicación de la demanda transcurrió más de dos años deberá declararse probada la excepción de prescripción de conformidad con la norma comercial.

Establece el artículo 1081 respecto de la prescripción ordinaria de las acciones, lo siguiente:

**“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.** La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para

establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

*“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…).*

*La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el vicerio prescriptivo.*

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...)), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”<sup>10</sup> (Subrayado fuera del texto original)*

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción esto es de la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **5. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

En atención a lo previsto en el artículo 282 del C.G.P. solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C. Co).

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### **I. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS**

#### **1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria BANCO BBVA, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **2. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha de siniestro.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **3. EL BANCO BBVA COLOMBIA ES EL ÚNICO BENEFICIARIO ONEROSO DE LA PÓLIZA**

En este punto es preciso resaltarle al Despacho que en el ámbito de aplicación de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

*“(…) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que, a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.*

*En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de*



*garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo<sup>11</sup>”*

Como se observa, la póliza de seguro de vida grupo deudores se encuentran estructuradas bajo la necesidad con la que contaban las entidades financieras de gestionar sus riesgos en las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que generalmente el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización, solamente puede ser la entidad bancaria que tomó el seguro vida grupo deudor para asegurar a sus acreedores y el riesgo de impago derivado de su fallecimiento. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

*“(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora<sup>12</sup>.”*

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro asociado tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, es imperioso que el Despacho tome en consideración que, ante una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, el beneficiario de la indemnización únicamente puede ser el acreedor de la obligación financiera que estaba vinculada con el seguro de vida deudor. En la medida que así fue pactado, lo que en estricto sentido permite concluir, que el Demandante no se encuentra facultado para recibir ningún valor por concepto de indemnización.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **V. MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

### **1. DOCUMENTALES**

<sup>11</sup> Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

<sup>12</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-251/17  
LCOC

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita el 20 de agosto de 2019 por la señora
- 1.2. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores Bancaseguros.
- 1.3. Objeción de 4 de marzo de 2024 suscrita por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA.
- 1.4. Derecho de petición enviado a la CLINICA GENERAL DEL NORTE A fin de obtener la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ
- 1.5. Derecho de petición enviado a la BIENESTAR IPS fin de obtener la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ.
- 1.6. Derecho de petición enviado al INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S A fin de obtener la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ.
- 1.7. Historia clínica parcial de CLINICA GENERAL DEL NORTE de la señora IRINA ISABEL PEREZ

## 2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La señora PEREZ PAZ podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello o a través de su apoderado.

## 3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Grupo N. 02 215 0000551230

## 4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvasse citar y hacer comparecer al Doctor **JAVIER ALBERTO VEOZA BARAHNA**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser ubicado en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico [javialbeto.veloza@bbva.com](mailto:javialbeto.veloza@bbva.com)

- 4.2. Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO** identificada con cédula de ciudadanía N. 1.085.324.490, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza de Seguro Vida Integral Premium No. 052392269171, certificado No. 0013-0236-00-4001393871, sus exclusiones y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en el correo electrónico [lopezromerodc@hotmail.com](mailto:lopezromerodc@hotmail.com)

## 5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LA DEMANDANTE** la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ quien resulta autorizada para acceder a la historia clínica para que exhiban copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ desde el año 2008 al 2019

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que IRINA ISABEL PEREZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del accionante, como quiera que al ser la demandante y paciente tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad

procesal pertinente. La accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su libelo de demanda.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLÍNICA GENERAL DEL NORTE**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora PEREZ PAZ

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

**CLINICA GENERAL DEL NORTE** puede ser notificada al correo electrónico **atencionalcliente@zentria.com.co**

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora PEREZ PAZ

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S puede ser notificado al correo electrónico **insecar1561@hotmail.com**

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la Institución Prestadora de Salud **BIENESTAR IPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la entidad encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora PEREZ PAZ

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

**BIENESTAR IPS** puede ser notificado al correo electrónico **servicioalcliente@bienestarips.com**



## 6. OFICIOS

**6.1.** Comendidamente ruego se oficie a la **CLINICA GENERAL DEL NORTE**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento a lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

**CLINICA GENERAL DEL NORTE** puede ser notificada al correo electrónico **atencionalcliente@zentria.com.co**.

**6.2.** Comendidamente ruego se oficie a la **INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento a lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

**INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEORA DEL CARMEN- INSECAR.S.A.S** puede ser notificado al correo electrónico **atencionalcliente@zentria.com.co**

**6.3.** Comendidamente ruego se oficie a **BIENESTAR IPS** para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificada con cédula de ciudadanía No. 57141031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al 2019

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que IRINA ISABEL PEREZ PAZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento a lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

**BIENESTAR IPS** puede ser notificado al correo electrónico **[servicioalcliente@bienestariips.com](mailto:servicioalcliente@bienestariips.com)**.

## 7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: (i) Que la asegurada IRINA ISABEL PEREZ PAZ había sido diagnosticado antes del 30 de agosto de 2019, con diagnóstico como trastorno de ansiedad, disfonía y fibromialgia (ii) que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de IRINA ISABEL PEREZ PAZ se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y médica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en ellos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas (EPS SURA y IPS COMFAMA.) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan

en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

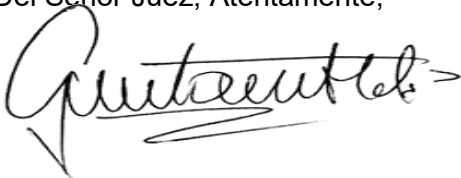
## VI. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

## VII. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 en la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72-21 piso 8, en Bogotá D.C., correo electrónico: [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)
- El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.



M026300110236201589617799570

Seguro de

110043

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o inutilización

|                                   |  |                |  |                     |  |
|-----------------------------------|--|----------------|--|---------------------|--|
| Fecha contabilización del crédito |  | Oficina        |  | Ciudad              |  |
| Tomador / beneficiario            |  | NIT            |  |                     |  |
| Vigencia desde                    |  | Vigencia hasta |  |                     |  |
| DATOS DEL ASEGURADO               |  |                |  |                     |  |
| Nombres y Apellidos               |  | Identificación |  | Edad                |  |
| Dirección                         |  | Teléfono       |  | Ciudad              |  |
| Fecha de nacimiento               |  | Sexo           |  | Ocupación/profesión |  |
| DATOS DEL SEGURO                  |  |                |  |                     |  |
| Extra Prima                       |  | Anexo IIP      |  | Valor Asegurado     |  |
| Prima Mensual                     |  | Periodicidad   |  | Vr. Prima Total     |  |

|                         |            |               |
|-------------------------|------------|---------------|
| BENEFICIARIOS           |            |               |
| Nombre e identificación | Parentesco | Participación |
|                         |            |               |
|                         |            |               |

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

1.58      Sexo      39      Fuma      ☒      Cuántos cigarrillos diarios       

Deportes que practica      Si      No

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?      ☒      No

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?      ☒      No

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?      ☒      No

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?      ☒      No

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

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS      ☒      No

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO      ☒      No

SOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO      ☒      No

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA      ☒      No

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS      ☒      No

DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN      ☒      No

ENFERMEDADES RENALES, CÁLCULOS, PRÓSTATA-TESTÍCULOS      ☒      No

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO      ☒      No

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO      ☒      No

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS      ☒      No

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE      ☒      No

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?      ☒      No

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO      ☒      No

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

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

**NO FIRME ESTA SOLICITUD SIN LEER ESTE TEXTO**

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean ignoradas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio, Terminación automática del Seguro: "La mora en el pago de la prima 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 por ocasión de la expedición del contrato." Persona Jurídica Gran Contribuyente según Res. 7714 16/12/1996 Retenedores de ICA e IVA. No practicar retención en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

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 episódios o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del control de seguro que aquí se solicita, si ésta llegare a celebrarse.

CLÁUSULA DE BENEFICIARIO ONEROSO (ENDOSO): Se designa como beneficiario principal del valor de la indemnización del presente seguro de vida como de los demás amparos contratados a BBVA COLOMBIA S.A., con el único y exclusivo fin de garantizarle el pago de una deuda a su cargo. En consecuencia, y de conformidad con el artículo 1146 del Código de Comercio, mientras subsista la deuda anterior con este beneficiario, la póliza no podrá ser revocada o modificados sus beneficiarios o su valor asegurado, sin previo aviso por escrito al beneficiario principal y autorización del mismo. Si se llega a causar el derecho de indemnización pactado en el presente seguro, cuando la deuda a cargo del asegurado y a favor del beneficiario anteriormente designado se hubiere extinguido o disminuido por cualquier causa, será beneficiario sustituto por el saldo del seguro. LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY. La presente póliza permite ser cedida o endosada en caso de titularización de cartera.

Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No. \_\_\_\_\_ o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida.

*[Firma del Solicitante]*  
FIRMA DEL SOLICITANTE

El evaluado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Bogotá el 30 de 08 de 19

*[Firma del Solicitante]*  
FIRMA DEL SOLICITANTE

*[Firma Autorizada]*  
FIRMA AUTORIZADA  
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.  
NIT. 800.226.098-4

## **PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BANCASEGUROS**

### **AMPARO BÁSICO**

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, 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**

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR**

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO**

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

#### **CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS**

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, “LA COMPAÑÍA” concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, “LA COMPAÑÍA” tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y “LA COMPAÑÍA” quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

#### **CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS**

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

#### **CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO**

Si el Tomador avisa por escrito a “LA COMPAÑÍA” para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por “LA COMPAÑÍA” o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a “LA COMPAÑÍA” todas las primas adeudadas en esa fecha.

“LA COMPAÑÍA” devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE**

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.



Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

#### **CLÁUSULA SÉPTIMA - 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.

#### **CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO**

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

#### **CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN**

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con 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, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD**

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD**

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de “LA COMPAÑÍA”, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por “LA COMPAÑÍA”.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

“LA COMPAÑÍA” o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a “LA COMPAÑÍA”.

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos

legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA 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 hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO**

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a “LA COMPAÑÍA” dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado, tomador o beneficiario podrá reportar en línea el siniestro mediante:

Correo electrónico: siniestros.co@bbva.com  
Línea nacional: 018000934020  
Línea en Bogotá: 3078080

Si el siniestro se reporta por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad, el asunto del correo se debe identificar como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo se debe hacer una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que asiste, el asegurado, tomador o beneficiario deberá brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Hipotecario:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

ITT: Copia de cada una de las incapacidades temporales superiores a 15 días

Leasing Habitacional:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES**

“LA COMPAÑÍA” pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante “LA COMPAÑÍA”. Vencido este plazo, “LA COMPAÑÍA” reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a “LA COMPAÑÍA” las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que “LA COMPAÑÍA” esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de “LA COMPAÑÍA”, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, “LA COMPAÑÍA” podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

“LA COMPAÑÍA” pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN**

“LA COMPAÑÍA” se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA– ADHESIÓN**

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA-  
NOTIFICACIONES**

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA- PRESCRIPCIÓN**

La prescripción de las acciones derivadas de las parte de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA-  
DISPOSICIONES LEGALES**

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA-  
OBLIGACIONES DEL TOMADOR /  
ASEGURADO**

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA-  
DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

**1. AMPAROS**

**1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

**2. CONVERTIBILIDAD**

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

## ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

Por convenio entre “LA COMPAÑÍA” y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

### AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

### CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

### CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual “LA COMPAÑÍA” informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

### CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.



---

**DERECHO DE PETICIÓN HISTORIA CLÍNICA// IRINA ISABEL PEREZ PAZ// DENTRO DEL PROCESO CON RAD//080014053005-2025-00296-00**

---

**Desde** Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

**Fecha** Mar 26/08/2025 11:59

**Para** atencionalcliente@zentria.com.co <atencionalcliente@zentria.com.co>; juridica@clinicageneraldelnorte.com <juridica@clinicageneraldelnorte.com>

**CCO** Laura Camila Ortiz Cruz <lortiz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (559 KB)

PoderBbvaSegurosdeVida (1).pdf; DERECHO DE PETICION CLINICA GENERAL DEL NORTE .pdf;

Señores:

**CLINICA GENERAL DEL NORTE**

[atencionalcliente@zentria.com.co](mailto:atencionalcliente@zentria.com.co)

[juridica@clinicageneraldelnorte.com](mailto:juridica@clinicageneraldelnorte.com).

E.S.D

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN (ART. 23 DE C.N.) SOLICITUD HISTORIA CLINICA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA** mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C. abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como consta en el poder que se adjunta, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente : (VER DOCUMENTO PDF ANEXO )



**NOTIFICACIONES**

TEL: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 Of 201 | +57 317 379 5688

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 | +57 315 577 6200

Londres - EC3A 7AR GB - Edificio St Botolph. 138 Houndsditch.





**Aviso de Confidencialidad:** La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

**Confidentiality Notice:** The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments.

Señores:

**CLINICA GENERAL DEL NORTE**

[atencionalcliente@zentria.com.co](mailto:atencionalcliente@zentria.com.co)

[juridica@clinicageneraldelnorte.com](mailto:juridica@clinicageneraldelnorte.com).

E.S.D

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN (ART. 23 DE C.N.) SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA** mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C. abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como consta en el poder que se adjunta, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

**I. PETICIÓN**

Solicito respetuosamente se expida con destino al JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARANQUILLA al proceso con radicación No. 080014053005-2025-00296-00, copia auténtica, transcrita y completa de la totalidad de la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificado con cédula de ciudadanía No. 57.141.031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al año 2019. Lo anterior, comoquiera que fue la encargada de la atención médica a la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, y en ese sentido pueden de primera mano contar con la historia clínica de la paciente. Razón por la que solicito aporte la misma al proceso correspondiente.

**II. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

*“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario,*

*se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al petionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones.

### III. ANEXOS

1. Poder que me faculta para actuar

### IV. NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201 de la ciudad de Bogotá y en la dirección de correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.



---

**DERECHO DE PETICIÓN HISTORIA CLÍNICA// IRINA ISABEL PEREZ PAZ// DENTRO DEL PROCESO CON RAD//080014053005-2025-00296-00**

---

**Desde** Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

**Fecha** Mar 26/08/2025 14:28

**Para** servicioalcliente@bienestarips.com <servicioalcliente@bienestarips.com>

**CCO** Laura Camila Ortiz Cruz <lortiz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (558 KB)

DERECHO DE PETICION BIENESTAR IPS .pdf; PoderBbvaSegurosdeVida (1).pdf;

Señores:

**BIENESTAR IPS**

[servicioalcliente@bienestarips.com](mailto:servicioalcliente@bienestarips.com)

E.S.D

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN (ART. 23 DE C.N.) SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA** mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C. abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como consta en el poder que se adjunta, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:



**NOTIFICACIONES**

TEL: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 Of 201 | +57 317 379 5688

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 | +57 315 577 6200

Londres - EC3A 7AR GB - Edificio St Botolph. 138 Houndsditch.



**Aviso de Confidencialidad:** La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

**Confidentiality Notice:** The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments.



Señores:

**BIENESTAR IPS**

[servicioalcliente@bienestariips.com](mailto:servicioalcliente@bienestariips.com)

E.S.D

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN (ART. 23 DE C.N.) SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA** mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C. abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como consta en el poder que se adjunta, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

**I. PETICIÓN**

Solicito respetuosamente se expida con destino al JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARANQUILLA al proceso con radicación No. 080014053005-2025-00296-00, copia auténtica, transcrita y completa de la totalidad de la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificado con cédula de ciudadanía No. 57.141.031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al año 2019. Lo anterior, comoquiera que fue la encargada de la atención médica a la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, y en ese sentido pueden de primera mano contar con la historia clínica de la paciente. Razón por la que solicito aporte la misma al proceso correspondiente.

**II. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

*“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada*

*y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones.

### III. ANEXOS

1. Poder que me faculta para actuar

### IV. NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201 de la ciudad de Bogotá y en la dirección de correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.



---

**DERECHO DE PETICIÓN HISTORIA CLÍNICA// IRINA ISABEL PEREZ PAZ// DENTRO DEL PROCESO CON RAD//080014053005-2025-00296-00**

---

**Desde** Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

**Fecha** Mar 26/08/2025 12:03

**Para** insecar1561@hotmail.com <insecar1561@hotmail.com>

**CCO** Laura Camila Ortiz Cruz <lortiz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (559 KB)

PoderBbvaSegurosdeVida (1).pdf; DERECHO DE PETICION INSECAR SAS.pdf;

Señores:

**INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CAREN- INSECAR.S.A.S**

[insecar1561@hotmail.com](mailto:insecar1561@hotmail.com)

E.S.D

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN (ART. 23 DE C.N.) SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA** mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C. abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como consta en el poder que se adjunta, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:



**NOTIFICACIONES**

TEL: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Bogotá - Cra 11A # 94A - 23 Of 201 | +57 317 379 5688

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Of 212 | +57 315 577 6200

Londres - EC3A 7AR GB - Edificio St Botolph. 138 Houndsditch.



**Aviso de Confidencialidad:** La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

**Confidentiality Notice:** The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments.

Señores:

**INSTITUTO NEUROPSQUIATRICO NUESTRA SEÑORA DEL CAREN- INSECAR.S.A.S**

[insecar1561@hotmail.com](mailto:insecar1561@hotmail.com) .

E.S.D

**REFERENCIA: DERECHO DE PETICIÓN (ART. 23 DE C.N.) SOLICITUD HISTORIA CLÍNICA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA** mayor de edad y domiciliado en la ciudad de Cali, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C. abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C. S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como consta en el poder que se adjunta, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

**I. PETICIÓN**

Solicito respetuosamente se expida con destino al JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARANQUILLA al proceso con radicación No. 080014053005-2025-00296-00, copia auténtica, transcrita y completa de la totalidad de la historia clínica de la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ identificado con cédula de ciudadanía No. 57.141.031 correspondiente al periodo que va desde el año 2008 al año 2019. Lo anterior, comoquiera que fue la encargada de la atención médica a la señora IRINA ISABEL PEREZ PAZ, y en ese sentido pueden de primera mano contar con la historia clínica de la paciente. Razón por la que solicito aporte la misma al proceso correspondiente.

**II. FUNDAMENTOS DE DERECHO**

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

*“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada*



*y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones.

### III. ANEXOS

1. Poder que me faculta para actuar

### IV. NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201 de la ciudad de Bogotá y en la dirección de correo electrónico: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                                  |                                           |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Historia Clínica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE |                                           |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>31 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A)       | Ocupacion                                 |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA                | Programa/Eps<br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                           |                           |                                       |                     |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Acompañante<br>SOLA            | Parentesco<br>NINGUNO     | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                           |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| No Cita 6093016                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fecha de Atencion 2016/04/06 | Medico MANUEL. CONTRERAS. | Especialidad MEDICINA GENERAL |
| Motivo de la Consulta<br>VALORACION POR GENETISTA                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                           |                               |
| Enfermedad Actual<br><br>FEMENINA QUE REQUIERE VALORACION POR MEDICINA GENETISTA POR HIJA CON ALTERACION CROMOSIMICA , CON CUADRO CLINUICO CONSISENE EN RETARDO DEL LENGUAJE , OREJAS ALARGADAS, PUENTE NASAL DEPRIMIDO, NARINAS ANTEVERTIDAS , CLINODACTILLA CON REPORTE DE EXAMEN GENETICO CON ALTERACION DEL CROMOSOMA 2 |                              |                           |                               |

II. ANTECEDENTES

|                         |             |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA         |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM    |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA |

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                            |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|--------------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
|                                           |  |          |  |                                            |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Gravidex 1                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                                 |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 1           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 12                                |  | Años     |  | Menopausia 0                               |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2015/08/28 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>                |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia 2014/10/08         |  |          |  | Resultado de la CitologiaNEGATIVO          |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                            |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaSI                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso INYECTABLE |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

|                               |                            |                                                   |             |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|
| Historia Clínica No<br>198065 | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | Pagina No 1 |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/80 Temperatura 37.00 Peso 61 Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 20 Frecuencia Cardiaca 80 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                    |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                          |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                           |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                          |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados          |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                          |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                     |
| Mamas             | De aspecto normal                                                   |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos            |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                     |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales |
| Genitales         | De aspecto normal                                                   |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                         |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                               |
| Piel              | No hay lesiones                                                     |
| Otros             | No Refiere                                                          |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                                              |                        |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z315                                                                                                                         | ASESORAMIENTO GENETICO |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                                                                                                              |                        |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                                              |                        |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                                              |                        |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                                            | IMPRESION DIAGNOSTICA  |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                                           | NO APLICA              |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                                           | ENFERMEDAD GENERAL     |
| <b>Plan de Manejo</b>            | FEMENINA CON ANTECEDENTE DE HIJA CON ALTERACION CROMOSOMICA, REQUIERE ASESORAMIENTO PAR. FUTUROS EMBARAZOS Y VALORAR RIESGOS |                        |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                                  |                                           |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Historia Clinica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE |                                           |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>27 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A)       | Ocupacion                                 |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA                | Programa/Eps<br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                           |                           |                                       |                     |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Acompañante<br>1111111111      | Parentesco<br>OTRO        | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                              |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------------|
| No Cita 2194761                                                                                                                                                                                                                                                       | Fecha de Atencion 2012/12/21 | Medico EVER MELENDEZ CAPELLA | Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| Motivo de la Consulta<br>CPN 32 SEM .<br>Enfermedad Actual<br><br>PTE GESTANTE DE /- 32 SEM , REFIERE BUENOS MOVIMIENTOS FETALES . NIEGA PERDIDAS TV , USA LOS MICRONUTRIENTES , ECO 3D DEL 16/11/2012 LA CUAL REPORTA EMB DE /- 26.1 SEM . USA LOS MICRONUTRIENTES . |                              |                              |                                        |

II. ANTECEDENTES

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |          |                                         |            |                           |                                      |
|-------------------------------------------|----------|-----------------------------------------|------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Gravidex 1                                | Partos 0 | Cesareas 0                              | Abortos: 0 | Nacidos Vivos 0           | Nacidos Muertos 0                    |
| Menarca 0                                 | Años     | Menopausia 0                            | Años       | Ciclo Menstrual IRREGULAR | Fecha Ultima Menstruacion 2012/05/13 |
| Fecha Ultima Mamografia                   |          | <u>Resultado Mamografia</u>             |            |                           |                                      |
| Fecha Ultima Citologia                    |          | Resultado de la Citologia               |            | Fecha Ultimo Parto        |                                      |
| Descripcion del resultado de la Citologia |          |                                         |            |                           |                                      |
| Planificacion PreviaNO                    |          | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |            | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |                                      |

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

|                                                  |    |               |                  |               |    |                                    |    |          |    |         |    |         |    |
|--------------------------------------------------|----|---------------|------------------|---------------|----|------------------------------------|----|----------|----|---------|----|---------|----|
| Actividad Sexual                                 |    | NO            | Desea Planificar |               | NO | Metodo de Planificacion a Utilizar |    | NINGUNO  |    |         |    |         |    |
| <u>Efectos Presentados por el uso del Metodo</u> |    |               |                  |               |    |                                    |    |          |    |         |    |         |    |
| Amenorrea                                        | NO | Cefalea-Mareo | NO               | Dolor Pelvico | NO | Manchado                           | NO | Sangrado | NO | Dolor ! | NO | Varices | NO |

|                               |                            |                                                   |             |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|
| Historia Clinica No<br>198065 | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | Pagina No 1 |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|



#### IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

#### V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/70      Temperatura 37.00      Peso 60      Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 20      Frecuencia Cardiaca 70      Perimetro Abdominal 100

#### VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                    |
|-------------------|------------------------------------|
| Condicion General | NO EXPLORA                         |
| Cabeza            | NO EXPLORA                         |
| Ojos              | NO EXPLORA                         |
| Oidos             | NO EXPLORA                         |
| Nariz             | NO EXPLORA                         |
| Orofaringe        | NO EXPLORA                         |
| Cuello            | NO EXPLORA                         |
| Dorso             | NO EXPLORA                         |
| Mamas             | NO EXPLORA                         |
| Cardiaco          | NO EXPLORA                         |
| Pulmonar          | NO EXPLORA                         |
| Abdomen           | AU :30 , FCF:140/ MIN TRANSVERSA . |
| Genitales         | NO EXPLORA                         |
| Extremidades      | NO EXPLORA                         |
| Neurologicos      | NO EXPLORA                         |
| Piel              | NO EXPLORA                         |
| Otros             | NO EXPLORA                         |

#### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |      |                                         |
|---------------------------|------|-----------------------------------------|
| Diagnostico Principal     | Z348 | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES |
| Diagnostico Relacionado 1 |      |                                         |
| Diagnostico Relacionado2  |      |                                         |
| Diagnostico Relacionado3  |      |                                         |
| Tipo de Diagnostico       | 1    | IMPRESION DIAGNOSTICA                   |
| Finalidad de la Consulta  | 10   | NO APLICA                               |
| Causa Externa             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL                      |
| Plan de Manejo            |      | CONTROL EN 3 A 4 SEM .                  |

**I.DATOS DEL PACIENTE**

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                  |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                  |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>27 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                 |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

**I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE**

|                                                  |                                  |                                              |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>111111111111    | <b>Parentesco</b><br>OTRO        | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |

**II.DATOS DE LA CONSULTA**

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                     |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 1914183                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Fecha de Atencion</b> 2012/08/24 | <b>Medico</b> EVER MELENDEZ CAPELLA | <b>Especialidad</b> GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CPN . 14.4 SEM .<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>PTE G1 P0 , EMB DE 14.4 SEM , PRESENTO AMENAZA DE ABORTO . EN LA ECO DEL 10/08/2012 LA CUAL REPORTA EMB DE +/- 11.2 SEM , DENTRO DE LO NL . USA LOS MICRONUTRIENTES . |                                     |                                     |                                               |

**II. ANTECEDENTES****VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS**

|                                           |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|-----------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Gravidex 0                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                              |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 0           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 0                                 |  | Años     |  | Menopausia 0                            |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2012/05/13 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>             |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia                    |  |          |  | Resultado de la Citologia               |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaNO                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

**VII. PLANIFICACION FAMILIAR**

|                                                  |    |               |                  |               |    |                                    |    |          |    |         |    |         |    |
|--------------------------------------------------|----|---------------|------------------|---------------|----|------------------------------------|----|----------|----|---------|----|---------|----|
| Actividad Sexual                                 |    | NO            | Desea Planificar |               | NO | Metodo de Planificacion a Utilizar |    | NINGUNO  |    |         |    |         |    |
| <u>Efectos Presentados por el uso del Metodo</u> |    |               |                  |               |    |                                    |    |          |    |         |    |         |    |
| Amenorrea                                        | NO | Cefalea-Mareo | NO               | Dolor Pelvico | NO | Manchado                           | NO | Sangrado | NO | Dolor ! | NO | Varices | NO |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

#### IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

#### V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 100/70      Temperatura 37.00      Peso 58      Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 20      Frecuencia Cardiaca 70      Perimetro Abdominal 90

#### VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| Condicion General | NO EXPLORA   |
| Cabeza            | NO EXPLORA   |
| Ojos              | NO EXPLORA   |
| Oidos             | NO EXPLORA   |
| Nariz             | NO EXPLORA   |
| Orofaringe        | NO EXPLORA   |
| Cuello            | NO EXPLORA   |
| Dorso             | NO EXPLORA   |
| Mamas             | NO EXPLORA   |
| Cardiaco          | NO EXPLORA   |
| Pulmonar          | NO EXPLORA   |
| Abdomen           | AU DE 13 CMS |
| Genitales         | NO EXPLORA   |
| Extremidades      | NO EXPLORA   |
| Neurologicos      | NO EXPLORA   |
| Piel              | NO EXPLORA   |
| Otros             | NO EXPLORA   |

#### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                       |                                         |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|
| Diagnostico Principal     | Z348                  | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS NORMALES |
| Diagnostico Relacionado 1 |                       |                                         |
| Diagnostico Relacionado2  |                       |                                         |
| Diagnostico Relacionado3  |                       |                                         |
| Tipo de Diagnostico       | 1                     | IMPRESION DIAGNOSTICA                   |
| Finalidad de la Consulta  | 10                    | NO APLICA                               |
| Causa Externa             | 13                    | ENFERMEDAD GENERAL                      |
| Plan de Manejo            | SIGUE CON IGUAL TTO . |                                         |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                                  |                                           |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Historia Clinica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE |                                           |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>27 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A)       | Ocupacion                                 |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA                | Programa/Eps<br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                           |                           |                                       |                     |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Acompañante<br>....            | Parentesco<br>OTRO        | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                               |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| No Cita 1811802                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Fecha de Atencion 2012/07/13 | Medico AQUILES PONZ?N NORIEGA | Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| Motivo de la Consulta<br>CONTROL PRENATAL<br>Enfermedad Actual<br><br>TRAE REPORTE DE ECOGRAFIA 9-07-012 DICE 6,5 SDG AREA DE DESPRENDIMEINTO RETROCORIAL DE UN 3% CON HEMATOMA RETROCORIAL. NIEGA SANGRADO VAGINAL, PERO MANIFIESTA DOLOR PELVICO, ESTA EN TTO CON PROGETERONA MICRONIZADA, PLAN REPOSO ABSOLUTO. |                              |                               |                                        |

II. ANTECEDENTES

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|-----------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Gravidex 0                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                              |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 0           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 0                                 |  | Años     |  | Menopausia 0                            |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2012/05/13 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>             |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia                    |  |          |  | Resultado de la Citologia               |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaNO                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

VII. PLANIFICACION FAMILIAR

|                                                  |  |    |                  |  |    |                                    |  |         |          |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
|--------------------------------------------------|--|----|------------------|--|----|------------------------------------|--|---------|----------|----|----------|--|----|---------|--|----|---------|--|----|
| Actividad Sexual                                 |  | NO | Desea Planificar |  | NO | Metodo de Planificacion a Utilizar |  | NINGUNO |          |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| <u>Efectos Presentados por el uso del Metodo</u> |  |    |                  |  |    |                                    |  |         |          |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Amenorrea                                        |  | NO | Cefalea-Mareo    |  | NO | Dolor Pelvico                      |  | NO      | Manchado | NO | Sangrado |  | NO | Dolor ? |  | NO | Varices |  | NO |

|                               |                            |                                                   |             |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|
| Historia Clinica No<br>198065 | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | Pagina No 1 |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|

#### IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

#### V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0      Temperatura 37.00    Peso 60    Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 0    Frecuencia Cardiaca 0      Perimetro Abdominal 90

#### VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

#### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal      O200      AMENAZA DE ABORTO

Diagnostico Relacionado 1

Diagnostico Relacionado2

Diagnostico Relacionado3

Tipo de Diagnostico      1      IMPRESION DIAGNOSTICA

Finalidad de la Consulta      10      NO APLICA

Causa Externa      13      ENFERMEDAD GENERAL

Plan de Manejo      INCAPACIDAD LABORAL



## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                                         |                          |                                         |                                                  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                                         |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                  |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |                                                          | <b>Sexo</b><br>F                        | <b>Edad</b><br>27 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                 |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   |                                                          | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417 |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>NINGUNO         | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                      |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 1999777                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Fecha de Atencion</b> 2012/09/14 | <b>Medico</b> SANDRA PATRICIA ROSADO | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL PRENATAL                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                      |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>PCTE FEMENISNA QUIEN ASISTE A SU CITA COTNROL DE SU EMBARAZO DE AMS O MENOS 17 SEMANS DE GESTACION POR FECHADE ULTIMA MENSTRUACION EN EL MOEMNTO MANIFIESTA ESTREÑIMIENTO. ESTUVO CON GINECOOGOGIA EL CUAL LA ENCONTRO SIN ALTERACIOENS. |                                     |                                      |                                      |

## II. ANTECEDENTES

### VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |      |                                         |      |                             |  |            |  |                                      |  |                   |  |
|-------------------------------------------|------|-----------------------------------------|------|-----------------------------|--|------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|--|
| Gravidex 0                                |      | Partos 0                                |      | Cesareas 0                  |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 0                      |  | Nacidos Muertos 0 |  |
| Menarca 0                                 | Años | Menopausia 0                            | Años | Ciclo Menstrual IRREGULAR   |  |            |  | Fecha Ultima Menstruacion 2012/05/13 |  |                   |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |      |                                         |      | <u>Resultado Mamografia</u> |  |            |  |                                      |  |                   |  |
| Fecha Ultima Citologia                    |      |                                         |      | Resultado de la Citologia   |  |            |  | Fecha Ultimo Parto                   |  |                   |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |      |                                         |      |                             |  |            |  |                                      |  |                   |  |
| Planificacion PreviaNO                    |      | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |      |                             |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)              |  |                   |  |

### VII. PLANIFICACION FAMILIAR

|                                           |  |    |                  |  |    |                                    |  |    |          |         |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
|-------------------------------------------|--|----|------------------|--|----|------------------------------------|--|----|----------|---------|----|----------|--|----|---------|--|----|---------|--|----|
| Actividad Sexual                          |  | NO | Desea Planificar |  | NO | Metodo de Planificacion a Utilizar |  |    |          | NINGUNO |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Efectos Presentados por el uso del Metodo |  |    |                  |  |    |                                    |  |    |          |         |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Amenorrea                                 |  | NO | Cefalea-Mareo    |  | NO | Dolor Pelvico                      |  | NO | Manchado |         | NO | Sangrado |  | NO | Dolor ! |  | NO | Varices |  | NO |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

#### IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

#### V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/60      Temperatura 37.00      Peso 60      Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 20      Frecuencia Cardiaca 80      Perimetro Abdominal 90

#### VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                             |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                 |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                       |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                        |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                       |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados       |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                       |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                  |
| Mamas             | De aspecto normal                                                |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos         |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                  |
| Abdomen           | GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO CON AU.18CM FCF POSITAVA PRE, FLOTANTE |
| Genitales         | De aspecto normal                                                |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                      |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                            |
| Piel              | No hay lesiones                                                  |
| Otros             | No Refiere                                                       |

#### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |      |                                                                             |
|---------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Diagnostico Principal     | Z340 | SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL                                       |
| Diagnostico Relacionado 1 |      |                                                                             |
| Diagnostico Relacionado2  |      |                                                                             |
| Diagnostico Relacionado3  |      |                                                                             |
| Tipo de Diagnostico       | 3    | CONFIRMADO REPETIDO                                                         |
| Finalidad de la Consulta  | 10   | NO APLICA                                                                   |
| Causa Externa             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL                                                          |
| Plan de Manejo            |      | MICRONUTRIENTES. ANTITETANICA, RECOMENDACIONES DIETETICAS. SIGNOS DE ALARMA |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                  |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                  |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>27 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                 |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>NINGUNO         | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                      |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 1820972                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Fecha de Atencion</b> 2012/07/13 | <b>Medico</b> SANDRA PATRICIA ROSADO | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL PRENATAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                      |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>PCTE FEMENIAN QUEIN ASISITE A SUS CITA CONTROL DE SU EMABRAZO DE MAS O MENOS 8 SEMANS DE GESTACION POR FUM EN EL MEOMNTO MNAIFIESTA SENTIRSE DOLOR Y ARDOR EN EL ESTOMAGO. TRAE REPORTEDE LAB 3 JULIO TOXOPLASMA IGG0.6, GLUCOSA DE 91, HB 13.9M, HTO 41, CULTIVO SECRECION VAGINAL NEGATIVO SEROLOGIA NEGATIVO CON RERPOTE DE ECOGRAFIA DE JULIO 9 EMABRAZO INTRAUTERINO CON EMBRIOCARDIA POSITIVA BIOMETRIA PROMEDIAL PARA 6.8 SEMANS, FPP 19 FEBRERO DEL 2013 |                                     |                                      |                                      |

## II. ANTECEDENTES

### VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |      |                                         |                             |                           |  |            |                         |                                      |  |                   |  |
|-------------------------------------------|------|-----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--|------------|-------------------------|--------------------------------------|--|-------------------|--|
| Gravidex 0                                |      | Partos 0                                |                             | Cesareas 0                |  | Abortos: 0 |                         | Nacidos Vivos 0                      |  | Nacidos Muertos 0 |  |
| Menarca 0                                 | Años | Menopausia 0                            | Años                        | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  |            |                         | Fecha Ultima Menstruacion 2012/05/13 |  |                   |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |      |                                         | <u>Resultado Mamografia</u> |                           |  |            |                         |                                      |  |                   |  |
| Fecha Ultima Citologia                    |      |                                         | Resultado de la Citologia   |                           |  |            |                         | Fecha Ultimo Parto                   |  |                   |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |      |                                         |                             |                           |  |            |                         |                                      |  |                   |  |
| Planificacion PreviaNO                    |      | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |                             |                           |  |            | Tiempo de Uso 0 Mes(es) |                                      |  |                   |  |

### VII. PLANIFICACION FAMILIAR

|                                                  |  |    |                  |  |    |                                    |  |    |          |         |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
|--------------------------------------------------|--|----|------------------|--|----|------------------------------------|--|----|----------|---------|----|----------|--|----|---------|--|----|---------|--|----|
| Actividad Sexual                                 |  | NO | Desea Planificar |  | NO | Metodo de Planificacion a Utilizar |  |    |          | NINGUNO |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| <u>Efectos Presentados por el uso del Metodo</u> |  |    |                  |  |    |                                    |  |    |          |         |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Amenorrea                                        |  | NO | Cefalea-Mareo    |  | NO | Dolor Pelvico                      |  | NO | Manchado |         | NO | Sangrado |  | NO | Dolor ? |  | NO | Varices |  | NO |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

#### IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

#### V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 100/70      Temperatura 37.00      Peso 60      Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 20      Frecuencia Cardiaca 80      Perimetro Abdominal 90

#### VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                       |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                           |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                 |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                  |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                 |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                 |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                            |
| Mamas             | De aspecto normal                                          |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos   |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados            |
| Abdomen           | BLANDO CON DOLOR EN HIPOGASTRIO AU. 14CM                   |
| Genitales         | De aspecto normal                                          |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                      |
| Piel              | No hay lesiones                                            |
| Otros             | No Refiere                                                 |

#### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |      |                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnostico Principal     | Z359 | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO- SIN OTRA ESPECIFICACION                                                                                                                       |
| Diagnostico Relacionado 1 |      |                                                                                                                                                                                       |
| Diagnostico Relacionado2  |      |                                                                                                                                                                                       |
| Diagnostico Relacionado3  |      |                                                                                                                                                                                       |
| Tipo de Diagnostico       | 2    | CONFIRMADO NUEVO                                                                                                                                                                      |
| Finalidad de la Consulta  | 10   | NO APLICA                                                                                                                                                                             |
| Causa Externa             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL                                                                                                                                                                    |
| Plan de Manejo            |      | CITA DPOR GINECOLOGIA EMABRAZO DE ALTO RIESGO POR DESPRENDIMIENTO RETROCORIAL<br>LEVE-PARACLICICOS- PENDIENTE SIGNOS DE ALARMA-REPOSO.MICRONUTRIENTE-CITA POR<br>PSICOLOGIA-NUTRICION |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                                  |                                           |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Historia Clínica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE |                                           |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>27 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A)       | Ocupacion                                 |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA                | Programa/Eps<br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                           |                           |                                       |                     |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Acompañante<br>...             | Parentesco<br>OTRO        | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                              |                               |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| No Cita 1760041                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha de Atencion 2012/06/22 | Medico AQUILES PONZ?N NORIEGA | Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| Motivo de la Consulta<br>CONTROL PRENATAL<br>Enfermedad Actual<br><br>TRAE GRAVINEX SERICO POSITVO DEL DIA DE AYER, FUR.- 13-05-012 EMBARAZO DE 5,5 SDG POR FUR. TIENE ADEMAS PARCIALD E ORINAD E AYER NORMAL, VIENE PRESENTANDO DOLOR COLICO . G1. PLAN ANALGESICOS, Y LABORATORIOS PREANTALES. ECOGRAFIA TRANSVAGINAL. |                              |                               |                                        |

## II. ANTECEDENTES

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                         |  |            |  |                         |  |                           |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|-----------------------------------------|--|------------|--|-------------------------|--|---------------------------|--|
| Gravidex 0                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                              |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 0         |  | Nacidos Muertos 0         |  |
| Menarca 0                                 |  | Años     |  | Menopausia 0                            |  | Años       |  | Ciclo Menstrual         |  | Fecha Ultima Menstruacion |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>             |  |            |  |                         |  |                           |  |
| Fecha Ultima Citologia                    |  |          |  | Resultado de la Citologia               |  |            |  | Fecha Ultimo Parto      |  |                           |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                         |  |            |  |                         |  |                           |  |
| Planificacion PreviaNO                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es) |  |                           |  |

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

|                                           |  |    |                  |  |    |                                    |  |    |          |         |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
|-------------------------------------------|--|----|------------------|--|----|------------------------------------|--|----|----------|---------|----|----------|--|----|---------|--|----|---------|--|----|
| Actividad Sexual                          |  | NO | Desea Planificar |  | NO | Metodo de Planificacion a Utilizar |  |    |          | NINGUNO |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Efectos Presentados por el uso del Metodo |  |    |                  |  |    |                                    |  |    |          |         |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Amenorrea                                 |  | NO | Cefalea-Mareo    |  | NO | Dolor Pelvico                      |  | NO | Manchado |         | NO | Sangrado |  | NO | Dolor ? |  | NO | Varices |  | NO |

|                               |                            |                                                   |             |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|
| Historia Clínica No<br>198065 | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | Pagina No 1 |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|

#### IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

#### V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 100/60      Temperatura 37.00      Peso 60      Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 0      Frecuencia Cardiaca 0      Perimetro Abdominal 0

#### VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

#### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |      |                       |
|---------------------------|------|-----------------------|
| Diagnostico Principal     | Z321 | EMBARAZO CONFIRMADO   |
| Diagnostico Relacionado 1 |      |                       |
| Diagnostico Relacionado2  |      |                       |
| Diagnostico Relacionado3  |      |                       |
| Tipo de Diagnostico       | 1    | IMPRESION DIAGNOSTICA |
| Finalidad de la Consulta  | 10   | NO APLICA             |
| Causa Externa             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL    |
| Plan de Manejo            | ...  |                       |



## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                         |                                                  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                  |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>27 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                 |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>HAROLDO GAMEZ   | <b>Parentesco</b><br>CONYUGUE    | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                      |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 2167665                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Fecha de Atencion</b> 2012/11/16 | <b>Medico</b> SANDRA PATRICIA ROSADO | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL PRENATAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                      |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>PCTE FEMENINA CON G1P0A0C0, CON EMBARAZO DE 26 SEMANS DE GESTACION POR FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION E EL MOMENTO MNAIFIESTA SENTIRSE CON ARDOR EN EL ESTOMAGO, CON REPORTE DE LAB. DEL 23 OCTUBRE, GLUCOSA TEST DE SULLIVANS, BASAL 78, POST PRGA 107, HB 11.4, HTO 34, UROANALISIS NORMAL. CON MENCION REPORTE DE ECOGRAFA DE DEL 31 DE OCTUBRE EMBARAZO DE 25 SEMANS , CON FPP 13 FEBRERO, |                                     |                                      |                                      |

## II. ANTECEDENTES

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|-----------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Gravidex 1                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                              |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 0           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 0                                 |  | Años     |  | Menopausia 0                            |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2012/05/13 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>             |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia                    |  |          |  | Resultado de la Citologia               |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaNO                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

|                                           |  |    |                  |  |    |                                    |  |    |          |         |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
|-------------------------------------------|--|----|------------------|--|----|------------------------------------|--|----|----------|---------|----|----------|--|----|---------|--|----|---------|--|----|
| Actividad Sexual                          |  | NO | Desea Planificar |  | NO | Metodo de Planificacion a Utilizar |  |    |          | NINGUNO |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Efectos Presentados por el uso del Metodo |  |    |                  |  |    |                                    |  |    |          |         |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Amenorrea                                 |  | NO | Cefalea-Mareo    |  | NO | Dolor Pelvico                      |  | NO | Manchado |         | NO | Sangrado |  | NO | Dolor ? |  | NO | Varices |  | NO |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

#### IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

#### V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 90/60      Temperatura 37.00      Peso 60      Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 20      Frecuencia Cardiaca 90      Perimetro Abdominal 100

#### VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                          |                                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>Condicion General</b> | Buen aspecto general                                                 |
| <b>Cabeza</b>            | Normocefalo, No hay deformidades                                     |
| <b>Ojos</b>              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                           |
| <b>Oidos</b>             | Pabellon auricular normal                                            |
| <b>Nariz</b>             | Simetrica, sin secreciones                                           |
| <b>Orofaringe</b>        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados           |
| <b>Cuello</b>            | Simetrico. No hay lesiones                                           |
| <b>Dorso</b>             | Simetrico, no hay deformidades.                                      |
| <b>Mamas</b>             | De aspecto normal                                                    |
| <b>Cardiaco</b>          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos             |
| <b>Pulmonar</b>          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                      |
| <b>Abdomen</b>           | GLOBOSO POR UTERO GRAVIDO CON AU. 26CM CON FCF POSITVA PRE. CEFALCIO |
| <b>Genitales</b>         | De aspecto normal                                                    |
| <b>Extremidades</b>      | Simetricas, no hay lesiones                                          |
| <b>Neurologicos</b>      | Orientado, no hay deficit neurologico                                |
| <b>Piel</b>              | No hay lesiones                                                      |
| <b>Otros</b>             | No Refiere                                                           |

#### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                            |                                       |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z340                                                                       | SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                                                            |                                       |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                            |                                       |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                            |                                       |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 3                                                                          | CONFIRMADO REPETIDO                   |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                         | NO APLICA                             |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                         | ENFERMEDAD GENERAL                    |
| <b>Plan de Manejo</b>            | MICRONUTRIENTES, ANTITETANICA, RECOMENDACIONES Y PEDIETNE SIGNOS DE ALARMA |                                       |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |  |                            |  |                                                   |                   |                                  |                                           |
|---------------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Historia Clinica No<br>198065         |  | Identificación<br>57141031 |  | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE |                                           |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     |  | Lugar de Nacimiento        |  | Sexo<br>F                                         | Edad<br>28 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A)       | Ocupacion                                 |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                            |  | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA                | Programa/Eps<br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>NIGNUN          | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                              |                                     |                                      |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 2824048                                                                                                                                                                       | <b>Fecha de Atencion</b> 2013/07/02 | <b>Medico</b> SANDRA PATRICIA ROSADO | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL DE PLANIFICACION FAMILAIR<br><b>Enfermedad Actual</b><br>PCTE FEMENIAN QUIEN MANIFIESTA QUE DESEA PLANIFICAR CON UN METODO ANTICONCEPTIVO EN AMPOLLA |                                     |                                      |                                      |

## II. ANTECEDENTES

### VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|-----------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Gravidex 1                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                              |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 0           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 0                                 |  | Años     |  | Menopausia 0                            |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2012/05/13 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>             |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia                    |  |          |  | Resultado de la Citologia               |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaNO                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

### VII. PLANIFICACION FAMILIAR

|                                           |  |    |                  |  |    |                                    |  |         |          |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
|-------------------------------------------|--|----|------------------|--|----|------------------------------------|--|---------|----------|----|----------|--|----|---------|--|----|---------|--|----|
| Actividad Sexual                          |  | NO | Desea Planificar |  | NO | Metodo de Planificacion a Utilizar |  | NINGUNO |          |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Efectos Presentados por el uso del Metodo |  |    |                  |  |    |                                    |  |         |          |    |          |  |    |         |  |    |         |  |    |
| Amenorrea                                 |  | NO | Cefalea-Mareo    |  | NO | Dolor Pelvico                      |  | NO      | Manchado | NO | Sangrado |  | NO | Dolor ! |  | NO | Varices |  | NO |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

#### IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

#### V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/80      Temperatura 37.00      Peso 61      Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 20      Frecuencia Cardiaca 80      Perimetro Abdominal 100

#### VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                    |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                          |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                           |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                          |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados          |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                          |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                     |
| Mamas             | De aspecto normal                                                   |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos            |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                     |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales |
| Genitales         | De aspecto normal                                                   |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                         |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                               |
| Piel              | No hay lesiones                                                     |
| Otros             | No Refiere                                                          |

#### VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |      |                                                         |
|---------------------------|------|---------------------------------------------------------|
| Diagnostico Principal     | Z300 | CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION |
| Diagnostico Relacionado 1 |      |                                                         |
| Diagnostico Relacionado2  |      |                                                         |
| Diagnostico Relacionado3  |      |                                                         |
| Tipo de Diagnostico       | 2    | CONFIRMADO NUEVO                                        |
| Finalidad de la Consulta  | 10   | NO APLICA                                               |
| Causa Externa             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL                                      |
| Plan de Manejo            |      | MEDROXIPROSGETERONA AMPOLLA                             |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                                           |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| Historia Clinica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   |                                           | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>29 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A)                | Ocupacion                        |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  | Ciudad<br>CIENAGA | Programa/Eps<br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |                                  |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                            |                           |                                       |                     |
|--------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Acompañante<br>MARIA JOSE GAMEZ | Parentesco<br>HIJO(A)     | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ  | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                        |                              |                             |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| No Cita 4037911                                                                                                                                                                                                                        | Fecha de Atencion 2014/07/29 | Medico GLORIA CASTRO FLOREZ | Especialidad MEDICINA GENERAL |
| Motivo de la Consulta<br>DOLOR EN CUELLO Y ESPALDA<br>Enfermedad Actual<br>CC DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CERVICALGIA Y DORSALGIA PARA LO CUAL RECIBIO ANALGESICO Y RELAJANTE MUSCULAR SIN MEJORIA, NO OTROS ASOCIADOS |                              |                             |                               |

II. ANTECEDENTES

|                         |             |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA         |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM    |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA |

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|-----------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
|                                           |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Gravidex 1                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                              |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 1           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 12                                |  | Años     |  | Menopausia 0                            |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2014/06/28 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>             |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia                    |  |          |  | Resultado de la Citologia               |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaNO                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

| Sistema     | Observaciones      |
|-------------|--------------------|
| Musc.Esquel | MIALGIAS, ESPASMOS |

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/70 Temperatura 37.00 Peso 61 Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 76 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                    |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                          |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                           |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                          |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados          |
| Cuello            | DOLOR Y CONTRACTURA A LA PALPACION EN REGION POSTERIOR              |
| Dorso             | DOLOR Y CONTRACTURA A LA PALPACION EN REGION POSTERIOR              |
| Mamas             | De aspecto normal                                                   |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos            |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                     |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales |
| Genitales         | De aspecto normal                                                   |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                         |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                               |
| Piel              | No hay lesiones                                                     |
| Otros             | No Refiere                                                          |



## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                                                                                                                  |                       |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | M542                                                                                                                                                                                             | CERVICALGIA           |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | R252                                                                                                                                                                                             | CALAMBRES Y ESPASMOS  |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                                                                                                                  |                       |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                                                                                                                  |                       |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                                                                                                                | IMPRESION DIAGNOSTICA |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                                                                                                               | NO APLICA             |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                                                                                                               | ENFERMEDAD GENERAL    |
| <b>Plan de Manejo</b>            | 1. TRAMADOL GOTAS 10-15 C/8H VO X 5 DIAS 2. TIAMINA X 300MG 1 C/12H VO X 15 DIAS 3. BETAMETASO AMP 8MG 1 IM DU 4. TERAPIA FISICA 5. EN CASO DE PERSISTENCIA DE SU SSINTOMAS CONSULTAR NUEVAMENTE |                       |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                                  |                                           |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Historia Clínica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE |                                           |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>30 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A)       | Ocupacion                                 |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA                | Programa/Eps<br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                           |                           |                                       |                     |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Acompañante<br>NINGUNA         | Parentesco<br>NINGUNO     | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                              |                                |              |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------|
| No Cita 5518323                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha de Atencion 2015/11/11 | Medico RAUL FERNANDO BALAGUERA | Especialidad | SALUD OCUPACIONAL |
| Motivo de la Consulta<br>SEGUIMIENTO LABORAL.<br>Enfermedad Actual<br><br>PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD. LABORA IDED JESUS ESPELETA FAJARDO. DOCENTE BASICA PRIMARIA- CON CAUDRO DE FIBROMIALGIA LUMBAR.. REFIERE TENER UNA HIJA DE 2 AÑOS CON RETRASO DEL DESARRILO ASOCIADO A CUADRO CONVUSLIVO, QUE LE ESTA OCASIONANDO PREOCUPACION POR LA SITUACION DE SU HIJA Y QUE SU ESPOSO VIVE EN IBAGUE. |                              |                                |              |                   |

II. ANTECEDENTES

|                         |             |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA         |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM    |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA |

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                            |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|--------------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
|                                           |  |          |  |                                            |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Gravidex 1                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                                 |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 1           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 12                                |  | Años     |  | Menopausia 0                               |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2015/08/28 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>                |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia 2014/10/08         |  |          |  | Resultado de la CitologiaNEGATIVO          |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                            |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaSI                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso INYECTABLE |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

|                               |                            |                                                   |             |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|
| Historia Clínica No<br>198065 | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | Pagina No 1 |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------|

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 61 Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                 |                         |
|----------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | M545                                            | LUMBAGO NO ESPECIFICADO |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                                 |                         |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                 |                         |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                 |                         |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 3                                               | CONFIRMADO REPETIDO     |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                              | NO APLICA               |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                              | ENFERMEDAD GENERAL      |
| <b>Plan de Manejo</b>            | DEBE SEGUIR SU MANEJO CONSUS MEDICOS TRATANTES. |                         |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                            |                                           |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| Historia Clinica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   |                            | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE          |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>30 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A) | Ocupacion                                 |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA          | Programa/Eps<br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                           |                           |                                       |                     |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Nombre del Acompañante<br>NO              | Parentesco<br>NINGUNO     | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>4102417 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              |                                 |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------|
| No Cita 5403241                                                                                                                                                                                                                                                         | Fecha de Atencion 2015/11/05 | Medico JAVIER A. SANCHEZ FLOREZ | Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| Motivo de la Consulta<br>SANGRE MUCHO<br>Enfermedad Actual<br><br>G1C1; FUM: 09-10-15; RM: 30/4 R ; MAC: NO. REFIERE LA PACIENTE QUE DURANTE 2 AÑOS ESTUVO CONANTICONCEPCIONMENSUAL PARENTERL(MESIGYNA) QUE SUSPENDIO HACE UN MES ALTIMA MESTRUACCIONLE DEMORO 12 DIAS. |                              |                                 |                                        |

II. ANTECEDENTES

|                         |             |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA         |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM    |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA |

VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                            |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|--------------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Gravidex 1                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                                 |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 1           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 12                                |  | Años     |  | Menopausia 0                               |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2015/08/28 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>                |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia 2014/10/08         |  |          |  | Resultado de la CitologiaNEGATIVO          |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                            |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaSI                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso INYECTABLE |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/70 Temperatura 37.00 Peso 61 Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 17 Frecuencia Cardiaca 76 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                    |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                          |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                           |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                          |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados          |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                          |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                     |
| Mamas             | De aspecto normal                                                   |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos            |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                     |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales |
| Genitales         | De aspecto normal                                                   |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                         |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                               |
| Piel              | No hay lesiones                                                     |
| Otros             | No Refiere                                                          |



## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |         |                                                                |
|----------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | N938    | OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES ESPECIFICADAS |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |         |                                                                |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |         |                                                                |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |         |                                                                |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 2       | CONFIRMADO NUEVO                                               |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10      | NO APLICA                                                      |
| <b>Causa Externa</b>             | 13      | ENFERMEDAD GENERAL                                             |
| <b>Plan de Manejo</b>            | ECO TV. |                                                                |

### I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE          |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>30 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                 |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

### I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>ACUDE SOLA      | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>4102417 |

### II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                              |                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <b>No Cita</b> 5367070                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Fecha de Atencion</b> 2015/10/01 | <b>Medico</b> GRACIA E PUSEY | <b>Especialidad</b> PSICOLOGIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>ESTOY MUY PREOCUPADA POR LA SALUD DE MI HIJA                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                              |                                |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>PTE DE 30 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA MUY TRISTE POR LA SITUACION DE SALUD DE SU HIJA. CONVULSIONO EN EL MES DE MARZO DE ESTE AÑO EN OTRA CIUDAD Y A PARTIR DE ELLO SE HA DX DE AUTISMO. ESTO LA DTIENE DESCONSERTADA PORQUE AL PARECER HA TENIDO DX DISTINTOS A LO LARGO DE ESTE TIEMPO. |                                     |                              |                                |

### II. ANTECEDENTES

|                         |             |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA         |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM    |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA |

### VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |                   |  |                                            |  |            |  |                                      |  |                   |  |
|-------------------------------------------|--|-------------------|--|--------------------------------------------|--|------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|--|
| Gravidex 1                                |  | Partos 0          |  | Cesareas 0                                 |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 1                      |  | Nacidos Muertos 0 |  |
| Menarca 12 Años                           |  | Menopausia 0 Años |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR                  |  |            |  | Fecha Ultima Menstruacion 2015/08/28 |  |                   |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |                   |  | <u>Resultado Mamografia</u>                |  |            |  |                                      |  |                   |  |
| Fecha Ultima Citologia 2014/10/08         |  |                   |  | Resultado de la CitologiaNEGATIVO          |  |            |  | Fecha Ultimo Parto                   |  |                   |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |                   |  |                                            |  |            |  |                                      |  |                   |  |
| Planificacion PreviaSI                    |  |                   |  | Metodo de Planificacion que uso INYECTABLE |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)              |  |                   |  |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 61 Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

**VII. IMPRESION DIAGNOSTICA**

|                                  |                                                             |                                            |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | F418                                                        | OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                                             |                                            |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                             |                                            |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                             |                                            |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                           | IMPRESION DIAGNOSTICA                      |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                          | NO APLICA                                  |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                          | ENFERMEDAD GENERAL                         |
| <b>Plan de Manejo</b>            | ORIENTACION Y APOYO PSICOLOGICO, CITA DE CONTROL EN 20 DIAS |                                            |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                                         |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                                         |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |                                                          | <b>Sexo</b><br>F                        | <b>Edad</b><br>33 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   |                                                          | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417 |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>HAROLDO GAMEZ   | <b>Parentesco</b><br>CONYUGUE    | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                  |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 9892718                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Fecha de Atencion</b> 2018/08/01 | <b>Medico</b> HUGO ARRIETA ORTIZ | <b>Especialidad</b> GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL PRENATAL                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                  |                                               |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>ASITOMATICA - REPORTE DE CONTROL EN CASA DE GLUCOMETRIAS DIARIAS EN AYUNAS Y 2 HORAS POST. DENTRO D ELIMITES NORMAL. LABORATORIOS: 30/07/18 CH - TOXOPLASMA IGM - FTA ABS: NEGATIVOS. VALORADA POR PERINATOLOGIA QUIEN ORDENA AMNIOCENTESIS PARA EVALUACION DE ADN FETAL. |                                     |                                  |                                               |

II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/70 Temperatura 37.00 Peso 67 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 20 Frecuencia Cardiaca 82 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

Condicion General Buen aspecto general

Cabeza Normocefalo, No hay deformidades

Ojos NO EXPLORA

Oidos NO EXPLORA

Nariz NO EXPLORA

Orofaringe NO EXPLORA

Cuello NO EXPLORA

Dorso NO EXPLORA

Mamas NO EXPLORA

Cardiaco NO EXPLORA

Pulmonar NO EXPLORA

Abdomen ,FETO UNICO, VIVO, CEFALICO, DORSO IZQUIERDO, FCF: 145 X MINUTO, MOVIMIEN FETAL PRESENTE, TONO UTERINO NORMAL, NO HAY ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS. ALTURA UTERINA: 25 CM.

Genitales NO EXPLORA

Extremidades Simetricas, no hay lesiones

Neurologicos Orientado, no hay deficit neurologico

Piel No hay lesiones

Otros NO EXPLORA



## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | IMPRESION DIAGNOSTICA                         |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                                     |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ENFERMEDAD GENERAL                            |
| <b>Plan de Manejo</b>            | PACIENTE CON EMBARAZO DE 24.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL I TRIMESTRE, ALTO RIESGO POR CESARE ANTERIOR, MIOMATOSIS UTERINA, DIABETES GESTACIONAL, ANTECEDENTE DE FETO ANTERIOR CON MICRODELESION DE CLOMOSOMA 2Q37 ( PRESENTA EPILEPSIA) PARACLINICOS NORMALES, CONTINUAR MICRONUTRIENTES, SE DAN CLARAS RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. SEGUIMIENTO POR NUTRICION, GLUCOMETRIAS CONTROL AYUNOS Y 2 HORAS POST CADA DIA CITA CONTROL EN 4 SEMANAS |                                               |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>33 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                     |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 9711729                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Fecha de Atencion</b> 2018/06/15 | <b>Medico</b> SANDRA CUCUNUB? COBAS | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL RPENATAL ALTO RIESGO POR CESAREA ANTERIOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                     |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>APCIENTE QUE ASISTE CON EMABRAZO ALTO RIESGO POR CESAREA ANTERIOR - , G 2 P 0 C 1 A 0- CESARE EN EL 2013 , TIPO SANGRE B POSITIVO PAREJA A POSITIVO FUM 11/02/2018 EMARASZO DE 17 SEMANAS - .6 DIAS , SEGUNDO TRIMESTRE CON FPP 18/11/2018- OLERANDO LOS MICRONUTRIETNES PARTICULARES - CON CURVA DE TOLERANCIA DEL 100 60 MUNOTS DEE 98 120 MUNITOS DE 81 NORMAL - |                                     |                                     |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 100/60 Temperatura 37.00 Peso 67 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 77 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                       |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                           |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                 |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                  |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                 |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                 |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                            |
| Mamas             | NO EXPLORA                                                 |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos   |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados            |
| Abdomen           | GRAVIDO AU 20 CM FCF ++ DORSOD ERECHO MATERNA              |
| Genitales         | NO EXPLORA                                                 |
| Extremidades      | NO EDEMAS                                                  |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                      |
| Piel              | No hay lesiones                                            |
| Otros             | No Refiere                                                 |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                           |                                               |
|----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z358                      | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                           |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                           |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                           |                                               |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                         | IMPRESION DIAGNOSTICA                         |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                        | NO APLICA                                     |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                        | ENFERMEDAD GENERAL                            |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SS CONTROL EN 4 SEMAANS - |                                               |

### I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>33 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

### I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

### II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                      |                                     |                                  |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 9638423                                                                                                                                               | <b>Fecha de Atencion</b> 2018/05/30 | <b>Medico</b> HUGO ARRIETA ORTIZ | <b>Especialidad</b> GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL PRENATAL.<br><b>Enfermedad Actual</b><br>REFIERE DOLOR LUMBAR OCASIONAL. NIEGA OTROS SINTOMAS. 15/05/18 UROCULTIVO NEGATIVO. |                                     |                                  |                                               |

### II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 100/70 Temperatura 37.00 Peso 62 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 80 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                         |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                    |
| Cabeza            | NO EXPLORA                                                              |
| Ojos              | NO EXPLORA                                                              |
| Oidos             | NO EXPLORA                                                              |
| Nariz             | NO EXPLORA                                                              |
| Orofaringe        | NO EXPLORA                                                              |
| Cuello            | NO EXPLORA                                                              |
| Dorso             | NO EXPLORA                                                              |
| Mamas             | NO EXPLORA                                                              |
| Cardiaco          | NO EXPLORA                                                              |
| Pulmonar          | NO EXPLORA                                                              |
| Abdomen           | FETO UNICO, VIVO, FCF: 150 X MINUTO, NO HAY DOLOR ALA PALPACION UTERINA |
| Genitales         | NO EXPLORA                                                              |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                             |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                                   |
| Piel              | MACULOS HIPOCROMICAS EN PIEL A NIVEL DE HOMBROS.                        |
| Otros             | NO EXPLORA                                                              |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Diagnostico Principal     | Z358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                               |
| Tipo de Diagnostico       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | IMPRESION DIAGNOSTICA                         |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NO APLICA                                     |
| Causa Externa             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ENFERMEDAD GENERAL                            |
| Plan de Manejo            | PACIENTE CON EMBARAZO DE 15.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL I TRIMESTRE, ALTO RIESGO POR CESAREAN ANTERIOR, MIOMATOSIS UTERINA, ANTECEDENTE DE FETO ANTERIO CON MICRODELESION DE CLOMOSOMA 2Q37 ( PRESENTA EPILEPSIA) PARACLINICOS NORMALES, CONTINUAR MICRONUTRIENTES, SE DAN CLARAS RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. SS ECOGRAFIA DETALLE ANATOMICO SEMANA 18 - 22. VALORACION POR PERINATOLOGIA. |                                               |



## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>33 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>NO              | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                        |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 9343012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Fecha de Atencion</b> 2018/04/24 | <b>Medico</b> JAVIER A. SANCHEZ FLOREZ | <b>Especialidad</b> GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                        |                                               |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>PACIENTE DE 32 AÑOS G2C1; FUM. 11-02-18; EG: 10,4 SEM X FUM . REFIERE SENTIRSE BIEN. LAB: 18-04-18: HBSAG CUANTITATIVO:0,56; TOXO IGM: 0,22 , PARCIAL DE ORINA: NORMNAL; TOXO IGG: 0,25 UI/ML; ;HTO: 42%;HB:13,5 G/DL; PLT: 303000 ; GLUCOSA.74 MG/DL; VDRL. NO REACTIVA . ECO TV: 07-04-18: EMBARAZO INTRAUTERINO CON EMBRIOCARDIA POSITIVA .- BIOMETRIAS PROMEDIAN PARA 7,6 SEM .- SE DEBE CONTROLAR PEQUEÑA ZONA DE DESPRENDIMIENTO DE 5%. |                                     |                                        |                                               |

## II. ANTECEDENTES

|                         |             |                             |
|-------------------------|-------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |                   |  |                                         |  |            |  |                                      |  |                   |  |
|-------------------------------------------|--|-------------------|--|-----------------------------------------|--|------------|--|--------------------------------------|--|-------------------|--|
| Gravidex 2                                |  | Partos 0          |  | Cesareas 1                              |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 1                      |  | Nacidos Muertos 0 |  |
| Menarca 12 Años                           |  | Menopausia 0 Años |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR               |  |            |  | Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11 |  |                   |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |                   |  | Resultado Mamografia                    |  |            |  |                                      |  |                   |  |
| Fecha Ultima Citologia 2014/10/08         |  |                   |  | Resultado de la CitologiaNEGATIVO       |  |            |  | Fecha Ultimo Parto                   |  |                   |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |                   |  |                                         |  |            |  |                                      |  |                   |  |
| Planificacion PreviaSI                    |  |                   |  | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)              |  |                   |  |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/060 Temperatura 37.00 Peso 61 Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 76 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | NO EXPLORA                                                          |
| Cabeza            | NO EXPLORA                                                          |
| Ojos              | NO EXPLORA                                                          |
| Oidos             | NO EXPLORA                                                          |
| Nariz             | NO EXPLORA                                                          |
| Orofaringe        | NO EXPLORA                                                          |
| Cuello            | NO EXPLORA                                                          |
| Dorso             | NO EXPLORA                                                          |
| Mamas             | NO EXPLORA                                                          |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos            |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                     |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales |
| Genitales         | NO EXPLORA                                                          |
| Extremidades      | NO EXPLORA                                                          |
| Neurologicos      | NO EXPLORA                                                          |
| Piel              | NO EXPLORA                                                          |
| Otros             | NO EXPLORA                                                          |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |      |                                               |
|----------------------------------|------|-----------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z358 | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |      |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |      |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |      |                                               |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 2    | CONFIRMADO NUEVO                              |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10   | NO APLICA                                     |
| <b>Causa Externa</b>             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL                            |
| <b>Plan de Manejo</b>            |      | RECOMENDACIONES Y PAUTAS DE ALARMA - CONTROL  |

**I.DATOS DEL PACIENTE**

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>33 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

**I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE**

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>NINGUNO         | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

**II.DATOS DE LA CONSULTA**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                       |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 10208121                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Fecha de Atencion</b> 2018/10/03 | <b>Medico</b> RAUL FERNANDO BALAGUERA | <b>Especialidad</b> SALUD OCUPACIONAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>EMBARZASO DE ALTO RIESGO<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD, IED JESUS ESPELETA FAJARDO, DOCENTE BASICA PRIMARIA, PRPIEDAD 2011, EMBARAZO DE 33 SEMANAS, REFIERE DOLOR PELVICO, ALTO RIESGO POR CESAREA ANTERIOR, MIOMATOSIS UTERINA, DIABETES GESTACIONAL, |                                     |                                       |                                       |

**II. ANTECEDENTES**

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                  |                                                                 |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z359                             | SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO- SIN OTRA ESPECIFICACION |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                  |                                                                 |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                  |                                                                 |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                  |                                                                 |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 3                                | CONFIRMADO REPETIDO                                             |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                               | NO APLICA                                                       |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                               | ENFERMEDAD GENERAL                                              |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SE LE DA INCAPACIDAD DE 30 DIAS. |                                                                 |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>33 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                |                               |                                             |                               |
|------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>HAROLDO GAMEZ | <b>Parentesco</b><br>CONYUGUE | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CENTRO | <b>Telefono</b><br>3014768412 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>HAROLDO GAMEZ | <b>Parentesco</b><br>CONYUGUE | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CENTRO | <b>Telefono</b><br>3014768412 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                     |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>No Cita</b> 9706285                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Fecha de Atencion</b> 2018/07/19 | <b>Medico</b> MIGUEL PARRA SAAVEDRA | <b>Especialidad</b> PERINATOLOGIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>ME MANDAN POR MIS ANTECEDENTES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                     |                                   |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>FEM 32AÑOS G2C1 EG 22.5SEM POR FUM CORREGIDA 9/FEB/18 GS B RH POSITIVO ANTECEDENTE HIJA NACIDA HACE 5AÑOS MICRODELESCCION EN REGION 2Q37 RETRASO DEL LENGUAJE EPILEPSIA FOCO FRONTAL IZQUIERDO<br><br>ALTERACION COMPORTAMENTAL (SINDROME CONVULSIVO SEVERO 2AÑOS DE EDAD) TRAE REPORTE 13/JUL/18 III NIVEL EG 21.5SEM FETO UNICO P 40 DOPPLERFETOPLACENTARIO NORMAL ECTASIA PIELOCALISIAL BILATERAL<br><br>LEVE. |                                     |                                     |                                   |

II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |



## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/70 Temperatura 37.00 Peso 67 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 81 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

**VII. IMPRESION DIAGNOSTICA**

|                                  |                                                                                                           |                                                                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z352                                                                                                      | SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTETRICA O REPRODUCTIVA |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | Z315                                                                                                      | ASESORAMIENTO GENETICO                                                           |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                           |                                                                                  |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                           |                                                                                  |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                         | IMPRESION DIAGNOSTICA                                                            |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                        | NO APLICA                                                                        |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                        | ENFERMEDAD GENERAL                                                               |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SE CONSIDERA POR ANTECEDENTE MENSIONADO REALIZACION DE AMNIOCENTESIS PARA MICROARREGLOS LIQUIDO AMNIOTICO |                                                                                  |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>33 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                               |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 9432029                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Fecha de Atencion</b> 2018/04/13 | <b>Medico</b> ELOISA GRANADOS | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL PRENATAL<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>PTE FEMENINA DE 32 AÑOS, G2P0C1A0 - FUM: 11/02/18 - CICLOS REGULARES - PLANIFICACION: NO- ETS: NO- FUP: 30/01/13 - 1ER ECO: ABRIL 07/04/18 EMB DE DE 7.6 SEM PEQUEÑO HEMATOMA RETROCORIAL EN SU PARTE SUPERIOR, DOLOR ABDOMINAL, EN HIPOGASTRIO, NIEGA PERDIDAS VAGINALES, SENSACION DE NAUSEAS Y EPIGASTRALGIA, NIEGA CUALQUIER OTRO MOTIVO DE CONSULTA. |                                     |                               |                                      |

II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/70 Temperatura 37.00 Peso 61 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 78 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                    |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                          |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                           |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                          |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados          |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                          |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                     |
| Mamas             | De aspecto normal                                                   |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos            |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                     |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales |
| Genitales         | De aspecto normal                                                   |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                         |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                               |
| Piel              | No hay lesiones                                                     |
| Otros             | No Refiere                                                          |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | IMPRESION DIAGNOSTICA                         |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NO APLICA                                     |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ENFERMEDAD GENERAL                            |
| <b>Plan de Manejo</b>            | <p>EMB DE 8.5 SEM - CON EX FISICO CON DOLRO EN HIPOGASTRIO, A LA CUAL SE LE EXPLICA HABITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA ADECUADA, VESTUARIO ADECUADO, SE INDICA SI HAY EDEMA IMPORTANTE, CEFALEA INTENSA, EPIGASTRALGIA SEVERA, TINITUS, FOSFENOS, SALIDA DE LIQUIDO Y/O SANGRE, DOLOR ABDOMINAL DEBE IR DE INMEDIATO A URGENCIAS, SE S/S PARACLINICOS, SE S/S VALORACION PRIORITARIA POR GINECOLOGIA, REMITE A PSICOLOGIA Y NUTRICION Y ODONTOLOGIA, SE DA MICRONUTRIENTES, CONTROL E SEMANA.</p> |                                               |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                            |                                            |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Historia Clinica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   |                            | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE           |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>33 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A) | Ocupacion                                  |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA          | Programa/Eps<br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                           |                           |                                       |                             |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre del Acompañante<br>SOLO            | Parentesco<br>NINGUNO     | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>3005260424 - 41 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>3005260424 - 41 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              |                              |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| No Cita 10100936                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fecha de Atencion 2018/09/07 | Medico SANDRA CUCUNUB? COBAS | Especialidad MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL PRENATAL DE ALTO RIESGO<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>PACIENTE QUE ASISTE CON EMABRAZO ALTO RIESGO POR CESAREA ANTERIOR - , G 2 P 0 C 1 A 0- CESARE EN EL 2013 ,TIPO SANGRE B POSITIVO PAREJA A POSITIVO FUM 11/02/2018 EMARASZO DE 29 SEMANAS - .6 DIAS , SEGUNDO TRIMESTRE CON FPP 18/11/2018- TOLERANDO LOS MICRONUTRIETNES PARTICULARES - PAICENTE QUE REFIERE QUE HA PRESENTADO SENSACION DE CALAMBRES EN LA PIERNAS - ADEMAS DE FLUJO VAGINAL ESCASO Y MOLESTASIA PARA ORINAR - |                              |                              |                               |

II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGIA  |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/60 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 77 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                  |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                             |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                 |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                       |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                        |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                       |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados       |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                       |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                  |
| Mamas             | NO EXPLORA                                                       |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos         |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                  |
| Abdomen           | GRAVIDO AU 35 CM FCF ++ DORSO IZQUEIRDO , MOIVMIENTOS FETALES ++ |
| Genitales         | NO EXPLORA                                                       |
| Extremidades      | NO EDEMAS                                                        |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                            |
| Piel              | No hay lesiones                                                  |
| Otros             | No Refiere                                                       |



## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                                   |                                               |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | Z358                                                                                                              | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                                                                                                   |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                                   |                                               |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                                   |                                               |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                                 | IMPRESION DIAGNOSTICA                         |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                                | NO APLICA                                     |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                                | ENFERMEDAD GENERAL                            |
| <b>Plan de Manejo</b>            | PAICENTE QUE ORDENO CONTROL CON UROCULTIVO FROTIS VAGINAL - CONTROL EN 4 SEMANAS - ECOGRAFIA DEL TERCER TRIMESTRE |                                               |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |                            |                                                   |                   |                            |                                            |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| Historia Clínica No<br>198065         | Identificación<br>57141031 | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   |                            | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE           |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     | Lugar de Nacimiento        | Sexo<br>F                                         | Edad<br>33 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A) | Ocupacion                                  |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                            | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA          | Programa/Eps<br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                           |                           |                                       |                             |
|-------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre del Acompañante<br>SOLA            | Parentesco<br>NINGUNO     | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>3005260424 - 41 |
| Nombre del Responsable<br>IRINA PEREZ PAZ | Parentesco<br>AFILIADO(A) | Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | Telefono<br>3005260424 - 41 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                           |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| No Cita 10207235                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha de Atencion 2018/10/03 | Medico HUGO ARRIETA ORTIZ | Especialidad GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL PRENATAL<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>REFIERE DOLOR TIPO PUNSA EN HIPOGASTRIO. DOLOR FRECUENTE EN REGION GLUTEA. LABORATORIOS: 24/9/18 UROCULTIVO: NEGATIVO. FROTIS VAGINAL: BACILOS GRAM POSITIVOS: TRES CRUCES. GLUCOSA PRE Y POST: 74 Y 100 - AC TREPONEMA: NEGATIVO, AG S HB: NEGATIVO TOXOP IGM: NEGATIVO VIG: NEGATIVO. SE RECOMIENDA REPOSO EN CASA. |                              |                           |                                        |

II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/80 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 20 Frecuencia Cardiaca 79 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                                                                                                                               |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                                                                                                                          |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                                                                                                                              |
| Ojos              | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Oidos             | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Nariz             | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Orofaringe        | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Cuello            | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Dorso             | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Mamas             | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Cardiaco          | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Pulmonar          | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Abdomen           | .FETO UNICO, VIVO, CEFALICO, DORSO IZQUIERDO, FCF: 149 X MINUTO, MOVIMIEN FETAL PRESENTE, TONO UTERINO NORMAL, NO HAY ACTIVIDAD UTERINA EN 10 MINUTOS. ALTURA UTERINA: 31 CM. |
| Genitales         | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                                                                                                                                   |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                                                                                                                                         |
| Piel              | No hay lesiones                                                                                                                                                               |
| Otros             | NO EXPLORA                                                                                                                                                                    |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Diagnostico Principal     | Z358                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SUPERVISION DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               |
| Tipo de Diagnostico       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | IMPRESION DIAGNOSTICA                         |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NO APLICA                                     |
| Causa Externa             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ENFERMEDAD GENERAL                            |
| Plan de Manejo            | PACIENTE CON EMBARAZO DE 33.3 SEMANAS POR ECOGRAFIA DEL I TRIMESTRE, ALTO RIESGO POR CESARE ANTERIOR, MIOMATOSIS UTERINA, DIABETES GESTACIONAL, ANTECEDENTE DE FETO ANTERIOR CON MICRODELESION DE CLOMOSOMA 2Q37 ( PRESENTA EPILEPSIA) PARACLINICOS NORMALES, CONTINUAR MICRONUTRIENTES, SE DAN CLARAS RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA . SEGUIMIENTO POR NUTRICION, GLUCOMETRIAS CONTROL AYUNOS Y 2 HORAS POST CADA DIA CITA CONTROL EN 3 SEMANAS ORDENA CH - SE DA INCAPACIDAD DE 3 SEMANAS. |                                               |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>34 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLO            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                          |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 11500868                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Fecha de Atencion</b> 2019/09/13 | <b>Medico</b> ENZO FRANCISCO GIL COVILLA | <b>Especialidad</b> CIRUGIA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>HERNIA UMBILICAL.<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>POR PRESENCIA DE MASA UMBILICAL LE ORDENAN ECOGRFIA QUE REPORTA HERNIA UMBILCAL Y DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES. REFIERE DOLOR LEVE UMBILICAL. SE EXPLICA A LA PACTE QUE DEBE SER INTERVENIDA PARA CORRECCION DE DIASTASIS, PERO DEBE CONSULTARLO CON SU ESPOSOS POR PARIDAD NO SATISFECHA. |                                     |                                          |                                     |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                                        |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                                   |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                                       |
| Ojos              | NO EXPLORA                                                                             |
| Oidos             | NO EXPLORA                                                                             |
| Nariz             | NO EXPLORA                                                                             |
| Orofaringe        | NO EXPLORA                                                                             |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                                             |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                                        |
| Mamas             | De aspecto normal                                                                      |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos                               |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                                        |
| Abdomen           | HERNIA UMBILICAL Y DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES SIN PROTUSION HERNIARIA. SIN DOLOR. |
| Genitales         | De aspecto normal                                                                      |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                                            |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                                                  |
| Piel              | NO EXPLORA                                                                             |
| Otros             | NO EXPLORA                                                                             |

|                     |                |                         |
|---------------------|----------------|-------------------------|
| Historia Clinica No | Identificación | Apellido(s) y Nombre(s) |
| 198065              | 57141031       | IRINA ISABEL PEREZ PAZ  |





### I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>34 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

### I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

### II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                            |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 11059629                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Fecha de Atencion</b> 2019/05/15 | <b>Medico</b> BELKIS PEREZ | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>ME SIENTO AHOGADA - TENGO REFLUJO<br><b>Enfermedad Actual</b><br>PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DISFONIA- AMIGDALITIS- REFLUGO GASTROESOFAGICO- COMENTA PACIENTE CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EL SENSACION DE DIFICULTAD RESPRATORIA Y OBSTRUCCION DE LAS VIAS AEREAS , NIEGA TOS, MOTIVO QUE LA LLEVO A COSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS EN 2 OCASIONES TRATADO CON ANALGESIA , ACIDO ASCORBICO, AZITROMICINA (NO SE LA TOMO) REFIERE PERSISTIR CON SINTOMATOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL INGRESA - COMENTA SENSACION DE REFUJO DE LARGA DATA SIN TRATAMIENTO |                                     |                            |                                      |

### II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 110/80 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 16 Frecuencia Cardiaca 74 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                          |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                     |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                         |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                               |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                                |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                               |
| Orofaringe        | SE EVIDENCIA AFLTAS EN FARINGE Y AMIGDALALAS, ADEMAS FARINGE ERITEMATOSA |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                               |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                          |
| Mamas             | De aspecto normal                                                        |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos                 |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                          |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales      |
| Genitales         | NO EXPLORA                                                               |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                              |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                                    |
| Piel              | No hay lesiones                                                          |
| Otros             | No Refiere                                                               |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | J068                                                                                                                                                                            | FARINGO AMIGDALITIS AGUDA                             |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | K219                                                                                                                                                                            | ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SIN ESOFAGITIS |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                                                                                                 |                                                       |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                                                                                                 |                                                       |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                                                                                               | IMPRESION DIAGNOSTICA                                 |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                                                                                              | NO APLICA                                             |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                                                                                              | ENFERMEDAD GENERAL                                    |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SE DAN RECOMENDACIONES EN ESTILO DE VIDA SALUDBALE INDICO: DESLROATADINA TAB 5MG NOCHE X 1 DÍAS, AMOXACILINA CAP 500MG CADA 8H X 7 DÍAS , ESOMPERAZOL CAP 20MG CADA 12H X 1 MES |                                                       |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>34 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                        |                                     |                            |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 11243291                                                                                                                                                | <b>Fecha de Atencion</b> 2019/07/08 | <b>Medico</b> ELKIN TORRES | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONTROL MEDICO.<br><b>Enfermedad Actual</b><br>PACIENTE CON HERNIA UMBLICAL , DIASTASIS ABDOMINAL EPIGASTRIO. REPORTADO POR ECOGRAFIA. |                                     |                            |                                      |

II. ANTECEDENTES

|                            |              |                             |
|----------------------------|--------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos  | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos  | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol      | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco       | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos | NEGADOS                     |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2018/02/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/70 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 80 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                            |
|-------------------|------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                       |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                           |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                 |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                  |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                 |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                 |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                            |
| Mamas             | De aspecto normal                                          |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos   |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados            |
| Abdomen           | DOLOR UMBLICA, EPIGASTRICO.                                |
| Genitales         | De aspecto normal                                          |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                      |
| Piel              | No hay lesiones                                            |
| Otros             | No Refiere                                                 |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                               |                                            |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | K439                                          | HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                               |                                            |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                               |                                            |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                               |                                            |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 2                                             | CONFIRMADO NUEVO                           |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                            | NO APLICA                                  |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                            | ENFERMEDAD GENERAL                         |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SE REMITE A CX GENERAL. COMPRENDE Y ACEPTA. . |                                            |

### I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>34 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

### I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLO            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

### II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                            |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 11517270                                                                                                                                                                                           | <b>Fecha de Atencion</b> 2019/09/09 | <b>Medico</b> ELKIN TORRES | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>PERDIO CITA.<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>PACIENTE CON CUADRO DE DISFONIA, PERDIO CITA CON OTTORRINO, ADEMAS CON CUADRO DE DISNEA EPISODICA, CONGESTION SIN GRIPA MANIESTA. |                                     |                            |                                      |

### II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |



## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/70 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 18 Frecuencia Cardiaca 80 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                    |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                          |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                           |
| Nariz             | CONGESTION, HIPERTROFIA DE CORNETES.                                |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados          |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                          |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                     |
| Mamas             | De aspecto normal                                                   |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos            |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                     |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales |
| Genitales         | De aspecto normal                                                   |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                         |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                               |
| Piel              | No hay lesiones                                                     |
| Otros             | No Refiere                                                          |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                        |                                     |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | R490                                                                                                   | DISFONIA                            |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | J343                                                                                                   | HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                        |                                     |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                        |                                     |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 2                                                                                                      | CONFIRMADO NUEVO                    |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                     | NO APLICA                           |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                     | ENFERMEDAD GENERAL                  |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SE ORDENA CITA CON OTORRINO, ADEMAS SE ORDENA RX DE SENOS PARANASLES Y CORNETES, CONTROL C RESULTADO.S |                                     |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>35 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 12356857                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Fecha de Atencion</b> 2020/09/10 | <b>Medico</b> JULIO ALVAREZ .. | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA POR PANDEMIA DE COVID 19                                                                                                                                                                                     |                                     |                                |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>PACIENTE LA CUAL MANIFIESTA CUADRO CLINICO DE MAS DE 3 DIAS DE EVOLUCION COSITENTE EN PRSNETRA DOLORES DE CABEZA LOS CUALES SE GNERA DE MANERA INTERMITENTE, MANIFIESTA. ANTECENETED DE FIBROMIALGIAS Y CEFALEA MIGRAÑOSA |                                     |                                |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 000/000 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                            |                                  |
|---------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Diagnostico Principal     | U149                                                       | CAPTACION Y DETECCION (TAMIZAJE) |
| Diagnostico Relacionado 1 | R51X                                                       | CEFALEA                          |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                            |                                  |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                            |                                  |
| Tipo de Diagnostico       | 1                                                          | IMPRESION DIAGNOSTICA            |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                         | NO APLICA                        |
| Causa Externa             | 13                                                         | ENFERMEDAD GENERAL               |
| Plan de Manejo            | SE ORDENAN PARACLINCIOS Y CITOLLOGIA, CONTROL CON REPORTES |                                  |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                                         |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                                         |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |                                                          | <b>Sexo</b><br>F                        | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   |                                                          | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417 |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>.               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                     |                                              |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13073431                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/06/19 | <b>Medico</b> LEIDYS VIVIANA ESPINOZA FUENTE | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                              |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>ME COMUNICO VIA TELEFONICA CON LA SRA IRINA PEREZ Y LE COMENTO QUE LA LLAMADA REALIZADA ES PARA LLEVAR SEGUIMIENTO DE SU CUADRO CLINICO. QUIEN REFIERE ESTAR PASANDO REGULAR CON TOS SECA PERSISTENTE Y PRESENCIA DE TAQUICARDIA DESDE HACE VARIOS DIAS. NIEGA FIEBRE - REFIERE QUE EL DIA 12 DE JUNIO LE FUE REALIZADA PRUEBA PARA COVID19 ANTIGENO (HISOPADO) RESULTADO POSITIVO. HOY TIENE 7 DIAS DE AISLAMIENTO RESPIRATORIO. ACTUALMENTE EN MANEJO CON DIHIDROCODEINA,SULTAMICILINA,,BROMURO DE IPRATROPIO,BECLOMETASONA,FLUIMUCIL,PREDNISOLONA,CLARITROMICINA (YA TERMINADA), COLCHICINA ORDENADO POR MEDICO PARTICULAR. TIENE PENDIENTE REALIZACION DE RX DE TORAX. SE LE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR EN AISLAMIENTO EN CASA HASTA CUMPLIR CON 10 DIAS DE AISLAMIENTO Y QE SINTOMAS DESAPAREZCAN. CONTINUA EN SEGUIMIENTO |                                     |                                              |                                      |

II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 000/000 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Diagnostico Principal     | U071                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Tipo de Diagnostico       | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CONFIRMADO REPETIDO         |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO APLICA                   |
| Causa Externa             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ENFERMEDAD GENERAL          |
| Plan de Manejo            | 1.CONTINUA EN SEGUIMIENTO 2.FORMUJLA MEDICA 3.PENDIENTE REALIZACION DE RX DE TORAX....RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD CON AISLAMIENTO OBLIGATORIO EN CASA, LAVADO DE MANO FRECUENTEMENTE. Y USO DE TAPA BOCA NO BESO ABRAZOS, NO COMPARTIR UTENSILIOS, GUARDAR LA DISTANCIA Y ANTE CUALQUIER SIGNOS DE ALARMA COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOSIS PERIBUCAL, DOLOR TORAXICO, SANGRADO O DETERIORO NEUROLOGICO. ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS |                             |



## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>.               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                              |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13079919                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/06/22 | <b>Medico</b> LEIDYS VIVIANA ESPINOZA FUENTE | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA COVID19<br><b>Enfermedad Actual</b><br>ME COMUNICO VIA TELEFONICA CON LA SRA IRINA PEREZ Y LE COMENTO QUE LA LLAMADA REALIZADA ES PARA LLEVAR SEGUIMIENTO DE SU CUADRO CLINICO. QUIEN REFIERE ESTAR PASANDO MEJOR, REFIERE MEJORIA DE LA TOS. NIEGA FIEBRE - REFIERE QUE EL DIA 12 DE JUNIO LE FUE REALIZADA PRUEBA PARA COVID19 ANTIGENO (HISOPADO) RESULTADO POSITIVO. HOY TIENE 10 DIAS DE AISLAMIENTO RESPIRATORIO. ACTUALMENTE EN MANEJO CON DIHIDROCODEINA,SULTAMICILINA,,BROMURO DE IPRATROPIO,BECLOMETASONA,FLUIMUCIL,PREDNISOLONA,CLARITROMICINA (YA TERMINADA), COLCHICINA ORDENADO POR MEDICO PARTICULAR. TIENE REPORTE DE RX DE TORAX DEL DIS DE HOY: ICT CONSERVADO-ANGULOS COSTOFRENICOS LIBRES-REFORZAMIENTO BRONQUIAL DERECHO NO CONSOLIDADOS NO DERRAMES, EKG RITMO SINUSAL FC100LPM SIN SIGNOS DE ISQUEMIA NI LESIONES. SE LE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR EN AISLAMIENTO EN CASA HASTA CUMPLIR CON 10 DIAS DE AISLAMIENTO Y QE SINTOMAS DESAPAREZCAN. CONTINUA EN SEGUIMIENTO |                                     |                                              |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 000/000 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                       |                             |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Diagnostico Principal     | U071                                                                  | COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                       |                             |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                       |                             |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                       |                             |
| Tipo de Diagnostico       | 3                                                                     | CONFIRMADO REPETIDO         |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                    | NO APLICA                   |
| Causa Externa             | 13                                                                    | ENFERMEDAD GENERAL          |
| Plan de Manejo            | 1.CONTINUA EN SEGUIMIENTO...SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA |                             |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                                         |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                                         |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |                                                          | <b>Sexo</b><br>F                        | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   |                                                          | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417 |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>.               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                              |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13085598                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/06/24 | <b>Medico</b> LEIDYS VIVIANA ESPINOZA FUENTE | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>SE REALIZA TELECONSULA POR EMERGENCIA SANITARIA COVID19                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                              |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>SE REALIZA TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 PACIENTE CON CITA AGENDADA PARA EL DIA DE HOYNO RESPONDIO AL LLAMADO EL CUAL FUE REALIZADO EN TRES OCASIONES AL NUMERO DE TELFONICO DOCUMENTADO EN HISTORIA CLINICA SE ENVIA CAPTURA DE LLAMADAS REALIZADAS A JEFE ENCARGADA QUEDA CONSTANCIA DE LA ACTIVIDA REALIZADA |                                     |                                              |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 000/000 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Diagnostico Principal     | U071                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Tipo de Diagnostico       | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CONFIRMADO REPETIDO         |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO APLICA                   |
| Causa Externa             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ENFERMEDAD GENERAL          |
| Plan de Manejo            | SE REALIZA TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 PACIENTE CON CITA AGENDADA P. EL DIA DE HOYNO RESPONDIO AL LLAMADO EL CUAL FUE REALIZADO EN TRES OCASIONES AL NUMERO DE TELFONICO DOCUMENTADO EN HISTORIA CLINICA SE ENVIA CAPTURA DE LLAMADAS REALIZADAS A JEFE ENCARGADA QUEDA CONSTANCIA DE LA ACTIVIDA REALIZADA |                             |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>-               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                              |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13092696                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/06/26 | <b>Medico</b> LEIDYS VIVIANA ESPINOZA FUENTE | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                     |                                              |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>SE REALIZA TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 PACIENTE CON CITA AGENDADA PARA EL DIA DE HOYNO RESPONDIO AL LLAMADO EL CUAL FUE REALIZADO EN TRES OCASIONES AL NUMERO DE TELFONICO DOCUMENTADO EN HISTORIA CLINICA SE ENVIA CAPTURA DE LLAMADAS REALIZADAS A JEFE ENCARGADA QUEDA CONSTANCIA DE LA ACTIVIDA REALIZADA |                                     |                                              |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 000/000 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100



## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Diagnostico Principal     | U071                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
| Tipo de Diagnostico       | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CONFIRMADO REPETIDO         |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO APLICA                   |
| Causa Externa             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ENFERMEDAD GENERAL          |
| Plan de Manejo            | SE REALIZA TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA COVID 19 PACIENTE CON CITA AGENDADA P. EL DIA DE HOYNO RESPONDIO AL LLAMADO EL CUAL FUE REALIZADO EN TRES OCASIONES AL NUMERO DE TELFONICO DOCUMENTADO EN HISTORIA CLINICA SE ENVIA CAPTURA DE LLAMADAS REALIZADAS A JEFE ENCARGADA QUEDA CONSTANCIA DE LA ACTIVIDA REALIZADA |                             |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                       |  |                            |  |                                                   |                   |                                  |                                            |
|---------------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| Historia Clinica No<br>198065         |  | Identificación<br>57141031 |  | Apellido(s) y Nombre(s)<br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                   | Tipo De Vinculacion<br>COTIZANTE |                                            |
| Fecha de Nacimiento<br>1985/08/01     |  | Lugar de Nacimiento        |  | Sexo<br>F                                         | Edad<br>36 AÑO(S) | Estado Civil<br>SOLTERO(A)       | Ocupacion                                  |
| Direccion<br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                            |  | Telefono<br>3005260424 - 4102417                  |                   | Ciudad<br>CIENAGA                | Programa/Eps<br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>NN              | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                           |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13290856                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/09/22 | <b>Medico</b> ELGA AREIZA | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA FALLIDA<br><b>Enfermedad Actual</b><br>TELECONSULTA FALLIDA SE LLAMA EN REPETIDAS OCASIONES AL NUMERO 3005260424 - TIMBRA NO RESPONDE ME TRANSFIERE A SISTEMA CORREO DE VOZ , SE LLAMA AL FIJO SALE NO ACTIVADO SE DEJA MENSAJE DE TEXTO SE INDICA REPROGRAMAR NUEVAMENTE SU CITA |                                     |                           |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 00/00 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                          |                       |
|---------------------------|------------------------------------------|-----------------------|
| Diagnostico Principal     | Z000                                     | EXAMEN MEDICO GENERAL |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                          |                       |
| Diagnostico Relacionado2  |                                          |                       |
| Diagnostico Relacionado3  |                                          |                       |
| Tipo de Diagnostico       | 1                                        | IMPRESION DIAGNOSTICA |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                       | NO APLICA             |
| Causa Externa             | 13                                       | ENFERMEDAD GENERAL    |
| Plan de Manejo            | SE INDICA REPROGRAMAR NUEVAMENTE SU CITA |                       |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>IRINA           | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                   |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13130138                                                                                                                                                                                             | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/07/15 | <b>Medico</b> JORGE ACOSTA VALLES | <b>Especialidad</b> MEDICINA INTERNA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA<br><b>Enfermedad Actual</b><br>PACIENTE FEMENINA DE 35 AÑOS CON COVID . ALTA EN JUNIO .ACTUALMENTE SENSACION DE RAYONCITO Y PALPITACIONES . TIENE EKG : FC : 104 MIN . |                                     |                                   |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                                                   |                       |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | R002                                                                                                                              | PALPITACIONES         |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                                                                                                                   |                       |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                                                                                                   |                       |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                                                   |                       |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                                                 | IMPRESION DIAGNOSTICA |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                                                | NO APLICA             |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                                                | ENFERMEDAD GENERAL    |
| <b>Plan de Manejo</b>            | PACIENTE CON SINDROME POST COVID . PRESENTA PALPITACIONES . CON EKG TRAZO NORMAL. RITMO SINU . SE ORDENA TSH Y T4 . Y HEMOGRAMA - |                       |

I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>X               | <b>Parentesco</b><br>CONYUGUE    | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                             |                                     |                                |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13019315                                                                                                                                                     | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/06/04 | <b>Medico</b> ANGEL MAIGUEL S. | <b>Especialidad</b> NEUROCIRUGIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA POR EMERGENCIA COVID 19                                                                                                        |                                     |                                |                                  |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE CON DOLOR LUMBAR CON EXACERVACION Y REMSION. ADUCE MEJOR MOVILIDAD PERIO DON PERISO DE EXACERVACION Y REMSION |                                     |                                |                                  |

II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |



## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                  |                         |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | M545                             | LUMBAGO NO ESPECIFICADO |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |                                  |                         |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                  |                         |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                  |                         |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                | IMPRESION DIAGNOSTICA   |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                               | NO APLICA               |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                               | ENFERMEDAD GENERAL      |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SE DAN RECOMENDACIONES CON AINES |                         |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>.               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                              |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13059928                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/06/15 | <b>Medico</b> LEIDYS VIVIANA ESPINOZA FUENTE | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA POR COVID -19<br><b>Enfermedad Actual</b><br>ME COMUNICO VIA TELEFONICA CON LA SRA IRINA PEREZ Y LE COMENTO QUE LA LLAMADA REALIZADA ES PARA LLEVAR SEGUIMIENTO DE SU CUADRO CLINICO. QUIEN REFIERE ESTAR PASANDO UN POCO REGULAR CON PRESENCIA DE DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN SANGRE SIN MOCO ACOMPAÑADAS DE TOS HUMEDA CON EXPECTORACION Y DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO TIPO ARDOR. NIEGA FIEBRE - REFIERE QUE EL DIA 12 DE JUNIO LE FUE REALIZADA PRUEBA PARA COVID19 ANTIGENO (HISOPADO) RESULTADO POSITIVO. HOY TIENE 3 DIA DE AISLAMIENTO RESPIRATORIO. ACTUALMENTE EN MANEJO CON DIHIDROCODEINA,SULTAMICILINA,(DESDE HACE 7 DIAS),BROMURO DE IPRATROPIO,BECLOMETASONA,FLUIMUCIL,PREDNISOLONA,CLARITROMICINA,COLCHICINA ORDENADO POR MEDICO PARTICULAR. SE LE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR EN AISLAMIENTO EN CASA HASTA CUMPLIR CON 10 DIAS DE AISLAMIENTO Y QE SINTOMAS DESAPAREZCAN. CONTINUA EN SEGUIMIENTO |                                     |                                              |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 000/000 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Diagnostico Principal     | U071                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                             |
| Tipo de Diagnostico       | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CONFIRMADO REPETIDO         |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NO APLICA                   |
| Causa Externa             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ENFERMEDAD GENERAL          |
| Plan de Manejo            | 1.CONTINUA EN SEGUIMIENTO 2.FORMULA MEDICA...RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD CON AISLAMIENTO OBLIGATORIO EN CASA, LAVADO DE MANO FRECUENTEMENTE. Y USO DE TAPA BOCA NO BESO ABRAZOS, NO COMPARTIR UTENSILIOS, GUARDAR LA DISTANCIA Y ANTE CUALQUIER SIGNOS DE ALARMA COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOSIS PERIBUCAL, DOLOR TORACICO, SANGRADO O DETERIORO NEUROLOGICO. ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS |                             |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>.               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                              |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13065923                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/06/17 | <b>Medico</b> LEIDYS VIVIANA ESPINOZA FUENTE | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA POR EMERGENCIA SANITARIA POR COVID -19<br><br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>ME COMUNICO VIA TELEFONICA CON LA SRA IRINA PEREZ Y LE COMENTO QUE LA LLAMADA REALIZADA ES PARA LLEVAR SEGUIMIENTO DE SU CUADRO CLINICO. QUIEN REFIERE ESTAR PASANDO REGULAR CON PERSISTENCIA DE DEPOSICIONES PASTOSAS ACOMPAÑADO DE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO. NIEGA FIEBRE - REFIERE QUE EL DIA 12 DE JUNIO LE FUE REALIZADA PRUEBA PARA COVID19 ANTIGENO (HISOPADO) RESULTADO POSITIVO. HOY TIENE 5 DIAS DE AISLAMIENTO RESPIRATORIO. ACTUALMENTE EN MANEJO CON DIHIDROCODEINA,SULTAMICILINA,,BROMURO DE IPRATROPIO,BECLOMETASONA,FLUIMUCIL,PREDNISOLONA,CLARITROMICINA (YA TERMINADA), COLCHICINA ORDENADO POR MEDICO PARTICULAR. SE LE EXPLICA QUE DEBE CONTINUAR EN AISLAMIENTO EN CASA HASTA CUMPLIR CON 10 DIAS DE AISLAMIENTO Y QE SINTOMAS DESAPAREZCAN. CONTINUA EN SEGUIMIENTO |                                     |                                              |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 000/000 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Diagnostico Principal     | U071                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | COVID-19 VIRUS IDENTIFICADO |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |
| Tipo de Diagnostico       | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CONFIRMADO REPETIDO         |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NO APLICA                   |
| Causa Externa             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ENFERMEDAD GENERAL          |
| Plan de Manejo            | 1.CONTINUA EN SEGUIMIENTO 2.FORMULA MEDICA....RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD CON AISLAMIENTO OBLIGATORIO EN CASA, LAVADO DE MANO FRECUENTEMENTE. Y USO DE TAPA BOCA NO BESO ABRAZOS, NO COMPARTIR UTENSILIOS, GUARDAR LA DISTANCIA Y ANTE CUALQUIER SIGNOS DE ALARMA COMO DIFICULTAD RESPIRATORIA, CIANOSIS PERIBUCAL, DOLOR TORACICO, SANGRADO O DETERIORO NEUROLOGICO. ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS |                             |



## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                 |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 12961392                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/05/19 | <b>Medico</b> JULIO.. ALVAREZ.. | <b>Especialidad</b> MEDICO RIESGO CARDIOVASCUL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONULATA POR LESINES EN LA PIEL                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                 |                                                |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>CONSULTA D EMANERA TELEFONICA Y EN VIDEOS E IAGENES CUADRO DE LESIONE SBALNQUICUA Y PRURIGINSOAS EN LAIEL PERISTETE D EMAS DE 6 MESES D EVEOLCUION , MANIFESTA Q LE HAN RECETADO VATIAS COSAS SIN MEJORIA ALGUNA ANIVE DE CUELA Y PILEGUES EN CUERPO Y DORSO , S EGENAR CONSULTA POR PANDMEIA DE COVID 19 |                                     |                                 |                                                |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 000/000 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                       |                                     |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | L209                                  | DERMATITIS ATOPICA- NO ESPECIFICADA |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | L509                                  | URTICARIA- NO ESPECIFICADA          |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                       |                                     |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                       |                                     |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                     | IMPRESION DIAGNOSTICA               |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                    | NO APLICA                           |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                    | ENFERMEDAD GENERAL                  |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SE ORDENA VALORACION POR DERMATOLOGIA |                                     |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>NO              | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                       |                                     |                                   |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 12973685                                                                                                                                                                                                               | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/05/26 | <b>Medico</b> MARIO GARCIA TORRES | <b>Especialidad</b> ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA<br><b>Enfermedad Actual</b><br>DOLOR LUMBAR PERSISTENTE IRRADIADO A MIEMBROS INFERIORES, CLAUDICACIÓN INTERMITENTE<br>RX DE COLUMNA LUMBOSACRA ESPONDILOARTROSIS LUMBAR DISCOPATIA L2-L3 |                                     |                                   |                                               |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |      |                                                       |
|----------------------------------|------|-------------------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | M511 | TRASTORNOS DE DISCO LUMBAR Y OTROS- CON RADICULOPATIA |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |      |                                                       |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |      |                                                       |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |      |                                                       |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1    | IMPRESION DIAGNOSTICA                                 |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10   | NO APLICA                                             |
| <b>Causa Externa</b>             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL                                    |
| <b>Plan de Manejo</b>            |      | FNEUROCIRAI BETEMTAN TIZNADIAN ACETEMINO              |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                         |                                                  |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                  |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>32 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                 |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>UT-MAGISTERIO MAG CAPITAD |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>X               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                     |                                           |                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 8402710                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Fecha de Atencion</b> 2017/08/29 | <b>Medico</b> LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES | <b>Especialidad</b> SALUD OCUPACIONAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>SOLICITUD PERSONAL<br><b>Enfermedad Actual</b><br>EDAD: 32 AÑOS; AREA: BASUCA PRIMARIA; FV: 19/07/2011; IED: JESUS ESPELETA FAJARDO. REFERE HISTORIA DE FIBROMIALGIA ; EN CONTROL ANTERIOR CON FISIATRIA. ACTUALMENTE REFIERE RECURRENCIA DE SINTOMATOLOGIA .EF: 100/80. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS TIMBRADOS; PULMOES CLAROS Y VENTILADOS; ANDOMEN BLANDO SIN MEGALIAS; LASEGUE BILATERAL, NEGATIVOS ; MARCADA TENSION DE MUSCULOS VERVICO DORSALES ; A LA ENTREVISTA DE APRECIA MODERADA DISFONIA. |                                     |                                           |                                       |

## II. ANTECEDENTES

|                         |             |                             |
|-------------------------|-------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Patologicos | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES | Quirurgicos | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

|                                           |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
|-------------------------------------------|--|----------|--|-----------------------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|--------------------------------------|--|
| Gravidex 1                                |  | Partos 0 |  | Cesareas 0                              |  | Abortos: 0 |  | Nacidos Vivos 1           |  | Nacidos Muertos 0                    |  |
| Menarca 12                                |  | Años     |  | Menopausia 0                            |  | Años       |  | Ciclo Menstrual IRREGULAR |  | Fecha Ultima Menstruacion 2017/01/06 |  |
| Fecha Ultima Mamografia                   |  |          |  | <u>Resultado Mamografia</u>             |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Fecha Ultima Citologia 2014/10/08         |  |          |  | Resultado de la CitologiaNEGATIVO       |  |            |  | Fecha Ultimo Parto        |  |                                      |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia |  |          |  |                                         |  |            |  |                           |  |                                      |  |
| Planificacion PreviaSI                    |  |          |  | Metodo de Planificacion que uso NINGUNO |  |            |  | Tiempo de Uso 0 Mes(es)   |  |                                      |  |

|                                      |                                   |                                                          |                    |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065 | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ | <b>Pagina No</b> 1 |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------|

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 61 Talla 157  
Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |



## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | M531                                             | SINDROME CERVICOBRAQUIAL |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | R490                                             | DISFONIA                 |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |                                                  |                          |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                  |                          |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                | IMPRESION DIAGNOSTICA    |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                               | NO APLICA                |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                               | ENFERMEDAD GENERAL       |
| <b>Plan de Manejo</b>            | 1. VALORACION POR FISIATRIA2. VALORACION POR ORL |                          |

**I.DATOS DEL PACIENTE**

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

**I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE**

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

**II.DATOS DE LA CONSULTA**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 12781248                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/03/11 | <b>Medico</b> JULIO ALVAREZ .. | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA POR PANDEMIA DE COVID 19                                                                                                                                                                                        |                                     |                                |                                      |
| <b>Enfermedad Actual</b><br><br>CONSULTA VIA TELEFONICA POR CUADRO CLINCIO DE DOLOR A NIVEL DE REGION LUMBAR, MANIFESTA Q DESD EHAC ETRECE AÑOS PADECE DE FIBROMILAGIAS, ESTABA ATNDIDA POR SERVICIO DE FISITARIA, S EGNERA CONSULTA POR PADEMIA DE COVID 19 |                                     |                                |                                      |

**II. ANTECEDENTES**

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

| VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS              |            |        |                           |                                 |   |                                    |          |                 |                    |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
|--------------------------------------------------|------------|--------|---------------------------|---------------------------------|---|------------------------------------|----------|-----------------|--------------------|---------------------------|------------|----------|----|--|---------|----|--|---------|----|--|
| Gravidex                                         | 2          | Partos | 0                         | Cesareas                        | 1 | Abortos:                           | 0        | Nacidos Vivos   | 1                  | Nacidos Muertos           | 0          |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Menarca                                          | 12         | Años   |                           | Menopausia                      | 0 | Años                               |          | Ciclo Menstrual | IRREGULAR          | Fecha Ultima Menstruacion | 2019/08/11 |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Fecha Ultima Mamografia                          |            |        |                           | <u>Resultado Mamografia</u>     |   |                                    |          |                 |                    |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Fecha Ultima Citologia                           | 2014/10/08 |        | Resultado de la Citologia |                                 |   |                                    | NEGATIVO |                 | Fecha Ultimo Parto |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Descripcion del resultado de la Citologia        |            |        |                           |                                 |   |                                    |          |                 |                    |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Planificacion PreviaSI                           |            |        |                           | Metodo de Planificacion que uso |   |                                    |          | NINGUNO         |                    | Tiempo de Uso             | 0 Mes(es)  |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| VII. PLANIFICACION FAMILIAR                      |            |        |                           |                                 |   |                                    |          |                 |                    |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Actividad Sexual                                 | NO         |        | Desea Planificar          | NO                              |   | Metodo de Planificacion a Utilizar |          |                 |                    |                           |            | NINGUNO  |    |  |         |    |  |         |    |  |
| <u>Efectos Presentados por el uso del Metodo</u> |            |        |                           |                                 |   |                                    |          |                 |                    |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Amenorrea                                        | NO         |        | Cefalea-Mareo             | NO                              |   | Dolor Pelvico                      | NO       |                 | Manchado           | NO                        |            | Sangrado | NO |  | Dolor 1 | NO |  | Varices | NO |  |
| IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA             |            |        |                           |                                 |   |                                    |          |                 |                    |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| V. EXAMEN FISICO                                 |            |        |                           |                                 |   |                                    |          |                 |                    |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Tension Arterial:                                | 000/00     |        | Temperatura               | 37.00                           |   | Peso                               | 72       |                 | Talla              | 157                       |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |
| Frecuencia Respiratoria                          | 0          |        | Frecuencia Cardiaca       | 0                               |   | Perimetro Abdominal                |          | 100             |                    |                           |            |          |    |  |         |    |  |         |    |  |

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                           |                                                                                  |                       |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Diagnostico Principal     | M255                                                                             | DOLOR EN ARTICULACION |
| Diagnostico Relacionado 1 |                                                                                  |                       |
| Diagnostico Relacionado2  |                                                                                  |                       |
| Diagnostico Relacionado3  |                                                                                  |                       |
| Tipo de Diagnostico       | 1                                                                                | IMPRESION DIAGNOSTICA |
| Finalidad de la Consulta  | 10                                                                               | NO APLICA             |
| Causa Externa             | 13                                                                               | ENFERMEDAD GENERAL    |
| Plan de Manejo            | SE ORDENA RAYOS X DE COLUMNA LUMBOSACRA, ACETAMINOFEN MAS CODEINA TAB UNA AL DIA |                       |

**I.DATOS DEL PACIENTE**

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

**I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE**

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

**II.DATOS DE LA CONSULTA**

|                                          |                                                                                         |                                  |                                               |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13516376                  | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/12/20                                                     | <b>Medico</b> HUGO ARRIETA ORTIZ | <b>Especialidad</b> GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>CONSULTA | <b>Enfermedad Actual</b><br>NO ASISTE PRESENCIAL - NO RESPUESTA AL LLAMADO TELEFONICO - |                                  |                                               |

**II. ANTECEDENTES**

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |      |                          |
|----------------------------------|------|--------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | R102 | DOLOR PELVICO Y PERINEAL |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> |      |                          |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |      |                          |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |      |                          |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1    | IMPRESION DIAGNOSTICA    |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10   | NO APLICA                |
| <b>Causa Externa</b>             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL       |
| <b>Plan de Manejo</b>            |      | REPROGRAMAR CITA         |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>36 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>.               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                       |                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 12961379                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Fecha de Atencion</b> 2021/05/11 | <b>Medico</b> RAFAEL JOSE PEREZ RADA. | <b>Especialidad</b> ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>TELECONSULTA % DOLOR LUMBAR<br><b>Enfermedad Actual</b><br>SE EXPLICA LA PACIENTE MODALIDAD DE CONSULTA Y LO QUE LE PEDE OFRECER ESTE TIPO DE CONSULTA SOLO POR EL INTERROGATORIO QUE NO PUEDE VALORARSE POR LO QUE SI SU CONDICION NESECITA VALORACION PERSONAL ESTA SERA REPROGRAMADA BAJO EXTRICTA DE BIOSEGURIDAD CONDICIONES DE SALUD PUBLICA NACIONAL EL PACIENTE CONCIENTE Y ENTENDIENDO LO ANTERIOR ACEPTA LA CONSULTA REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DORLO LUMBAR EN TRTAMEITNO CON FISTRAI PRO FIBROMIALGAI QUEIN PERDIO SEGUIMEITNO POR EMBARAZO ACTUAL MENTE MEDICAIN GENERAL ORDENA RX DE CLS LA CUAL NO ENVIA |                                     |                                       |                                               |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |



## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |      |                                                   |
|----------------------------------|------|---------------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | M545 | LUMBAGO NO ESPECIFICADO                           |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | M799 | TRASTORNO DE LOS TEJIDOS BLANDOS- NO ESPECIFICADO |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  |      |                                                   |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |      |                                                   |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1    | IMPRESION DIAGNOSTICA                             |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10   | NO APLICA                                         |
| <b>Causa Externa</b>             | 13   | ENFERMEDAD GENERAL                                |
| <b>Plan de Manejo</b>            | SS   | CITA CON RESULTADOS VAL X FISITRIA NATACION       |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>37 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLA            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                    |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13906176                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Fecha de Atencion</b> 2022/04/27 | <b>Medico</b> JORGE. CASTAÑEDA. A. | <b>Especialidad</b> MEDICINA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>VIENE POR DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINAL<br><b>Enfermedad Actual</b><br>PACIENTE DE 36 AÑOS VALORADA CON IMPLEMENTOS ADECUADO DE BIOSEGURIDAD ADECUADOS PARA PANDEMIA COVID 19, REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS CARACTERIZADO POR DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES, CON PROTRUSION DE MASA CENTRAL, PRESENCIA DE ANILLO HERNIARIO LOCAL, NIEGA OTRO SINTOMA ASOCIADO, ADEMAS REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 MES CARACTERIZADO POR URGENCIA URINARIO, COLURIA FETIDEZ DE LA ORIAN NIEGA OTRO SINTOMA ASOCIADO, EN MANEJO ANTIBIOTICO HACE 2 SEMANAS CON PERSITENCIA DE SINTOMAS, NIEGA USO DE MEDICAMENTOS AUTOFORMULADOS NIEGA HTA NIEGA DIABETES. |                                     |                                    |                                      |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2022/04/15

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 120/80 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 16 Frecuencia Cardiaca 80 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                                     |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                                |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                                    |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz                          |
| Oidos             | Pabellon auricular normal                                           |
| Nariz             | Simetrica, sin secreciones                                          |
| Orofaringe        | Amigdalas normales, faringe no hiperemica. No hay exudados          |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                                          |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                                     |
| Mamas             | De aspecto normal                                                   |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos            |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados                     |
| Abdomen           | Blando, depresible, no hay masas, movimientos intestinales normales |
| Genitales         | De aspecto normal                                                   |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                                         |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                               |
| Piel              | No hay lesiones                                                     |
| Otros             | No Refiere                                                          |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | K429                                                                                                                                                                                                                                                                | HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA       |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | K439                                                                                                                                                                                                                                                                | HERNIA VENTRAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA         |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  | N390                                                                                                                                                                                                                                                                | INFECCION DE VIAS URINARIAS- SITIO NO ESPECIFICADO |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 1                                                                                                                                                                                                                                                                   | IMPRESION DIAGNOSTICA                              |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                                                                                                                                                                                                                  | NO APLICA                                          |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                                                                                                                                                                                                                  | ENFERMEDAD GENERAL                                 |
| <b>Plan de Manejo</b>            | PACIENTE CON CUADRO DE HERNIA UMBILICAL Y VENTAR CONSIDERO DAR MANEJO POR CIRUGIA GENERAL<br>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS POR IVU RECURRENTE// PLAN SS UROCULTIVO Y ATB SS CITA CIRUGIA GENE<br>EDUCACION MEDICA CICLO VITAL ADULTO RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. |                                                    |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>37 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>X               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                     |                                           |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13786495                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Fecha de Atencion</b> 2022/03/15 | <b>Medico</b> LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES | <b>Especialidad</b> SALUD OCUPACIONAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>REMITIDA POR FISIATRIA( CITA PRESENCIAL)<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>EDAD: 36 AÑOS; AREA: BASICA PRIMARIA; IED. JESUS ESPELETA FAJARDO( SANTA MARTA); FV: 2011; ESC: 2BE; JORNADA: TARDE; EC.CASADA.DOCENTE REFIERE INTENSIFICACION DE DOLORES LUMBARES. VALORACION POR FISIATRIA D EFECHA 14/12/2021. DXS: M531, M545,M545,M791, M790..PACINTE CON ANTECEDENTES DE FIBROMIALGIA.; REFIERE DOLOR GENERALIZADO ASOCIADO ATRASTORNO DEL SUEÑO. NO MEJORA CON BLOQUEO NALGESICO. EF: NO HAY DEFICIT NEUROLOGICO; DEBILIDAD PARAESPINALES, ROT SIMTRICOS; MULTIPLES CONTRACTURAS PARAESPINALES ; SE DAN RECOMENDACIONES DE EJERCICIOS EN CASA ; SE RECOMIENDA ACUDIR A GIMNASIO. DR FRANCISCO MAZENETT.ACUSA CONFLICTO EN SU AMBITO LABORAL |                                     |                                           |                                       |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2019/08/11

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                               |                          |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | M531                                                          | SINDROME CERVICOBRAQUIAL |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | M545                                                          | LUMBAGO NO ESPECIFICADO  |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  | M791                                                          | MIALGIA                  |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  |                                                               |                          |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 2                                                             | CONFIRMADO NUEVO         |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                            | NO APLICA                |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                            | ENFERMEDAD GENERAL       |
| <b>Plan de Manejo</b>            | VALORACION POR PSICOLOGIA / CITA ABIERTA CON MEDICINA LABORAL |                          |



## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |  |                                   |  |                                                          |                          |                                         |                                                   |
|----------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         |  | <b>Identificación</b><br>57141031 |  | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE |                                                   |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     |  | <b>Lugar de Nacimiento</b>        |  | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>37 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A)       | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |  |                                   |  | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA                | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>X               | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                     |                                           |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13906187                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Fecha de Atencion</b> 2022/05/05 | <b>Medico</b> LUIS MIGUEL MARTINEZ MONTES | <b>Especialidad</b> SALUD OCUPACIONAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>SEGUIMIENTO ( CITA PRESENCIAL)<br><b>Enfermedad Actual</b><br>VALORACION POR PSICOLOGIA DE FECHA 11/04/2022. DR NINI MOZO.PTE FEMENINA EN ADULTEZ REMITIDA DEL PROGRAMD E SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. PARA MANEJO DEL ESTRES LABORAL , ANSIEDAD Y DEPRESION. LA PTE REFIERE PERISSTENCIA DE LOS SINTOMAS DE ESTRES LABORAL, DEPRESION Y ANSIEDAD, LA PTE REFIERE INSOMNIO, PENSAMIENTO SUICIDA DEBIDO A LA PRESION Y ACOSO LABORAL QUE RECIBE DEL COORDINADOR O RECTOR ENCARGADO. LA PTE REFIERE QUE DESESPERANZA YA QUE SU SALUD SE HA DESMEJORADO. LA PTE RECIBE APOYO Y AYUDA FAMILIAR, ALGUNAS VECES SU IRRITABILIDAD Y CAMBIOS D EHUMORLE TRAEN CONFLCITOS FAMILIAIRES. LA PTE NO EVOLUCIONA . SE BRINDA INSTRUCCION EN TECNICAS D ECONTROL EMCOIONAL: RELAJACION, CONTENCION Y REGULACION DEL PENSAMIENTO.DXS: F439, F319,G470,Y96X.. NO AISDO VALORADA POR PSIQUIATRIA ; PENDIENTE CITA CON PSIQUIATRIA. A LA ENTREVISTA LA DOCENTE SE PRESENTA CON IMPORTANTE ANSIEDAD, INSOMNIO, DESEO DE DSAPERECER ; ACUSA RECURREENCIA DE LATERACIONES RELACIONADAS CON SUS VOZ |                                     |                                           |                                       |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2022/04/15

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Condicion General | NO EXPLORA |
| Cabeza            | NO EXPLORA |
| Ojos              | NO EXPLORA |
| Oidos             | NO EXPLORA |
| Nariz             | NO EXPLORA |
| Orofaringe        | NO EXPLORA |
| Cuello            | NO EXPLORA |
| Dorso             | NO EXPLORA |
| Mamas             | NO EXPLORA |
| Cardiaco          | NO EXPLORA |
| Pulmonar          | NO EXPLORA |
| Abdomen           | NO EXPLORA |
| Genitales         | NO EXPLORA |
| Extremidades      | NO EXPLORA |
| Neurologicos      | NO EXPLORA |
| Piel              | NO EXPLORA |
| Otros             | NO EXPLORA |

## VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

|                                  |                                                                                 |                                                                 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnostico Principal</b>     | F439                                                                            | REACCION AL ESTRES GRAVE- NO ESPECIFICADA                       |
| <b>Diagnostico Relacionado 1</b> | F319                                                                            | TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR- NO ESPECIFICADO                     |
| <b>Diagnostico Relacionado2</b>  | G470                                                                            | TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS] |
| <b>Diagnostico Relacionado3</b>  | Y96X                                                                            | AFECCION RELACIONADA CON EL TRABAJO                             |
| <b>Tipo de Diagnostico</b>       | 3                                                                               | CONFIRMADO REPETIDO                                             |
| <b>Finalidad de la Consulta</b>  | 10                                                                              | NO APLICA                                                       |
| <b>Causa Externa</b>             | 13                                                                              | ENFERMEDAD GENERAL                                              |
| <b>Plan de Manejo</b>            | S7S:1. REMISION A PSIQUIATRIA/ REMSION A ORL/ CITA BAIERTA CON MEDICINA LABORAL |                                                                 |

## I.DATOS DEL PACIENTE

|                                              |                                   |                                                          |                          |                                   |                                                   |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Historia Clinica No</b><br>198065         | <b>Identificación</b><br>57141031 | <b>Apellido(s) y Nombre(s)</b><br>IRINA ISABEL PEREZ PAZ |                          |                                   | <b>Tipo De Vinculacion</b><br>COTIZANTE           |
| <b>Fecha de Nacimiento</b><br>1985/08/01     | <b>Lugar de Nacimiento</b>        | <b>Sexo</b><br>F                                         | <b>Edad</b><br>37 AÑO(S) | <b>Estado Civil</b><br>SOLTERO(A) | <b>Ocupacion</b>                                  |
| <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA |                                   | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 4102417                  |                          | <b>Ciudad</b><br>CIENAGA          | <b>Programa/Eps</b><br>OCGN - R6 MAGISTERIO MAGDA |

## I.DATOS DEL ACOMPAÑANTE Y RESPONSABLE

|                                                  |                                  |                                              |                                    |
|--------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nombre del Acompañante</b><br>SOLO            | <b>Parentesco</b><br>NINGUNO     | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |
| <b>Nombre del Responsable</b><br>IRINA PEREZ PAZ | <b>Parentesco</b><br>AFILIADO(A) | <b>Direccion</b><br>CALLE 8 NO 15-36 CIENAGA | <b>Telefono</b><br>3005260424 - 41 |

## II.DATOS DE LA CONSULTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                          |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>No Cita</b> 13976252                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Fecha de Atencion</b> 2022/06/17 | <b>Medico</b> ENZO FRANCISCO GIL COVILLA | <b>Especialidad</b> CIRUGIA GENERAL |
| <b>Motivo de la Consulta</b><br>HERNIA EPIGASTRICA Y DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES.<br><b>Enfermedad Actual</b><br><br>REFIERE QUE DESDE ANTES DE PANDEMIA SE LE DX: DISTASIS DE RECTOS ABDOMINALES Y HERNIA EPIGASTRICA. REFIERE QUERER CORREGIRSE TODO. SE EXPLICA QUE POR EL ABORDAJE EN LINEA MEDIA EPIGASTRICA LE QUEDARA CICATRIZ, POR LO QUE REFIERE SE LE REPARA INICIALMENTE HERNIA UMBILICAL. |                                     |                                          |                                     |

## II. ANTECEDENTES

|                            |                     |                             |
|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Alcohol             | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES TOXICOLOGICOS | Tabaco              | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM               |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Patologicos         | NIEGA HTA, DM,FIBROMIALGA   |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA                    |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA            |
| ANTECEDENTES PERSONALES    | Quirurgicos         | .CESAREA,CESAREA,CESAREAS , |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NEGADOS                     |
| ANTECEDENTES ALERGICOS     | Medicamentos        | NO REFIERE                  |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | Alteraciones de Voz | DISFONIA?                   |

## VII. ANTECEDENTES GNECO-OBSTETRICOS

Gravidex 2 Partos 0 Cesareas 1 Abortos: 0 Nacidos Vivos 1 Nacidos Muertos 0

Menarca 12 Años Menopausia 0 Años Ciclo Menstrual IRREGULAR Fecha Ultima Menstruacion 2022/04/15

Fecha Ultima Mamografia Resultado Mamografia

Fecha Ultima Citologia 2014/10/08 Resultado de la Citologia NEGATIVO

Fecha Ultimo Parto

Descripcion del resultado de la Citologia

Planificacion Previa SI Metodo de Planificacion que uso NINGUNO Tiempo de Uso 0 Mes(es)

## VII. PLANIFICACION FAMILIAR

Actividad Sexual NO Desea Planificar NO Metodo de Planificacion a Utilizar NINGUNO

### Efectos Presentados por el uso del Metodo

Amenorrea NO Cefalea-Mareo NO Dolor Pelvico NO Manchado NO Sangrado NO Dolor 1 NO Varices NO

## IV. REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMA

## V. EXAMEN FISICO

Tension Arterial: 0/0 Temperatura 37.00 Peso 72 Talla 157

Frecuencia Respiratoria 0 Frecuencia Cardiaca 0 Perimetro Abdominal 100

## VI. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE

|                   |                                                          |
|-------------------|----------------------------------------------------------|
| Condicion General | Buen aspecto general                                     |
| Cabeza            | Normocefalo, No hay deformidades                         |
| Ojos              | Pupilas isocoricas normoreactivas a la luz               |
| Oidos             | NO EXPLORA                                               |
| Nariz             | NO EXPLORA                                               |
| Orofaringe        | NO EXPLORA                                               |
| Cuello            | Simetrico. No hay lesiones                               |
| Dorso             | Simetrico, no hay deformidades.                          |
| Mamas             | De aspecto normal                                        |
| Cardiaco          | Ruidos cardiacos ritmicos, bien timbrados, no hay soplos |
| Pulmonar          | Claros bien ventilados, no hay ruidos agregados          |
| Abdomen           | HERNIA UMBILICAL Y DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES.      |
| Genitales         | De aspecto normal                                        |
| Extremidades      | Simetricas, no hay lesiones                              |
| Neurologicos      | Orientado, no hay deficit neurologico                    |
| Piel              | NO EXPLORA                                               |
| Otros             | NO EXPLORA                                               |



Señores

**JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA**

E.      S.      D.

**REFERENCIA:**      VERBAL  
**RADICADO:**      080014053005-2025-00296-00  
**DEMANDANTE:**      IRINA ISABEL PEREZ PAZ  
**DEMANDADOS:**      BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

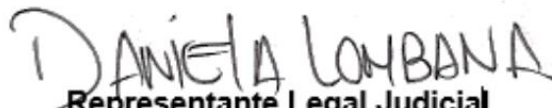
**DANIELA ALEJANDRA LOMBANA BURBANO**, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía número 1.032.460.379, en mi calidad de Representante Legal para asuntos judiciales de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, comedidamente manifiesto que en esa calidad confiero poder especial, amplio y suficiente al doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, abogado en ejercicio, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 de Bogotá y portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, con la siguiente dirección de correo electrónico inscrita en el Registro Nacional de Abogados [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co), como abogado principal, para que actuando en nombre de dicha sociedad la represente en el proceso de la referencia, se notifique del auto admisorio de la demanda y/o del llamamiento en garantía, del mandamiento de pago, los conteste, interponga recursos, descorra el traslado de los que interponga la parte actora o los demás convocados, proponga excepciones, solicite la práctica de las pruebas que se pretendan hacer valer dentro del proceso, y en general, para realice todas las actuaciones inherentes a su calidad.

Se confiere poder como apoderados suplentes con las mismas facultades del principal, a los abogados que se enuncian a continuación:

- Santiago Rojas Buitrago, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.015.429.338, portador de la tarjeta profesional No. 264.396 del C.S. de la J.
- Carlos Esteban Franco Zuluaga, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.093.222.031, portador de la tarjeta profesional No. 259.695 del C.S. de la J.
- Paola Andrea Astudillo Osorio, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.193.091.539, portadora de la tarjeta profesional No. 404.905 del C.S. de la J.
- Ángela María Valencia Arango, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.088.317.976, portadora de la tarjeta profesional No. 349.980 del C.S. de la J.
- Gustavo Andrés Fernández Calderón, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.000.379.508, portador de la tarjeta profesional No. 349.980 del C.S. de la J.

En consecuencia, mis apoderados quedan facultado para notificarse del presente proceso, así como de todas las providencias que se dicten en desarrollo del mismo, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, desistir, y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se les confiere para la defensa de la Aseguradora. Todos los apoderados, tanto el principal como los suplentes, recibirán notificaciones en la dirección electrónica [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Cordialmente,

  
**Representante Legal Judicial**  
**BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

Acepto,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**  
**C.C. 19.395.114**  
**T.P. 39.116.**  
[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Acepto,

**SANTIAGO ROJAS BUITRAGO**  
**C.C. 1.015.429.338**  
**T.P. 264.396**  
[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Acepto,

**CARLOS ESTEBAN FRANCO ZULUAGA**  
**C.C. 1.093.222.031**  
**T.P. 259.695**  
[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Acepto,

**PAOLA ANDREA ASTUDILLO OSORIO**  
**C.C. 1.193.091.539**  
**T.P. 404.905**  
[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Acepto,

**ÁNGELA MARÍA VALENCIA ARANGO**  
**C.C. 1.088.317.976**  
**T.P. 349.980**  
[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Acepto,

**GUSTAVO ANDRÉS FERNÁNDEZ**  
**CALDERÓN**  
**C.C. 1.000.379.508**  
**T.P. 349.980**  
[notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)





**Certificado Generado con el Pin No: 7526180586817604**

Generado el 16 de julio de 2025 a las 09:51:21

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD  
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

**EL SECRETARIO GENERAL**

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

**CERTIFICA**

**RAZÓN SOCIAL:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

**NIT:** 800240882-0

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 1317 del 31 de agosto de 1994 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPAÑIA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. "GANAVIDA"

Escritura Pública No 00900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por GANADERA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales LA GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

Escritura Pública No 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de Riesgos Profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Escritura Pública No 319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

Escritura Pública No 02059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría null de SIN DESCRIPCION. La sociedad es de nacionalidad Colombiana y tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, y en ella tendrá la sede de su administración social, pudiendo crear sucursales o agencias en otros lugares del país o en el exterior, previa autorización de su Junta Directiva.

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 2386 del 4 de noviembre de 1994

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** La Sociedad tendrá un Presidente y dos (2) suplentes quienes lo reemplazarán en las faltas absolutas, temporales y accidentales. El Presidente y sus suplentes serán elegidos por la Junta Directiva y podrán ser removidos en cualquier momento. El Presidente será el Representante Legal de la Compañía y tendrá a su cargo la dirección, la gestión y la administración de los negocios sociales con sujeción a la Ley y a estos estatutos. Así mismo, tendrán la representación legal de la Entidad los Directores de la Compañía y el Secretario General, si así expresamente lo dispone la Junta Directiva. Adicionalmente, la



**Certificado Generado con el Pin No: 7526180586817604**

Generado el 16 de julio de 2025 a las 09:51:21

## ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

Sociedad contará con representantes legales judiciales designados por la Junta Directiva, que representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado. FUNCIONES DEL PRESIDENTE. El Presidente de la Sociedad tendrá las siguientes funciones. 1. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. 2. Ejercer la representación legal de la Sociedad en todos los actos y negocios sociales. 3. Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. 4. Celebrar libremente los contratos y suscribir los títulos y documentos que se requieran para el desarrollo de la Sociedad de conformidad con lo previsto en la ley y en los Presentes Estatutos. 5. Velar por el adecuado manejo y utilización de los recursos y bienes de la Sociedad. 6. Nombrar y remover al personal necesario para desempeño de los cargos de acuerdo a las directrices imparta la Junta Directiva (sic). 7. Dirigir y coordinar el funcionamiento de la Compañía. 8. Mantener a la Junta Directiva permanentemente informada sobre la marcha de los negocios y suministrar los informes que le sean solicitados. 9. Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 10. Presentar a la Junta Directiva balances de prueba. 11. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de presupuesto anual de ingresos y egresos. 12. Presentar previamente a la Junta Directiva el Balance destinado a la Asamblea General, Junto con el Estado de Resultados y el proyecto de Distribuciones de Utilidades y demás anexos explicativos. 13. Rendir cuenta Justificada de su gestión al final de cada ejercicio Social. 14. Firmar los balances de la Sociedad y demás documentos contables con destino a la Superintendencia Financiera. 15. Delegar en sus subalternos las facultades que considere convenientes para el cumplimiento de los fines sociales, para los cual requerirá previo concepto favorable de la Junta Directiva. 16. La demás funciones que le correspondan como órgano directivo de la Sociedad por disposición legal, estatutaria (sic) o por designio de la Junta Directiva para el normal desarrollo social. (Escritura Pública 02059 del 10 de mayo de 2013 Notaria 32 de Bogotá)

Que ejercen la representación legal de la entidad y han sido registradas las siguientes personas:

| NOMBRE                                                                     | IDENTIFICACIÓN  | CARGO                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|
| Marco Alejandro Arenas Prada<br>Fecha de inicio del cargo: 24/08/2023      | CC - 93236799   | Presidente                                                  |
| Hernan Felipe Guzman Aldana<br>Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014       | CC - 93086122   | Primer Suplente del<br>Presidente                           |
| Maria Elena Torres Colmenares<br>Fecha de inicio del cargo: 11/01/2024     | CC - 52011890   | Segundo Suplente<br>del Presidente                          |
| Hernan Felipe Guzman Aldana<br>Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013       | CC - 93086122   | Secretario General                                          |
| Sergio Alejandro Cortes Gualdron<br>Fecha de inicio del cargo: 15/08/2024  | CC - 79981319   | Representante<br>Legal Suplente                             |
| Carlos Mario Garavito Colmenares<br>Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019  | CC - 80090447   | Representante<br>Legal Judicial                             |
| Daniela Alejandra Lombana Burbano<br>Fecha de inicio del cargo: 31/07/2024 | CC - 1032460379 | Representante<br>Legal Judicial                             |
| Maria Carolina Vanegas Pineda<br>Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016     | CC - 52416119   | Representante<br>Legal en Calidad de<br>Director de Riesgos |



# Superintendencia Financiera de Colombia

La validez de este documento puede verificarse en la página [www.superfinanciera.gov.co](http://www.superfinanciera.gov.co) con el número de PIN

**Certificado Generado con el Pin No: 7526180586817604**

Generado el 16 de julio de 2025 a las 09:51:21

## ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

| NOMBRE                                                       | IDENTIFICACIÓN | CARGO                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Mariana Gil Escobar<br>Fecha de inicio del cargo: 01/02/2024 | CC - 52862952  | Representante<br>Legal en calidad de<br>Director de<br>Operaciones e<br>Indemnizaciones |

**RAMOS:** Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud

Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Resolución S.B. No 456 del 10 de marzo de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 44 del 20 de enero de 1997 pensiones de jubilación. Circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias.

Resolución S.F.C. No 0557 del 25 de abril de 2007 ramo de exequias

Resolución S.F.C. No 1422 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para operar el ramo de Seguro de Salud, confirmada la decisión con resolución 0661 del 07 de mayo de 2012

Resolución S.F.C. No 1986 del 04 de noviembre de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de vida Colombia S.A. para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.

Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.

  
7526180586817604

**NASLY JENNIFER RUIZ GONZALEZ  
SECRETARIA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL  
REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:****NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A PUDIENDO  
UTILIZAR INDISTINTAMENTE PARA TODOS LOS EFECTOS  
LEGALES EL NOMBRE BBVA SEGUROS DE VIDA

Sigla: BBVA SEGUROS DE VIDA

Nit: 800240882 0

Domicilio principal: Bogotá D.C.

**MATRÍCULA**

Matrícula No. 00613651

Fecha de matrícula: 9 de septiembre de 1994

Último año renovado: 2025

Fecha de renovación: 26 de marzo de 2025

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: Cr 9 No. 72 21

Municipio: Bogotá D.C.

Correo electrónico: mariaelena.torres@bbva.com

Teléfono comercial 1: 2191100

Teléfono comercial 2: No reportó.

Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 9 No. 72 21

Municipio: Bogotá D.C.

Correo electrónico de notificación: judicialeseguros@bbva.com

Teléfono para notificación 1: 2191100

Teléfono para notificación 2: No reportó.

Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Administrativo.**REFORMAS ESPECIALES**

Por Escritura Pública No. 0900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de Santafé de Bogotá, inscrita el 30 de mayo de 1996 bajo el No. 539.670 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de COMPAÑIA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA por el de la GANADERA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales, la GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Por Escritura Pública No. 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de Santafé de Bogotá, inscrita el 17 de junio de 1999 bajo el No. 00684591 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de la GANADERA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales, la GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES., por el de BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Por Escritura Pública No. 04664 del 13 de julio de 2000 de la Notaría 29 de Santafé Bogotá D.C., inscrita el 14 de agosto de 2000 bajo el número 00740833 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES, por el de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A y podrá denominarse para la administración de riesgos PROFESIONALES BBVA SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES S.A.

Por Escritura Pública No. 0319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría veintinueve de Bogotá D.C., inscrita el 25 de enero de 2001 bajo el número 00761962 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales BBVA SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES S.A., por el de: BBVA SEGUROS

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Por Escritura Pública No. 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría veintinueve de Bogotá D.C., inscrita el 11 de abril de 2002 bajo el número 822050 del libro IX, la sociedad cambio su nombre de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por el de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Por Escritura Pública No.1764 de la Notaría 45 de Bogotá D.C., del 01 de abril de 2004, inscrita el 05 de abril de 2004 bajo el número 928179 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A y podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A, por el de: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA.

**ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE**

Mediante Oficio No. 2171 del 6 de diciembre de 2016, inscrito el 15 de diciembre de 2016 bajo el No. 00157956 del libro VIII, el Juzgado Civil del Circuito de Dosquebradas Risaralda, comunico que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual de Johan Hernando Perez Mejia y otra contra BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1055 del 19 de septiembre de 2018, inscrito el 1 de octubre de 2018 bajo el No. 00171477 del libro VIII, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Espinal (Tolima), comunicó que en el proceso verbal No. 2018-00065-00 de Angela Marcela Cardenas Rojas contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., y BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTARIA COLOMBIA-BBVA COLOMBIA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 1468 del 31 de octubre de 2018, inscrito el 16 de Mayo de 2019 bajo el No. 00176338 del libro VIII, el Juzgado 1 Promiscuo Municipal de El Banco (Magdalena), comunicó que en el proceso verbal sumario de responsabilidad civil contractual No. 47-245-40-89-001-2018-133-00, de: Regina Asilant de Mendes, contra:

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0118 del 1 de abril de 2022, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), inscrito el 25 de Abril de 2022 con el No. 00197035 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Responsabilidad Civil Extracontractual No. 73001-31-03-001-2022-00051-00 de Flor Alba Calderón Moreno C.C. 28718655, Fabián Mauricio Suárez Calderón C.C. 93136730, Juan José Suárez Calderón C.C. 1234646, Julián Francisco Suárez Calderón C.C. 1105672849, Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT 800240882-0, BANCO BBVA COLOMBIA S.A. NIT 860003020-1.

Mediante Oficio No. 0603-22 del 18 de abril de 2022, el Juzgado 54 Civil Municipal de Bogotá D.C., inscrito el 19 de Mayo de 2022 con el No. 00197439 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal No. 11001400305420210000800 de Diego Alfonso Reyes Murcia C.C. 93298680 - sucesor de la deudora y asegurada: Esperanza Murcia Finilla (Q.E.P.D) C.C. 28815958 contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT 800240882-0.

Mediante Oficio No. 0308 del 18 de julio de 2022, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), inscrito el 23 de Agosto de 2022 con el No. 00199141 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso de Responsabilidad Civil Extracontractual No. 73001-31-03-001-2022-00051-00 de Flor Alba Calderón Moreno C.C. 28.718.655, Fabian Mauricio Suárez Calderón C.C. 93.136.730, Juan José Suárez Calderón C.C. 1.234.646.259, Julián Francisco Suárez Calderón C.C. 1.105.672.849 Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0, BANCO BBVA COLOMBIA S.A. NIT. 860.003.020-1.

Mediante Oficio No. 649 del 24 de junio de 2022, el Juzgado Dieciocho Civil Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 30 de Agosto de 2022 con el No. 00199297 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil contractual No. 760013103018-2022-00110-00 de Carolina Cardenas Jaramillo C.C. 31.713.150 y Elizabeth Cardenas Jaramillo C.c. 38.556.016, Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
NIT 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 1279 del 13 de septiembre de 2022 el Juzgado 3 Civil Del Circuito De Bucaramanga (Santander), inscrito el 23 de Septiembre de 2022 con el No. 00200273 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal responsabilidad civil No. 680013103003-2022-00045-00 de Gloria Marin C.C 37.923.080, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A NIT. 800.240882-0, BANCO BBVA DE COLOMBIA NIT. 860.003020-1, SEGUROS BBVA COLOMBIA S.A NIT. 800.226.098-4.

Mediante Auto del 02 de agosto 2022, el Juzgado 3 Civil Municipal de Cúcuta (Norte Santander), inscrito el 26 de Septiembre de 2022 con el No. 00200316 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso Verbal Sumario Responsabilidad Civil Contractual No. 540014003003-2022-00209-00 de Ana Amalia Rincon Florez, contra de BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA S.A. NIT. 860.003.020-1 BBVA COLOMBIA SUCURSAL CÚCUTA y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 975 del 12 de octubre de 2022, el Juzgado 18 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 21 de Noviembre de 2022 con el No. 00201384 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual No. 760013103018-2022-00110-00 de Carolina Cárdenas Jaramillo C.C. 31.713.150 Elizabeth Cárdenas Jaramillo C.C. 38.556.016, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A NIT. 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 3266/113001-40-03-012-2022-00520-00 del 14 de diciembre de 2022 el Juzgado 12 Civil Municipal Del Distrito Judicial de Cartagena de Indias (Bolívar), inscrito el 23 de Enero de 2023 con el No. 00202667 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal sumario No. 113001-40-03-012-2022-00520-00 de Lilia Bertha Padilla Correa C.C. 45.446.193, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 1287 del 30 de junio de 2023, el Juzgado 6 Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), inscrito el 29 de Agosto de 2023 con el No. 00208973 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
responsabilidad civil contractual No. 73-001-31-03-006-2023-00017-00 de Jenny Figueroa Duarte CC. 41.746.156, Diana Jimena Gonzalez Figueroa CC. 65.634.673, Luis Enrique Gonzalez Figueroa CC. 1.110.511.898, Contra: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A PUDIENDO UTILIZAR INDISTINTAMENTE PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL NOMBRE BBVA SEGUROS DE VIDA NIT 8002408820.

Mediante Oficio No. 1214 del 02 de octubre de 2023, el Juzgado 19 Civil del Circuito de Cali (Valle del Cauca), inscrito el 12 de Octubre de 2023 con el No. 00211406 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso verbal de responsabilidad civil contractual No. 760013103019-2023-00196-00 de Carolina Bolaños Baeza C.C. 29.181.285, contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0.

Mediante Auto del 8 de mayo de 2024, el Juzgado 1 Civil Municipal de Santa Marta (Magdalena), inscrito el 15 de Mayo de 2024 con el No. 00222237 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso responsabilidad civil No. 2024.00401 de Gloria Elsy Montes Garcia en representación del menor Cristian Alfonso Sarmiento Montes, Contra: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT. 860.524.654-6 y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A PUDIENDO UTILIZAR INDISTINTAMENTE PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL NOMBRE BBVA SEGUROS DE VIDA NIT. 800.240.882-0.

Mediante Oficio No. 0297 del 07 de mayo de 2025 proferido por el Juzgado 48 Civil del Circuito de Bogotá D.C., inscrito el 23 de Mayo de 2025 bajo el No. 00234797 del libro VIII, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia, dentro del proceso declarativo 11001310304820210062000 de Carlos Felipe Ortégón Pulido CC. 79.953.215, Juanita Andrea Ortégón Pulido CC. 35.254.986 y CAPITAL J&F S.A.S. NIT. 901.420.194-0. Contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. NIT. 800.240.882-0 y BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. NIT. 860.003.020-1

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 31 de diciembre de 2091.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

**OBJETO SOCIAL**

El objeto social de la sociedad consiste en la celebración de contrato de seguros de vida, accidentes, incapacidad, enfermedad, renta vitalicia, pensión, de jubilación y vejez y otros que según la ley pueda celebrar, ya sea en forma individual o colectiva asumiendo como aseguradora o reaseguradora los riesgos que de acuerdo con la ley colombiana o de país extranjero donde estableciere sus negocios puedan ser objeto de dichas conveniencias y convenciones, dentro del giro del negocio de seguros la compañía podrá ejecutar válidamente los actos o contratos tendientes a la cumplida realización de su objeto social, a la inversión y administración de su capital y reservas en concordancia con las prescripciones legales. La sociedad podrá celebrar y ejecutar toda clase de contratos de seguros, coaseguros, reaseguros, retrocesiones seguros previsionales y otros contratos de seguros que permita la legislación nacional a fin de cubrir los riesgos y pérdidas patrimoniales y personales de las personas como consecuencia de las situaciones antes anotadas dentro y fuera del país. Para el logro de su objeto social podrá efectuar la adquisición de los activos necesarios para el giro ordinario de sus negocios y la enajenación de los bienes; la creación de establecimientos de comercio y la prenda, arrendamiento, administración y demás operaciones análogas relacionadas con los mismos; en desarrollo de su objeto social la sociedad podrá recibir dinero en mutuo a interés con garantía o sin ella; así como el giro, otorgamiento aceptación, garantía o negociación de títulos valores. Se entenderán incluidos en el objeto social los actos directamente relacionados con el mismo así como los que tengan por finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legales o contractuales derivados de la existencia y actividad de la compañía. En todo caso, la sociedad podrá realizar todas las operaciones que permita la ley a las compañías de seguros de vida.

**CAPITAL****\* CAPITAL AUTORIZADO \***

Valor : \$54.000.000.000,00

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
No. de acciones : 283.102.242,27  
Valor nominal : \$190,74

**\* CAPITAL SUSCRITO \***

Valor : \$18.937.417.107,28  
No. de acciones : 99.281.949,00  
Valor nominal : \$190,74

**\* CAPITAL PAGADO \***

Valor : \$18.937.417.107,28  
No. de acciones : 99.281.949,00  
Valor nominal : \$190,74

**NOMBRAMIENTOS****ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN****JUNTA DIRECTIVA****PRINCIPALES**

| CARGO           | NOMBRE                         | IDENTIFICACIÓN     |
|-----------------|--------------------------------|--------------------|
| Primer Renglon  | Jorge Matuk Chijner            | P.P. No. AAG481121 |
| Segundo Renglon | Andres Carrandi<br>Esmenjaud   | P.P. No. C35062134 |
| Tercer Renglon  | Cristina Querejeta Soto        | P.P. No. AA513521  |
| Cuarto Renglon  | Myriam Cala Leon               | C.C. No. 63302203  |
| Quinto Renglon  | Hernan Felipe Guzman<br>Aldana | C.C. No. 93086122  |

**SUPLENTE**

| CARGO           | NOMBRE                              | IDENTIFICACIÓN    |
|-----------------|-------------------------------------|-------------------|
| Primer Renglon  | Jose Alejandro Dueñas<br>Betancourt | C.C. No. 80133538 |
| Segundo Renglon | Julian Andres<br>Hernandez Pacheco  | C.C. No. 80196911 |
| Tercer Renglon  | Monica Osorno Chaparro              | C.C. No. 29116738 |
| Cuarto Renglon  | Monica Zamudio Medina               | C.C. No. 53070221 |

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Quinto Renglon      Carlos Mario Garavito      C.C. No. 80090447  
Colmenares

Por Acta No. 40 del 15 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de agosto de 2022 con el No. 02870027 del Libro IX, se designó a:

**PRINCIPALES**

| CARGO           | NOMBRE                       | IDENTIFICACIÓN     |
|-----------------|------------------------------|--------------------|
| Primer Renglon  | Jorge Matuk Chijner          | P.P. No. AAG481121 |
| Segundo Renglon | Andres Carrandi<br>Esmenjaud | P.P. No. C35062134 |
| Tercer Renglon  | Cristina Querejeta Soto      | P.P. No. AA513521  |
| Cuarto Renglon  | Myriam Cala Leon             | C.C. No. 63302203  |

**SUPLENTE**

| CARGO           | NOMBRE                              | IDENTIFICACIÓN    |
|-----------------|-------------------------------------|-------------------|
| Primer Renglon  | Jose Alejandro Dueñas<br>Betancourt | C.C. No. 80133538 |
| Segundo Renglon | Julian Andres<br>Hernandez Pacheco  | C.C. No. 80196911 |
| Tercer Renglon  | Monica Osorno Chaparro              | C.C. No. 29116738 |

Por Acta No. 41 del 31 de marzo de 2023, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 2 de agosto de 2023 con el No. 03003422 del Libro IX, se designó a:

**PRINCIPALES**

| CARGO          | NOMBRE                         | IDENTIFICACIÓN    |
|----------------|--------------------------------|-------------------|
| Quinto Renglon | Hernan Felipe Guzman<br>Aldana | C.C. No. 93086122 |

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**SUPLENTE**

| CARGO          | NOMBRE                           | IDENTIFICACIÓN    |
|----------------|----------------------------------|-------------------|
| Cuarto Renglon | Monica Zamudio Medina            | C.C. No. 53070221 |
| Quinto Renglon | Carlos Mario Garavito Colmenares | C.C. No. 80090447 |

**REVISORES FISCALES**

Por Acta No. 40 del 15 de marzo de 2022, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de mayo de 2022 con el No. 02839143 del Libro IX, se designó a:

| CARGO                                 | NOMBRE                       | IDENTIFICACIÓN         |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Revisor Fiscal<br>Persona<br>Juridica | ERNST & YOUNG AUDIT<br>S.A.S | N.I.T. No. 860008890 5 |

Por Documento Privado del 10 de mayo de 2022, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de junio de 2022 con el No. 02847713 del Libro IX, se designó a:

| CARGO                       | NOMBRE                       | IDENTIFICACIÓN                           |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------------|
| Revisor Fiscal<br>Principal | Mayra Alejandra Cortes Casas | C.C. No. 1018462243 T.P.<br>No. 231902-T |

Por Documento Privado del 25 de octubre de 2023, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de febrero de 2024 con el No. 03062500 del Libro IX, se designó a:

| CARGO                      | NOMBRE                      | IDENTIFICACIÓN                         |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
| Revisor Fiscal<br>Suplente | Jorge Andres Rodriguez Pozo | C.C. No. 79884672 T.P.<br>No. 108251-T |

**PODERES**

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Por Escritura Pública No. 3753 del 31 de agosto de 2022, otorgada en la Notaría 21 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 28 de Septiembre de 2022, con el No. 00048284 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Alba Clemencia García Pinto, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.267.690, para que: A) Represente a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A Y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., y se comprometa en nombre de las mismas ante las diferentes entidades u organismos vinculados o adscritos a la rama judicial, cualquiera que sea su denominación a nivel de la República de Colombia, cuando sea requerida para efectos de asistir a diligencias de conciliación, interrogatorio de parte, ratificación de denuncias y demás diligencias judiciales o administrativas, cualquiera que sea su denominación en materia civil, comercial, administrativa, laboral y penal dentro de toda clase de procesos que se diriman en estas áreas del derecho. La apoderada queda expresamente facultada para actuar conjunta o separadamente ante cualquier corporación, entidad, funcionario o empleado de la rama ejecutiva y sus organismos vinculados o adscritos; de la rama judicial y de la rama legislativa del poder público; en cualquier petición, requerimiento u oficio, actuación, diligencia o proceso, así como para desistir, renunciar a términos, conciliar, confesar, transigir, recibir, disponer, presentar recursos, aportar pruebas y todas aquellas medidas encaminadas a hacer valer los derechos de las sociedades que representa. B) Se autoriza expresamente a la doctora Alba Clemencia García Pinto, para que cuando se presenten citaciones a diligencias simultaneas en diferentes despachos y no sea posible cumplirlas, la sustituya a otro abogado para que vele por nuestros derechos y cumpla con las obligaciones judiciales en forma oportuna y eficaz con el fin de dar celeridad a las actuaciones judiciales donde seamos requeridos. C) En general para que asuma la personería del poderdante cuando se estime conveniente y necesario previa autorización del mismo, de tal modo que en ningún caso quede sin representación a los diferentes despachos judiciales, administrativos y centros de conciliación y/o arbitraje.

Por Escritura Pública No. 1997 del 10 de julio de 2024, otorgada en la Notaría 21 de Bogotá D.C., registrada en esta Cámara de Comercio el 16 de Julio de 2024, con el No. 00052789 del libro V, la persona jurídica confirió poder general, amplio y suficiente a Claudia Marcela Mosos Lozano, identificado con la cédula de ciudadanía No. 52.024.002, con tarjeta profesional No 79.504 para que pueda hacerse parte dentro de los diferentes procesos y trámites judiciales y

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
administrativos y conciliaciones, cuando se requiera su asistencia como representante legal con el fin de velar por los derechos y cumplir con las obligaciones, para que: A) Represente a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. con sigla BBVA SEGUROS y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. con sigla BBVA SEGUROS DE VIDA y se comprometa en nombre de las mismas ante las diferentes entidades u organismos vinculados o adscritos a la rama judicial, cualquiera que sea su denominación a nivel de la República de Colombia, cuando sea requerida para efectos de asistir a diligencias de conciliación, interrogatorio de parte, ratificación de denuncias y demás diligencias judiciales o administrativas, cualquiera que sea su denominación en materia civil, comercial, administrativa, laboral y penal dentro de toda clase de procesos que se diriman en estas áreas del derecho. La apoderada queda expresamente facultada para actuar conjunta o separadamente ante cualquier corporación, entidad, funcionario o empleado de la rama ejecutiva y sus organismos vinculados o adscritos; de la rama judicial y de la rama legislativa del poder público, en cualquier petición, requerimiento u oficio, actuación, diligencia o proceso, así como para desistir, renunciar a términos, conciliar, confesar, transigir, recibir, disponer, presentar recursos, aportar pruebas y todas aquellas medidas encaminadas a hacer valer los derechos de las sociedades que representa. B) Se autoriza expresamente a la doctora CLAUDIA MARCELA MOSOS LOZANO, para que cuando se presenten citaciones a diligencias simultaneas en diferentes despachos y no sea posible cumplirlas, la sustituya a otro abogado para que vele por nuestros derechos y cumpla con las obligaciones judiciales en forma oportuna y eficaz con el fin de dar celeridad a las actuaciones judiciales donde seamos requeridos. C) En general para que asuma la personería del poderdante cuando se estime conveniente y necesario previa autorización del mismo, de tal modo que en ningún caso quede sin representación ante los diferentes despachos judiciales, administrativos y centros de conciliación y/o arbitraje.

**REFORMAS DE ESTATUTOS****ESTATUTOS:**

| ESCRITURAS NO. | FECHA      | NOTARIA       | INSCRIPCION          |
|----------------|------------|---------------|----------------------|
| 0900           | 17-V--1996 | 47 STAFE BTA. | 30-V--1996 NO.539670 |
| 1699           | 15-IV-1997 | 55 STAFE BTA. | 8-V--1997 NO.584008  |

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

| DOCUMENTO                                                                     | INSCRIPCIÓN                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| E. P. No. 0009599 del 4 de septiembre de 1998 de la Notaría 29 de Bogotá D.C. | 00648576 del 9 de septiembre de 1998 del Libro IX  |
| E. P. No. 0011116 del 8 de octubre de 1998 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.    | 00653368 del 16 de octubre de 1998 del Libro IX    |
| E. P. No. 0004032 del 9 de junio de 1999 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.      | 00684591 del 17 de junio de 1999 del Libro IX      |
| E. P. No. 0004664 del 13 de julio de 2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.     | 00740833 del 14 de agosto de 2000 del Libro IX     |
| E. P. No. 0000319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.     | 00761962 del 25 de enero de 2001 del Libro IX      |
| E. P. No. 0003025 del 27 de abril de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.     | 00780984 del 11 de junio de 2001 del Libro IX      |
| E. P. No. 0004091 del 6 de junio de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.      | 00780775 del 8 de junio de 2001 del Libro IX       |
| E. P. No. 0004091 del 6 de junio de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.      | 00784890 del 9 de julio de 2001 del Libro IX       |
| Cert. Cap. del 5 de septiembre de 2001 de la Revisor Fiscal                   | 00794018 del 13 de septiembre de 2001 del Libro IX |
| E. P. No. 0002665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.     | 00822050 del 11 de abril de 2002 del Libro IX      |
| E. P. No. 0002665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.     | 00822109 del 11 de abril de 2002 del Libro IX      |
| E. P. No. 0003267 del 12 de junio de 2003 de la Notaría 20 de Bogotá D.C.     | 00886967 del 3 de julio de 2003 del Libro IX       |
| E. P. No. 0001764 del 1 de abril de 2004 de la Notaría 45 de Bogotá D.C.      | 00928179 del 5 de abril de 2004 del Libro IX       |
| E. P. No. 0002343 del 18 de abril                                             | 01211609 del 7 de mayo de 2008                     |



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificados/electronicos](http://www.ccb.org.co/certificados/electronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
de 2008 de la Notaría 45 de Bogotá del Libro IX  
D.C.  
E. P. No. 6204 del 9 de octubre de 01680023 del 9 de noviembre de  
2012 de la Notaría 32 de Bogotá 2012 del Libro IX  
D.C.  
E. P. No. 2059 del 10 de mayo de 01730575 del 15 de mayo de  
2013 de la Notaría 32 de Bogotá 2013 del Libro IX  
D.C.  
E. P. No. 0985 del 3 de mayo de 03122296 del 27 de mayo de  
2024 de la Notaría 21 de Bogotá 2024 del Libro IX  
D.C.

**SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL**

Por Documento Privado del 1 de febrero de 2010 de Representante Legal, inscrito el 11 de febrero de 2010 bajo el número 01361360 del libro IX, se comunicó que se ha configurado una situación de control por parte de la sociedad matriz: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A PUDIENDO UTILIZAR INDISTINTAMENTE PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES EL NOMBRE BBVA SEGUROS DE VIDA, respecto de las siguientes sociedades subordinadas:

- COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS FINANCIEROS S.A.S

Domicilio: Bogotá D.C.

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

Certifica:

Por Documento Privado No. 0000001 del 19 de julio de 2005 de Representante Legal, inscrito el 27 de julio de 2005 bajo el número 01003274 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

- BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA S A

Presupuesto: No reportó

Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

**\*\*Aclaración Situación de Control\*\***

Se aclara la Situación de Control inscrita con el número de registro 1361360 del libro IX, en que la sociedad de la referencia matriz comunica que ejerce Situación de Control sobre la sociedad COMERCIALIZADORA DE SERVICIOS FINANCIEROS S.A subordinada, en el sentido de indicar que esta se configuro desde el 09 de diciembre de 2009.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU: 6512

**ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO**

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

|                      |                                                                                                           |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre:              | BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S A Y<br>PODRA USAR INDISTINTAMENTE LA<br>DENOMINACION BBVA SEGUROS DE VIDA |
| Matrícula No.:       | 00744622                                                                                                  |
| Fecha de matrícula:  | 30 de octubre de 1996                                                                                     |
| Último año renovado: | 2025                                                                                                      |
| Categoría:           | Sucursal                                                                                                  |
| Dirección:           | Carrera 9 N 72-21 Piso 8                                                                                  |
| Municipio:           | Bogotá D.C.                                                                                               |

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN [WWW.RUES.ORG.CO](http://WWW.RUES.ORG.CO).

**TAMAÑO EMPRESARIAL**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 1.078.284.590.226

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6512

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 22 de abril de 2021. Fecha de envío de información a Planeación : 23 de mayo de 2025. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

**Fecha Expedición: 16 de julio de 2025 Hora: 09:47:09**

Recibo No. AB25175062

Valor: \$ 11,600

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2517506282499**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Recuerde ingresar a [www.supersociedades.gov.co](http://www.supersociedades.gov.co) para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

\*\*\*\*\*  
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

\*\*\*\*\*  
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

\*\*\*\*\*  
Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



MARIO FERNANDO AVILA CRISTANCHO