



Hospital San Rafael de Fusagasugá

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

8 FEB 2020



Pover  
10-19 am

Doctora

**GLORIA LETICIA URREGO MEDINA**

**JUEZ TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE GIRARDOT.**

Ciudad.-

**NATURALEZA:** ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA  
**RADICACION:** 253073333003-2019-00200-00  
**DEMANDANTE:** INES RODRIGUEZ CARDENAS  
**DEMANDADA:** E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

**ASUNTO:** CONTESTACION DE LA DEMANDA

**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**, mayor de edad, vecina y domiciliada en la ciudad de Fusagasugá, Abogada Titulada y en Ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 39'628.135 expedida en Fusagasugá y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada número 165.334 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de Apoderada Judicial de la Empresa Social del Estado HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, de conformidad con el Poder que adjunto al presente escrito, por medio del presente escrito me permito dar **contestación a la demanda** de la referencia, la cual fue admitida mediante Auto emanado de su Despacho, fechado el 19 de septiembre de 2019 y debidamente notificada en correo electrónico dirigido a nuestra entidad el día 22 de noviembre del año 2019, en los siguientes términos:

#### EN CUANTO A LOS HECHOS

**AL HECHO PRIMERO:** No nos consta, teniendo en cuenta que no se indica cual es la fecha y hora para la cual la accionante asiste al servicio de salud en la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL de Fusagasugá.

**AL HECHO SEGUNDO:** Es cierto. La usuaria hoy demandante, es valorada por el galeno especialista en oftalmología, en la fecha descrita, por motivo de consulta "disminución de visión" quien describe valoración previa por optometría el día 15 de marzo, al examen físico agudeza visual de lejos ojo derecho 20/70 ojo izquierdo 20/80, fundoscopia, en ambos ojos disco bordes bien definidos, macula con disminución de brillo, corodiosis, conceptúa catarata en ambos ojos, mayor en ojo izquierdo **por lo que se da orden de biometría de ambos ojos**, control con resultados para considerar procedimiento terapéutico para cataratas, consistente en facoemulsificación mas lente intraocular en ojo izquierdo.

**AL HECHO TERCERO:** Es parcialmente cierto, y ha de ser objeto de prueba en su debido momento procesal.

Es cierto, la usuaria ingresa a la consulta médica especializada y electiva por el servicio de oftalmología el día 1 de marzo de 2017, en donde se conceptúa como diagnósticos hipermetropía más trastorno del ojo tipo catarata, conceptuando manejo terapéutico tipo extracción de catarata más iridectomía en ojo izquierdo, previa valoración por la especialidad en anestesiología con exámenes pre quirúrgicos, valoración que se

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 154



79

ejecutó el día 4 de abril del año 2019, en donde se documentan exámenes paraclínicos dentro de los parámetros normales, por lo que el concepto medico por parte de anestesiología, fue paciente con riesgo anestésico menor, tipo ASA I, por lo que se programa para procedimiento quirúrgico **bajo anestesia LOCAL**, indicando dieta líquida hasta las 6 am del día del procedimiento.

NO ES CIERTO, que se solicitara Biometría Bilateral, puesto que este paraclínico, se había solicitado en la consulta anterior y para la consulta del día 1 de marzo de 2017, la accionante ingresa con este resultado, el cual se transcribe e interpreta por parte del médico especialista en oftalmología.

**AL HECHO CUARTO:** Es cierto. Así se desprende de la documental.

**AL HECHO QUINTO:** Es cierto.

**AL HECHO SEXTO:** Es parcialmente cierto, y ha de ser objeto de prueba en su debido momento procesal.

Es cierto, que se realiza procedimiento denominado EXTRACCION DE CATARATA POR FACOEMULSION mas IRIDECTOMIA OJO IZQUIERDO, el cual se ejecutó bajo anestesia local, tal como se había indicado previamente en la consulta pre anestésica, también es cierto que dicho procedimiento fue realizado por el doctor Manuel Fernando Jiménez, médico especialista en oftalmología, así mismo es cierto que el profesional encargado de la instrumentación quirúrgica fue Luz Mireya Parra Roballo.

NO ES CIERTO que Sandra Alvarado actuará como médico, puesto que se trata del talento humano encargado de la circulación de todos los insumos requeridos para cada uno de los procedimientos ejecutados.

**AL HECHO SEPTIMO:** No nos consta, este hecho deberá ser probado.

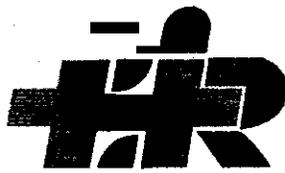
**AL HECHO OCTAVO:** No nos consta, este hecho deberá ser probado.

**AL HECHO NOVENO:** No es un hecho, es una manifestación de la profesional del derecho, que deberá ser probada.

**AL HECHO DECIMO:** Es cierto. La accionante asiste a consulta médica por urgencias el día 22 de mayo de 2017, refiriendo la presencia de dolor de cabeza y relatando un cuadro de caída desde su propia altura ocurrido en el posoperatorio de faquectomía, Deja de un lado la profesional del derecho, que durante esta consulta se ingresa a la paciente para toma de imagen diagnostica, tipo TAC (tomografía axial computarizada) de cráneo simple, en la cual no existe evidencia de lesiones y se describe bajo los parámetros de la normalidad, así mismo el medico facultativo del servicio de urgencias describe dentro de su análisis de egreso. "...descarto lesión central traumática...".

También es cierto, que la accionante asiste a la consulta médica electiva por la especialidad en oftalmología, el día 24 de mayo del año 2017, en donde se relata cuadro de disminución de la visión; pero igualmente olvida la parte actora de describir los hallazgos clínicos durante la consulta, con evidencia de pseudofaquia en ojo izquierdo, signo característico de los pacientes en posoperatorio descrito,

79



adicionalmente se evidencia opacidad de la capsula posterior en el mismo ojo, esto último descrito en la literatura científica como una de las principales complicaciones inherentes al tratamiento quirúrgico de corrección de cataratas, por lo que se conceptúa como manejo fotocoagulación con yag laser (capsulotomía, iridectomía ruptura de bandas).

**AL HECHO DECIMO PRIMERO:** Es cierto. La accionante firma consentimiento informado, realizando procedimiento consistente en CAPSULOTOMIA YAG LASER en ojo izquierdo, el día 27 de julio de 2017, registrando dentro de la historia clínica "... SE TERMINA EL PROCEDIMIENTO CON EXITO, SIN COMPLICACIONES Y SE EXPLICAN FACTORES DE RIESGO Y/O ALARMA PARA TENER EN CUENTA EN EL POSTOPERATORIO..."

**AL HECHO DECIMO SEGUNDO:** Es cierto.

**AL HECHO DECIMO TERCERO:** No es cierto. Lo manifestado por la parte actora, en cuanto a que la accionante "no presentara evolución positiva", es de indicar que la evolución de un tratamiento o cirugía, como en el caso que nos ocupa, depende igualmente, de la usuaria de los cuidados en casa, teniendo en cuenta que es una cirugía ambulatoria.

En lo referente a " un diagnóstico claro ", basta con hacer una lectura breve a la historia clínica de la consulta médica electiva por especialidad en oftalmología, la usuaria siempre se le indicó el diagnóstico, de acuerdo a la patología, que presentaba en cada atención brindada por la entidad que presento.

**AL HECHO DECIMO CUARTO:** No es cierto. Como lo propone la demandante.

A la usuaria siempre se le brindo la atención que requería y de acuerdo a la patología que presentaba, por el contrario los galenos siempre actuaron de acuerdo a la lex Artis; teniendo en cuenta lo descrito en los hechos anteriores, donde se verifican conceptos, solicitudes y procedimientos, además control posoperatorio con adecuada evolución, y ultima solicitud de valoración por optometría de la cual no existe soporte.

**AL HECHO DECIMO QUINTO:** Es cierto.

**AL HECHO DECIMO SEXTO:** No, nos consta lo acontecido con la paciente con la EPS.

**AL HECHO DECIMO SEPTIMO:** No, nos consta lo acontecido con la paciente en otros centros Hospitalarios.

**AL HECHO DECIMO OCTAVO:** No, nos consta lo acontecido con la paciente en otros centros Hospitalarios.

**AL HECHO DECIMO NOVENO:** La Abogado plantea opiniones y temerariamente propone elementos de responsabilidad profesional e institucional de salud inexistentes



en la atención que le fue brindada a la Usuaría y que ha de ser objeto de prueba en su debido momento procesal.

**AL HECHO VEINTE:** No, nos consta es un hecho que deberá ser probado.

**AL HECHO VEINTIUNO:** No, nos consta es un hecho que deberá ser probado.

**AL HECHO VEINTIDOS:** No, nos consta es un hecho que deberá ser probado.

**AL HECHO VEINTITRES:** Es Cierto, así se desprende de la certificación expedida por la Procuraduría.

**AL HECHO VEINTICUATRO:** Es cierto.

### **EN CUANTO A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS**

Manifiesto al Despacho que me opongo a todas y cada una de las pretensiones principales y consecuenciales solicitadas por la demandante, por encontrarlas infundadas en Derecho, tal y como se señalará a continuación, desvirtuando de tajo cualquier violación a las normas invocadas por la parte actora, las cuales son la base de sus pretensiones.

De igual manera, solicito a la señora Juez, se condene a la demandante INES RODRIGUEZ CARDENAS, a pagar las costas y gastos del proceso así como las agencias en derecho, que se lleguen a causar.

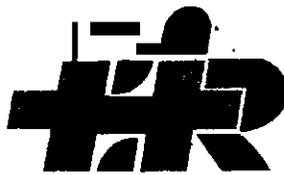
### **III. EXCEPCIONES PROPUESTAS**

Con el fin de aniquilar las pretensiones de la demanda sub-examen, para que éstas sean despachadas desfavorablemente para su proponente, me permito formular como excepciones de mérito las siguientes:

#### **FALTA DE LEGITIMACION EN LA CAUSA POR PASIVA.**

En el caso presente y tal como lo hemos venido mencionando al hacer referencia a los HECHOS de la demanda, se tiene que la Apoderada de la accionante interpreta parcialmente los informes y prescripciones médicas consignadas en la historia clínica, para invocar las pretensiones contenidas en la demanda, a las cuales, como lo he dicho, me opongo.

A la E.S.E., Hospital San Rafael de Fusagasugá, no le asiste la obligación de indemnizar a los accionantes, ya que no hubo omisión, ni falta de oportunidad en la atención médica prestada, ni ninguna otra circunstancia que pudiese dar origen a ello; por el contrario cuando la paciente ingresó para su valoración por el servicio de oftalmología del Hospital se le prestaron todos los cuidados, se le practicaron los exámenes que se consideraron pertinentes por el personal médico tratante, de acuerdo a la patología que presentaba, todo lo cual, reposa en la historia clínica correspondiente, atención ésta brindada dentro de las posibilidades que corresponden a una Institución de Segundo Nivel de complejidad como la nuestra. Tal y como se dijo en el acápite de HECHOS DE LA DEMANDA, el personal administrativo y médico de nuestra Institución



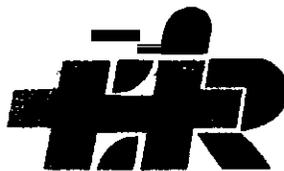
procedió a adelantar todas las actividades y labores tendientes para realizar los procedimientos que la señora INES RODRIGUEZ CARDENAS, requería **aclarando que el especialista aplica sus conocimientos en cada paciente de conformidad con las practicas o guías medicas para cada patología**, en el caso que nos ocupa el facultativo de oftalmología, procedió a oscultar, describiendo en la historia clínica la patología que presentaba, ordenado exámenes, formulando lente intraocular en ojo izquierdo, y consulta nuevamente.

Con lo hasta aquí expuesto, se demuestra que no es posible atribuir responsabilidad a mi poderdante por la pérdida de la visión del ojo izquierdo a la señora INES RODRIGUEZ CARDENAS, toda vez, que a la misma se le brindo la atención requerida de acuerdo al nivel II que tienen nuestro centro hospitalario, y el galeno en oftalmología le practico los exámenes, y diagnóstico de acuerdo a la patología que presentaba, el centro hospitalario contaba con todos los medios diagnósticos, los cuales deben ser utilizados por los galenos para dar un diagnóstico, y no como se pretende con la demanda presentada y así habrá de declararse, al resolver como probada la excepción propuesta, apoyado en los medios de prueba que más adelante señalaré.

De los registros obrantes en la Historia Clínica del paciente, se evidencia que día **18 de junio de 2016**, en la cual es valorada por el médico especialista en oftalmología, por motivo de consulta "disminución de visión" quien describe valoración previa por optometría el día 15 de marzo, al examen físico agudeza visual de lejos ojo derecho 20/70 ojo izquierdo 20/80, (teniendo en cuenta que los valores normales para ambos ojos debe ser 20/20), fundoscopia en ambos ojos disco bordes bien definidos, macula con disminución de brillo, corodiosis, conceptúa catarata en ambos ojos, mayor en ojo izquierdo, por lo que se da orden de biometría de ambos ojos control con resultados para considerar procedimiento terapéutico para cataratas, consistente en facoemulsificación mas lente intraocular en ojo izquierdo.

ingresa nuevamente a la consulta médica especializada y electiva por el servicio de oftalmología el día **1 de marzo de 2017**, en donde se conceptúa como diagnósticos hipermetropía más trastorno del ojo tipo catarata, conceptuando manejo terapéutico tipo extracción de catarata más iridectomía en ojo izquierdo, previa valoración por la especialidad en anestesiología con exámenes pre quirúrgicos, valoración que se ejecutó el día **4 de abril de 2017**, en donde se documentan exámenes paraclínicos dentro de los parámetros normales, por lo que el concepto medico por parte de anestesiología, fue paciente con riesgo anestésico menor, tipo ASA I, por lo que se **programa para procedimiento quirúrgico bajo anestesia LOCAL**, indicando dieta líquida hasta las 6 am del día del procedimiento.

Por parte de los galenos en oftalmología, el día **19 de abril de 2017**, se realiza procedimiento denominado EXTRACCION DE CATARATA POR FACOEMULSION mas IRIDECTOMIA OJO IZQUIERDO, el cual se ejecutó bajo anestesia local, tal como se había indicado previamente en la consulta pre anestésico.



Asiste a consulta médica por urgencias el día **22 de mayo de 2017**, refiriendo la presencia de dolor de cabeza y relatando un cuadro de caída desde su propia altura ocurrido en el posoperatorio de faquectomía, durante esta consulta se ingresa al paciente para toma de imagen diagnóstica, tipo TAC (tomografía axial computarizada) de cráneo simple, en la cual no existe evidencia de lesiones y se describe bajo los parámetros de la normalidad, así mismo el médico facultativo del servicio de urgencias describe dentro de su análisis de egreso. "...descarto lesión central traumática..."

asiste a la consulta médica electiva por la especialidad en oftalmología, el día **24 de mayo del año 2017**, en donde se relata cuadro de disminución de la visión, describiendo los hallazgos clínicos durante la consulta, a decir, evidencia de pseudofaquia en ojo izquierdo, signo característico de los pacientes en posoperatorio descrito, adicionalmente se evidencia opacidad de la capsula posterior en el mismo ojo, esto último descrito en la literatura científica como una de las principales complicaciones inherentes al tratamiento quirúrgico de corrección de cataratas, por lo que se conceptúa como manejo fotocoagulación con yag laser (capsulotomía, iridectomía ruptura de bandas); realizando procedimiento consistente en **CAPSULOTOMIA YAG LASER** en ojo izquierdo, el día **27 de julio de 2017**, registrando dentro de la historia clínica "... **SE TERMINA EL PROCEDIMIENTO CON EXITO, SIN COMPLICACIONES Y SE EXPLICAN FACTORES DE RIESGO Y/O ALARMA PARA TENER EN CUENTA EN EL POSTOPERATORIO...**"

Posteriormente asiste a control, mediante la consulta médica electiva por especialidad en oftalmología, del día **1 de agosto de 2017**, en la cual se describe consulta de control postoperatorio, capsulotomía yag laser ojo izquierdo, registrando en el aparte de BIOMICROSCOPIA ojo izquierdo: "...capsulotomía en buen estado...", emitiendo concepto "...**PACIENTE EN CONTROL POP DE LASER EN OJO IZQUIERDO, EN BUEN ESTADO. SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES...**"

Posteriormente, acude a consulta electiva especializada el día **10 de octubre de 2017** en donde se registra "... paciente operada de catarata..." en ambos ojos "... empezó a ver oscuro, ..., hace 20 días en forma súbita". Esto con respecto al ojo izquierdo, el cual había sido intervenido quirúrgicamente el día 4 de julio de 2017, describiendo examen físico mediante agudeza visual de ojo derecho 20/25 y ojo izquierdo 20/50, solicitando valoración por optometría.

21 de noviembre de 2017, ingresa a la consulta médica electiva especializada por visión borrosa en contexto de posoperatorio de catarata ambos ojos, con evidencia de disminución en la agudeza visual por ojo izquierdo, a decir, agudeza visual 20/200 ojo izquierdo, y disco excavación 0.3/0.4 teniendo en cuenta que lo normal es 0,3/0,3, por lo que se considera como conducta, valoración oftalmológica bajo dilatación optométrica y nuevo control, realizada el día 28 de noviembre de 2017 en donde considera degeneración macular considerando control a los 3 meses.



Hospital San Rafael de Fusagasugá

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

Sin nueva atención hasta 4 meses después por medicina general solicitando renovación de órdenes para valoración por oftalmología, la cual se ejecuta el día 27 de junio de 2018, en donde se considera desprendimiento de retina en ojo izquierdo por lo que se solicita valoración prioritaria por retinólogo, siendo esta la última atención médica oftalmológica por parte de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

En diferentes documentos que acompañan la demanda, así como en la Historia Clínica que adjunto, se puede evidenciar que nuestro personal médico, son claros en determinar que la demandada E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL ejecutó oportuna y diligentemente los actos que eran de su competencia y responsabilidad, ordenando los exámenes y fórmulas de acuerdo a la patología que presentaba.

Al no existir responsabilidad atribuible a mi representada en el deterioro en el estado de salud de la paciente, no existe causa para demandar, configurándose la excepción propuesta, la cual deberá declararse probada como se solicita.

#### **FALTA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA ACTUACIÓN DEL HOSPITAL Y EL DAÑO ALEGADO EN LA DEMANDA.-**

Ha de recordarse, como lo ha manifestado Isidoro Goldemberg, en su obra *La Relación de Causalidad en la Responsabilidad Civil*, que "...a los fines de un estudio jurídico, el nexo causal es el enlace material entre un hecho antecedente con un resultado..." enlace material ausente en el caso sometido a examen del Juez Administrativo.

El deterioro en el estado de salud de la paciente INÉS RODRIGUEZ CARDENAS, por la pérdida de la visión del ojo izquierdo, por el contrario por parte de la entidad que represento se le brindo atención con accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia, así las cosas tenemos que la entidad por mí representada puso al servicio de la paciente todo el personal y el material médico asistencial del que disponía, como se puede apreciar en la historia clínica, desde el mismo momento de su ingreso a nuestras instalaciones, con cuadro clínico "*disminución de visión*", viendo el contexto de la paciente, es una paciente que según al examen físico presentaba agudeza visual de lejos ojo derecho 20/70 ojo izquierdo 20/80, (teniendo en cuenta que los valores normales para ambos ojos debe ser 20/20), fundoscopia en ambos ojos disco bordes bien definidos, macula con disminución de brillo, corodiosis, conceptúa catarata en ambos ojos, mayor en ojo izquierdo por lo que se da orden de biometría de ambos ojos control con resultados para considerar procedimiento terapéutico para cataratas, consistente en facoemulsificación mas lente intraocular en ojo izquierdo.

El personal médico tratante, procedió a brindar la atención que requería la paciente y, de manera oportuna **ordenó biometría de ambos ojos**, control con resultados para considerar **procedimiento terapéutico para cataratas**, situación ésta que se materializó.

De lo hasta aquí expuesto, se concluye que no existe relación alguna entre el origen de la patología presentada por la paciente INES RODRIGUEZ CARDENAS, en la disminución de la visión, si tenemos en cuenta que la misma accionante no es constante en las asistencia a los controles, de la historia clínica se desprende que la

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 154



858  
**Hospital San Rafael de Fusagasugá**

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

valoración oftalmológica bajo dilatación optométrica y nuevo control, realizada el día **28 de noviembre de 2017**, en donde considera degeneración macular considerando **control a los 3 meses**. Sin nueva atención **hasta 4 meses después** por medicina general solicitando **renovación de órdenes para valoración por oftalmología**, la cual se ejecuta el **día 27 de junio de 2018**, en donde se considera desprendimiento de retina en ojo izquierdo por lo que se solicita valoración prioritaria por retinólogo, siendo esta la última atención médica oftalmológica por parte de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, desapareciendo el nexo de causalidad entre la actuación de la E. S. E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA y el daño imputado, por lo cual no está llamada a responder y así habrá de declararse, al establecer como probada la excepción aquí propuesta.

**EL DAÑO NO ES IMPUTABLE A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ YA QUE ESTA DEMOSTRADO QUE SE CUMPLIÓ CON LOS ATRIBUTOS DE LA CALIDAD.**

Se imputa, por parte de los accionantes que la E.S.E., Hospital San Rafael de Fusagasugá, "... se declare administrativamente y patrimonialmente responsable de los perjuicios materiales y extramatrimoniales ocasionados a la señora INES RODRIGUEZ CARDENAS, por la pérdida de la visión del ojo izquierdo, la cual fue causada por FALLA EN EL SERVICIO MEDICO..." pretendiendo en consecuencia, la reparación del presunto daño, condenando a las demandadas al pago de los dineros que en la demanda se establecen, acusación ésta que carece de todo fundamento fáctico y legal, ya que la entidad que represento ejecutó con rigor el acto médico necesario e indispensable y adelantó todas las acciones correspondientes que conforman los Atributos de Calidad que le competían y le exigían los protocolos hospitalarios, contenidos en el artículo 6 del Decreto 2309 de 2002, vigente hoy con el Decreto 1011 de 2006, el cual establece: "*Características de la Calidad en la Atención de Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad:*" **1. Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. **2. Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. **3. Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. **4. Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales; **5. Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico....".

En cuanto a **Accesibilidad**, como atributo de calidad, al paciente se le garantizó y tuvo acceso a la atención médica y asistencial sin inconvenientes.

La atención fue **oportuna**, ya que se brindó en el momento en que el paciente ingresó a la Institución, garantizando así la segunda de las características de la calidad en la atención en salud, enfatizando que ésta característica guarda estrecha relación con la

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 154 



organización de la oferta de servicios, y se relaciona también con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios, siendo precisamente ese el papel asumido por nuestro personal médico, el cual, de una parte, brindó al usuario demandante la atención requerida y con la que se contaba, atendiendo que el Hospital San Rafael de Fusagasugá presta sus servicios en el Segundo Nivel de Complejidad y de otra parte, y legado el caso, gestionar ante una entidad de Tercer Nivel de Complejidad, la remisión del usuario, para que allí le sean practicados tanto los exámenes especializados que requiera como los demás actos médicos tendientes a la recuperación de su salud.

Es necesario precisar al Despacho que las normas que rigen el Sistema de Salud en nuestro País, determinan unos niveles de Complejidad para la prestación de los servicios, contenida ésta entre otras en las Leyes 10 de 1990, Decreto 1760 de 1990 y especialmente en la Resolución número 5261 de 1994, la cual precisa los Niveles de Complejidad, estableciendo los siguientes:

**NIVEL I:** Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

**NIVEL II:** Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

**NIVEL III y IV:** Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

De igual manera y en cuanto al aspecto **Seguridad**, la atención médica se presta procurando que no se presenten efectos adversos ni infecciones infra-hospitalarias que pongan en riesgo la vida o la salud de los pacientes.

Así mismo, el paciente fue atendido con Pertinencia, conforme al diagnóstico que presentaba y se realizaron los procedimientos indicados y requeridos para esa patología, de acuerdo a los protocolos médicos, de la misma forma en que se brindó **Continuidad**, en la atención pues fue tratado conforme a una secuencia lógica, basada en el conocimiento científico del personal médico tratante.

Nuestro Equipo de Salud tratante hizo lo que debió hacer, con las posibilidades que tenía en nuestra E.S.E. —según nuestra oferta asistencial, nuestra infraestructura biomédica y nuestro Equipo de Salud— y conforme la Lex Artis Ad Hoc, y en el nivel de complejidad que le correspondía para su manejo definitivo.

De igual modo el personal médico y asistencial obró con prudencia, la cual es una virtud médica; los médicos, enfermeras y auxiliares ejercieron su profesión con cordura, moderación, cautela, discreción y cuidado; en sentido estricto se identificaron con el conocimiento práctico y por lo tanto idóneo y apto para la realización del acto profesional, conjugando la experiencia, la comprensión del caso y la claridad para saber lo que se tenía que realizar.

La atención brindada a la paciente INES RODRIGUEZ CARDENAS, se brindó en forma adecuada, sin barreras de acceso, con una atención basada en la oportunidad, con pertinencia y continuidad, desde el momento en que la paciente ingresó al servicio de urgencias, prestada con el personal profesional idóneo, tanto de los galeno en oftalmología, médico general, como de enfermería, teniendo en cuenta la



infraestructura, técnicas, medicamentos y recursos con los que se contaba en ese momento, brindando la atención en salud conforme a nuestro nivel de complejidad, iniciando proceso de remisión oportunamente.

Al haberse dado cumplimiento a la totalidad de los atributos de la calidad y de los protocolos médicos que el caso y la paciente requerían, el daño cuya reparación se demanda y que resulta lamentable para todos, no es imputable a la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasugá y así habrá de declararse, como se solicita.

### **CULPA Y HECHO EXCLUSIVO DE LA VICTA**

En concordancia con lo hasta aquí planteado, tenemos que en el caso presente se configura la CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA como causal eximente de responsabilidad para la entidad demandada. Tal y como lo hemos venido manifestando, no puede pasar desapercibido para el despacho, que los hechos génesis de la presente demanda no entran en detalle sobre la ausencia de controles AL OFTALMOLOGO, de la paciente hoy demandante, como se ha manifestado en lo largo de la presente contestación la accionante, que después de practicar la cirugía de retina a la accionante, asiste a pocos controles y en el año 2017 se realizaba control por el servicio de oftalmología el día **28 de noviembre de 2017**, pese a las órdenes dadas por el galeno en oftalmología, la accionante uno, deja vencer las ordenes médicas, se ordena control en **tres meses** y regresa al servicio de consulta externa y medicina general del puesto de salud, el **11 de abril de 2018** para que le **renovaran las ordenes médicas por que se vencieron**, transcurre dos meses para solicitar la valoración por oftalmología la cual se realizó el **27 de junio de 2018**, Ha de notarse también que la paciente hoy demandante desde el **28 de noviembre de 2017**, que el galeno dio órdenes para asistir al servicio en tres meses para control dejó pasar **ocho (8) meses aproximadamente**, para asistir al control por oftalmología, pese a que la recomendación era de regresar **en tres (3) meses**.

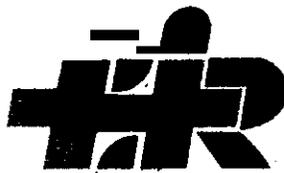
Como ya lo hemos manifestado, escapa a las posibilidades médicas el hecho de que la accionante se da orden para control en **tres (3) meses**, la misma por su cuenta y riesgo, decide dejar pasar un lapso de ocho (8) meses, y deja de asistir a la especialidad por OFTALMOLOGIA, pese a la recomendación de asistir a control en tres (3) meses, desde su último control que fue el **28 de noviembre de 2017**, para asistir a la entidad que represento por el servicio de medicina general hasta el 11 de abril de 2018, argumentando que se vencieron las ordenes médicas y regresa nuevamente hasta el 27 de junio de 2018.

Respecto de la CULPA EXCLUSIVA DE LA VICTIMA como eximente de responsabilidad para la entidad demandada, el Honorable Consejo de Estado, Sección Tercera, en Sentencias de 13 de agosto de 2008, exp. 17042, y de 15 de octubre de 2008, exp. 18.586, M.P. Enrique Gil Botero, ha señalado lo siguiente:

*"Ahora bien, en relación con la culpa exclusiva de la víctima como causal eximente de responsabilidad, es importante definir el contenido y alcance de la misma, con miras a establecer qué elementos y características deben estar acreditados a efectos de que se rompa el nexo de imputación con el Estado de manera total o parcial. Lo anterior, toda vez que en materia de responsabilidad de la administración pública derivada de redes eléctricas la víctima puede*

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia

Email: [juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co) / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 154



tener, en un gran número de casos, una participación en los hechos productores del resultado, condición que debe ser valorada para efectos de configurar y delimitar la circunstancia exonerativa.

"Desde la perspectiva general, es claro que el hecho de la víctima a efectos de que sea valorado como causal eximente de responsabilidad no necesariamente debe revestir, en relación con el demandado, las condiciones de irresistibilidad e imprevisibilidad de la fuerza mayor, como quiera que no existe disposición jurídica que radique en cabeza del tercero a quien se le imputa del daño la obligación de precaver los hechos de la víctima y, más aún, de evitarlos.

"En efecto, el demandado sólo se encuentra obligado a evitar los daños padecidos por la víctima en aquellos eventos en que se encuentre en posición de garante frente a aquélla, casos en los cuales, a efectos de enervar la acción indemnizatoria debe acreditar la imprevisibilidad e irresistibilidad de la conducta que origina el daño, con miras a exonerarse de la responsabilidad que se le endilga. A contrario sensu, en las demás circunstancias, el demandado se libera si logra acreditar que fue la consecuencia del comportamiento de la propia persona que sufrió el daño.

"En ese sentido, la Sala debe precisar y desarrollar la posición jurisprudencial vigente, como quiera que en reciente oportunidad se señaló:

"En este caso, la entidad demandada y las llamadas en garantía alegaron como eximente de responsabilidad la culpa exclusiva de la víctima. Advierte la Sala que el hecho de la víctima, como causa extraña y exclusiva, impone la prueba de que se trató de un acontecimiento que le era imprevisible e irresistible para la Administración. De no ser así, de tratarse de un hecho o acto previsible o resistible para la entidad, se revela una falla del servicio en el entendido de que dicha entidad teniendo un deber legal, no previno o resistió el suceso, pues como lo advierte la doctrina "sólo cuando el acontecimiento sobrevenido ha constituido un obstáculo insuperable para la ejecución de la obligación, deja la inejecución de comprometer la responsabilidad del deudor.

"El hecho de la víctima, al decir de los hermanos Mazeaud, sólo lleva "consigo la absolución completa" cuando "el presunto responsable pruebe la imprevisibilidad y la irresistibilidad del hecho de la víctima. Si no se realiza esa prueba, el hecho de la víctima, cuando sea culposo y posea un vínculo de causalidad con el daño, produce una simple exoneración parcial: división de responsabilidad que se efectúa teniendo en cuenta la gravedad de la culpa de la víctima". (Destaca la Sala).

"Sobre el particular, debe advertirse que los propios hermanos Mazeaud rectificaron la doctrina que sobre el particular habían trazado en su obra "Lecciones de Derecho Civil" (1960), cuando en su tratado de "Responsabilidad Civil" (1963), en relación con la materia objeto de análisis manifestaron:

"1462. **¿Debe ser imprevisible e irresistible el hecho de la víctima?** - La irresistibilidad y la imprevisibilidad son, por lo general, consideradas como necesarias para que haya fuerza mayor; pero no para que el hecho de la víctima sea una causa liberatoria. Desde el momento en que el hecho no es imputable al demandado, eso basta. No cabría obligar al demandado, según



*se dice, a precaverse contra los hechos de la víctima, como no cabe obligarse a que se prevenga en contra de los acontecimientos naturales.*

*"(...)" (Negrillas de la Sala).*

*"Lo anterior no quiere significar en modo alguno, que el hecho de la víctima en ocasiones pueda ser total o parcial, en cuanto se refiere a la materialización del resultado dañoso, motivo por el cual será el juez quien en cada caso concreto el que valorará el curso o cursos causales existentes, para determinar la imputación fáctica del daño antijurídico, lo que permitirá establecer si operó una causa única o si existió una concausa, situación está en la que habrá que fijar proporcionalmente, según el grado de participación de cada sujeto, el monto del perjuicio padecido.*

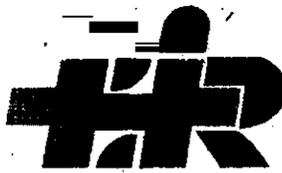
*"Ahora bien, no significa lo anterior que toda conducta de la víctima tenga la suficiente dimensión o entidad para excluir o enervar la imputación frente al presunto responsable; el comportamiento de aquella para poder operar como causal exonerativa de responsabilidad debe ostentar una magnitud, de tal forma que sea evidente que su comportamiento fue el que influyó, de manera decisiva, en la generación del daño.*

*"El principio de confianza conlleva implícito la tranquilidad que tienen las personas que integran la sociedad, de que el Estado prestará adecuadamente sus servicios públicos, por lo que, no cualquier tipo de participación de la víctima, en una actividad riesgosa, reviste la estatus necesario para excluir la responsabilidad de la administración.*

*"En síntesis, no se requiere para configurar la culpa exclusiva de la víctima que el presunto responsable acredite que la conducta de aquella fue imprevisible e irresistible, sino que lo relevante es acreditar que el comportamiento de la persona lesionada o afectada fue decisivo, determinante y exclusivo en la producción del daño; incluso, una participación parcial de la víctima en los hechos en modo alguno determina la producción del daño, sino que podría de manera eventual conducir a estructurar una concausa y, por lo tanto, a reconocer una proporcionalidad en la materialización del mismo y en su reparación.*

*"Así las cosas, si la culpa de la víctima es causa parcial (concausa) en la producción del daño, esta circunstancia puede constituir un factor de graduación del perjuicio, todo lo cual dependerá del grado de participación de la propia persona afectada en la concreción de los hechos que son objeto de análisis."*(negrillas y cursivas del original - subrayado adicional).**

Los anteriores extractos de las referidas Sentencias, fueron tomados de la Aclaración de Voto del Consejero ENRIQUE GIL BOTERO, dentro de la Sentencia proferida por el mismo Consejo de Estado el 9 de mayo de 2011, con Ponencia del Magistrado Jaime Orlando Santofimio Gamboa, dentro del expediente número: 54001-23-31-000-1994-08654-01(19976).-



908  
**Hospital San Rafael de Fusagasugá**

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

## PRUEBAS

Respetuosamente solicito a la señora Juez, dar el valor que corresponda, tener como tales, decretar y practicar las siguientes:

### DOCUMENTALES:

- Copia autentica y debidamente suscrita y certificada por profesional médico, de la historia clínica de atención de la paciente INES RODRIGUEZ CARDENAS, ochenta y siete (87) folios.

### TESTIMONIAL TECNICA:

Solicito al Despacho se sirva señalar fecha y hora para la recepción de testimonios de carácter técnico a la siguiente persona, todos ellos mayores de edad, quienes declararan acerca de los hechos en que se ha fundamentado la demanda, la atención brindada a la paciente hoy demandante, la oportunidad y pertinencia de los actos médicos desarrollados, la diligencia y cuidado con el que se atendió a la paciente, los procedimientos aplicados en virtud de la consulta que motivó su ingreso a la Institución demandada, y trámites realizado para ello y demás factores conducentes y pertinentes con los hechos y con lo planteado en el presente escrito de contestación de la demanda, a quienes se podrá notificar por intermedio de la E. S. E. demandada:

- Doctor MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, oftalmólogo quien atendió a la paciente INES RODRIGUEZ CARDENAS, en su cirugía y controles.
- Doctor ENRIQUE ROMERO LARA, oftalmólogo quien atendió interconsulta.

### NOTIFICACIONES

La demandada Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael de Fusagasugá y la suscrita Abogada, recibiremos notificaciones en la Transversal 12 No. 22 - 51 Barrio San Mateo del Municipio de Fusagasugá, teléfonos: (57 1) 867 8404, correo institucional: [juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co), celular 3006553496.

Del Señor Juez,

Atentamente,



**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**

C.C. No. 39'628.135 de Fusagasugá

T.P. No. 165.334 del C. S. la J.



9124

Fusagasugá, Enero 22 de 2020

Doctora

**GLORIA LETICIA URREGO MEDINA**

**JUEZ TERCERO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE GIRARDOT**

E.

S.

D.

**NATURALEZA:** ACCIÓN DE REPARACION DIRECTA  
**RADICADO:** 253073333003-2019-00200-00  
**DEMANDANTE:** INES RODRIGUEZ CARDENAS  
**DEMANDADO:** E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA  
**ASUNTO:** PODER

**JOHN EDWARD CASTILLO MARTINEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80'277.521 expedida en Villeta – Cundinamarca, obrando en mi calidad de Gerente y Representante Legal de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA** con NIT número 890.680.025-1, de conformidad con el Decreto número 0332 de fecha trece (13) de octubre de dos mil diez y seis (2016) expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión número 127 de veinte (20) de octubre de dos mil diez y seis (2016), facultado por las normas legales vigentes, ante su Despacho respetuosamente acudo para manifestar que por medio del presente escrito confiero **PODER ESPECIAL** amplio y suficiente a la Doctora **MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**, abogada en ejercicio, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 39'628.135 expedida en Fusagasugá y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogado número 165.334 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, para que asuma la defensa en representación de la **E. S. E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ** y ejecute cualquier acción tendiente a adelantar y culminar exitosamente el trámite en defensa de los intereses de la entidad.

Mi apoderada queda ampliamente facultada para notificarse, presentar memoriales, pedir copias, interponer recursos, conciliar según lo dispuesto en el Comité de Conciliación y Defensa Judicial, corregir, renunciar, sustituir y reasumir el presente Poder, y demás facultades legalmente otorgadas en el artículo 77 del Código General del Proceso.

Sírvase por lo tanto, reconocer personería para actuar.

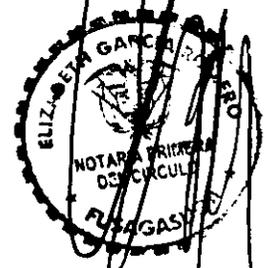
Atentamente,

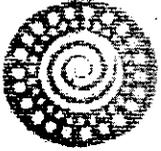
**JOHN EDWARD CASTILLO MARTINEZ**  
 C. C. No. 80'277.521 de Villeta – Cundinamarca  
 Gerente

Acepto:

**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**  
 C. C. No. 39'628.135 de Fusagasugá.  
 T. P. No. 165.334 del C. S. de la J.

COMO NOTARIO PRIMERO DEL CIRCUITO DE FUSAGASUGA, HAGO CONSTAR QUE LA(S) FIRMA(S) QUE AUTORIZA EN EL ANTERIOR DOCUMENTO COINCIDE(N) CON LA(S) REGISTRADA(S).  
 POR John Edward Castillo Martinez  
 FECHA: **18 FEB. 2020**





**CUNDINAMARCA**  
"EL DORADO"  
LA LEYENDA VIVE!

92/16

AL CONTESTAR CITE ESTE NÚMERO: CE - 2019572776  
ASUNTO: Certificado de representación Legal  
DEPENDENCIA: 266 - DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA  
SS

### CERTIFICACIÓN No.472-2019

### LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

#### HACE CONSTAR:

Que el Hospital " **SAN RAFAEL**" de **FUSAGASUGA** Cundinamarca es una Entidad Pública, transformada en Empresa Social del Estado mediante Ordenanza N° 026 del 22 de marzo de 1996, prestadora de servicios de salud del Nivel II de Atención constituida como categoría especial de Entidad Pública descentralizada del orden Departamental, dotada de Personería Jurídica, Patrimonio Propio y Autonomía Administrativa adscrita a la Dirección Departamental de Seguridad Social en Salud del Departamento o quien haga sus veces, integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud y sometida al Régimen Jurídico existente previsto en el Capítulo III, Artículo 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993.

Que el Representante legal es el Gerente de acuerdo a lo establecido en el artículo Dieciocho, Literales D y E de la Ordenanza N° 026 del 22 de marzo de 1996, cargo actualmente desempeñado por el Doctor **JOHN EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521, nombrado mediante Decreto Número 0332 del trece (13) de octubre de 2016 y debidamente posesionado según Acta No. 127 del veinte (20) de octubre de 2016.

Se expide la presente a solicitud de la E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasuga.  
Dada en Bogotá, D.C. a los dos (02) días del mes de julio de dos mil diecinueve (2019).

**YURANY TRIANA GONZALEZ**  
Directora Administrativa y Financiera S.S.

Proyectó: Daniela Prieto Diaz/ Profesional Universitario  
Aprobo: Leonor Marcialés Avendaño/ Profesional Especializado



SECSALUD



CUNDINAMARCA  
unidos podemos más

Secretaria de Salud, Sede Administrativa. Calle 26  
51-53. Torre Salud Piso 6. Código Postal: 111321  
Bogotá, D.C. Tel. 7491550

[f/GundiGov](#) [@CundinamarcaGov](#)  
[www.cundinamarca.gov.co](http://www.cundinamarca.gov.co)

93-17



**ACTA No. 127**

En Bogotá D.C el día veinte (20) de octubre de dos mil dieciséis (2016), se presentó en este Despacho el doctor **JHON EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ**, con el fin de tomar posesión en el cargo de Gerente, Código 085, de la E.S.E. Hospital San Rafael del municipio de Fusagasugá, adscrito a la Secretaría de Salud de Cundinamarca, a quien se le nombró mediante Decreto No. 0332 del 13 de octubre de 2016.

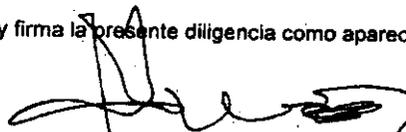
Al efecto, el compareciente exhibió los siguientes documentos:

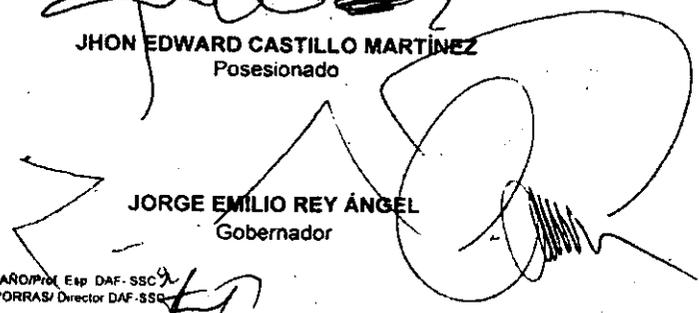
1. Comunicación de nombramiento del 13 de octubre de 2016.
2. Oficio de Aceptación de cargo de fecha 14 de octubre de 2016.
3. Formato Único de la Hoja de Vida de la Función Pública.
4. Cédula de ciudadanía No. 80.277.521.
5. Recibo de pago de derechos de posesión recibo Davivienda.
6. Certificado de Antecedentes de Responsabilidad Fiscal de la Contraloría General de la República de 2016.
7. Certificado de Antecedentes Disciplinarios, expedido por la Procuraduría General de la Nación de 2016.
8. Declaración juramentada de bienes y rentas.
9. Certificado de Antecedentes Judiciales de 2016.
10. Declaración juramentada de no estar incurso en proceso de alimentos.
11. Declaración juramentada de no estar incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad, ni conflicto de intereses.

Cumplidos así los requisitos propios, se recibió al compareciente, el juramento de rigor y por la gravedad de tal promesa, ofreció cumplir fielmente con los deberes de su cargo, obedecer y hacer respetar la Constitución y las Leyes de la República.

La presente acta, surte efectos fiscales y legales a partir del día veintiuno (21) del mes de octubre de dos mil dieciséis (2016).

En constancia se extiende y firma la presente diligencia como aparece.

  
**JHON EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ**  
Posesionado

  
**JORGE EMILIO REY ÁNGEL**  
Gobernador

Proyectó LEONOR MARCIALES AVENDAÑO/PM E sp DAF-SSC  
Vo.Bo. FERNANDO DE JESÚS TOVAR PORRAS/ Director DAF-SSC



Secretaría de Salud, Sede Administrativa Calle 26 51-53  
Torre Salud Piso 6  
Bogotá, D.C. Tel. (1) 749 1777  
[www.cundinamarca.gov.co](http://www.cundinamarca.gov.co)

DECRETO N°. 0332 DE 2016

( 13 OCT 2016 )

Por el cual se hace un nombramiento

**EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.**

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales, legales y reglamentarias, específicamente las conferidas por el numeral 5° del artículo 305 de la Constitución Política, el artículo 192 de la Ley 100 de 1993, el numeral 22 del artículo 95 del Decreto Ley 1222 de 1986 y el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016 y,

**CONSIDERANDO:**

Que el Hospital "SAN RAFAEL" del municipio de FUSAGASUGA - Cundinamarca, se transformó en Empresa Social del Estado mediante Ordenanza No. 026 del 22 de marzo de de 1996.

Que mediante Ley 1797 del 13 de julio de 2016 se dictaron unas disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictaron otras disposiciones, precisando en el artículo 20 respecto de los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado, lo siguiente:

*"Artículo 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfecha del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial."*

94-18

X  
de

DECRETO N°. 0332 DE 2016

( 13 OCT 2016 )

Por el cual se hace un nombramiento

Que mediante Decreto 1427 del 1 septiembre de 2016, el Ministerio de la Protección Social reglamentó el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, sustituyendo las secciones 5 y 6 del Capítulo 8 Parte 5 Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamento del Sector Salud y Protección Social, así:

\*SECCIÓN 5

NOMBRAMIENTO DE GERENTES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO

"Artículo 2.5.3.8.5.1. Evaluación de competencias. Corresponde al Presidente de la República, a los Gobernadores y a los Alcaldes como autoridades nominadoras del orden nacional, departamental y municipal, respectivamente, evaluar, a través de pruebas escritas, las competencias señaladas por el Departamento Administrativo y la Función Pública, para ocupar el empleo de director o gerente de las Empresa Sociales del Estado."

Que dando alcance al artículo 4 del Decreto No. 680 del 2 de septiembre de 2016, se solicitó al Departamento Administrativo de la Función Pública, la aplicación de la prueba comportamental a los aspirantes a ocupar el empleo de Gerente, código 085, de las Empresas Sociales del Estado del orden Departamental.

Que el Departamento Administrativo de la Función Pública, remitió los resultados de la prueba comportamental de los aspirantes antes mencionados, al Señor Gobernador de Cundinamarca.

Que revisada la hoja de vida del(a) señor(a) JHON EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ, cumple los requisitos del cargo de gerente, además superó satisfactoriamente la prueba comportamental, aplicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Que conforme a los planteamientos normativos antes mencionados se hace necesario proveer el cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital "SAN RAFAEL" del municipio de FUSAGASUGA - Cundinamarca.

En mérito de lo expuesto,

**DECRETA:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Nombrar al(a) doctor(a) **JHON EDWARD CASTILLO MARTÍNEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.80.277.521, en el cargo de Gerente, Código 085, de la Empresa Social del Estado Hospital "SAN RAFAEL" del municipio de FUSAGASUGA, adscrito a la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

20  
96



**DÉCRETO N.º 0332 DE 2016**

*Por el cual se hace un nombramiento*

**ARTÍCULO SEGUNDO:** El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición y surte efectos fiscales cuando la persona designada en el artículo anterior tome posesión del cargo.

**COMUNIQUESE Y CÚMPLASE**  
Dado en Bogotá D.C. a los **13 OCT 2016**

**JORGE EMILIO REY ÁNGEL**  
Gobernador

**ANA LUCÍA RESTREPO ESCOBAR**  
Secretaría de Salud (E)

- Proyectó: **Leonor Marcela Avendaño**  
Profesional Especializado  
Secretaría de Salud
- Vo.Bo. **Fernando de Jesús Tovar Porras**  
Director DAF  
Secretaría de Salud
- Vo. Bo. **Alfonso Sánchez Silva**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica  
Secretaría de Salud
- Vo. Bo. **Germán Enrique Gómez González**  
Secretario Jurídico





21  
97

Fusagasugá, 31 de Diciembre de 2019

**SUBGERENCIA CIENTIFICA C.INT. 867-2019**

Doctora  
**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**  
Líder Oficina Jurídica  
E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá

**ASUNTO: HISTORIA CLINICA INES RODRIGUEZ CARDENAS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente y de acuerdo a su solicitud, me permito hacer entrega de los documentos en medio física a continuación relacionados:

1. Copia íntegra y completa de la historia clínica de la señora **INES RODRIGUEZ CARDENAS** con número de documento de identidad CC.39.617.606, con su respectiva certificación, documento en medio físico.
2. Transcripción oficial realizada a los documentos que fueron diligenciados en manuscrito, relacionados con la historia clínica.

Sin otro particular.

Cordialmente,

  
**ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ**  
Subgerente Científico



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. - E. 867

OFICINA JURÍDICA

03 ENE 2020

RECIBIDO Osca B HORA 8:19 AM  
RADICADO \_\_\_\_\_

Copia: Archivo  
Folios Útiles: 1  
Anexos: 87 Folios  
Proyecto: Dr. Andrei Rojas Martínez, Subgerente Científico  
Elaboro: Adriana Cagua

Dirección: Diagonal 23 No 12 – 64 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: [gerencia@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:gerencia@hospitaldefusagasuga.gov.co) / [asistentegerencia@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:asistentegerencia@hospitaldefusagasuga.gov.co)  
Oficina Gerencia: 8733000 Ext 102  
[www.hospitaldefusagasuga.gov.co](http://www.hospitaldefusagasuga.gov.co)





**Hospital San Rafael de Fusagasugá**

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

22  
98

**EL SUSCRITO SUBGERENTE CIENTÍFICO DE LA ESE HOSPITAL SAN  
RAFAEL DE FUSAGASUGA**

**CERTIFICA**

Que la copia íntegra y completa de la Historia Clínica, en donde consta el registro de las atenciones asistenciales al usuario **INES RODRIGUEZ CARDENAS** con número de documento de identidad CC.39.617.606; (Historia Clínica Médica, Notas de Enfermería, Solicitudes, fue transcrita de manera íntegra y completa por la auxiliar de enfermería YESSICA REINA y verificada por el Dr. John Wilson Rincón con C.C. 80202194, profesional especializado con Registro Medico No 250709-2010, es fiel copia tomada del original y se envía en medio físico (87 Folios).

La presente constancia se expide a los treinta y un días (31) días del mes de Diciembre de 2019.

Cordialmente,

  
**ANDREI ROJAS MARTINEZ**  
Subgerente Científico

Copia: Archivo

Folios Útiles: 1

Proyecto: Dr. Andrei Rojas Martínez, Sub gerente Científico

Elaboro: Adriana Cagua

99 <sup>K</sup>  
25

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
FUSAGASUGÁ

**CONSENTIMIENTO INFORMATIVO PARA ANESTESIA**

UNIDAD O SERVICIO: Anestesia FECHA: 04-abril-2017

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes LOS RIESGOS que pueden derivar del tratamiento que les será practicado solicitando su consentimiento anticipadamente (art 15 y 16). Por tanto, con presente documento escrito se pretende dar constancia de que usted y/o su familia ha recibido la información del procedimiento que se le practicará y los riesgos del mismo.

**A DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL PACIENTE Ines Rodriguez Cardenas HCL 39617606  
NOMBRE TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR \_\_\_\_\_  
TIPO DE PROCEDIMIENTO DIAG \_\_\_\_\_ TRATAM \_\_\_\_\_ PROGRAMADO \_\_\_\_\_ URGENCIA \_\_\_\_\_  
TIPO DE ANESTESIA: \_\_\_\_\_

**B DECLARACIÓN DEL PACIENTE O FAMILIAR /TUTOR DIRECTAMENTE RESPONSABLE**

(La información presentada a continuación podrá ser diligenciada por el paciente mayor de edad y uso completo de sus facultades mentales o familiar/tutor directamente responsable, en caso de tratarse de menores de edad o de pacientes que por incapacidad mental no puedan tomar la decisión frente a su manejo clínico o tratamiento).

1. Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente que en todo procedimiento anestésico existe riesgo de complicaciones imprevistas que pueden presentarse durante o después de la intervención, aun en riesgo de muerte o compromiso de mi estado de salud. Que no existe el riesgo cero (0) y que este es mayor si están asociadas otras características como: edad mayor a 40 años, obesidad, enfermedades crónicas (EPOC), diabetes, hipertensión arterial). Transfusiones previas y reacciones anteriores a medicamentos. Que los riesgos más importantes que pueden presentarse son reacciones adversas a medicamentos, alteraciones cardiovasculares, pulmonares y otros. Y que la anestesia será administrada por (los) doctor(es)

2. Por lo anterior doy mi consentimiento libre y espontáneo para que me suministre la anestesia requerida, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

[Firma]  
FIRMA DEL PACIENTE  
C.C. No., 39617606 fgg

\_\_\_\_\_  
FAMILIAR/TUTOR RESPONSABLE  
C.C. No  
Parentesco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
TESTIGO  
C.C. No

**C. DECLARACIÓN MÉDICO TRATANTE:**

Médico (a) responsable: He informado al paciente del propósito y naturaleza de la anestesia señalada, de sus posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

[Firma]  
Nombre, sello y registro médico  
Profesional responsable

Nota: en caso de tratarse de una urgencia vital en la que el procedimiento es indispensable para salvar la vida del paciente, la institución se reserva la potestad de realizarlos aun sin la autorización responsable del paciente.



NOTAS DE ENFERMERIA  
SALAS DE CIRUGIA

NOMBRE	[MIS Rodriguez] [Cortina]		CAMA
HISTORIA CL.	39617 806	EDAD	50
EPS	comuda	FECHA	19/04/2017
			SERVICIO CX Amb
			HORA 6:30

SIGNOS VITALES DE INGRESO TA: 145/88 mm/Hg FC 72 X FR: 21 X TEMP: C

ASPECTO PSICOLOGICO Nerviosa Alerta

ASPECTO FISICO Ingresa paciente al servicio de Cirujia en compañía de familiares convencido por los profesionales de la cirugía para cirugía, bata quirúrgica e historia clínica, no requiere ayuno, Alergias: Ninguna, patológico: Ninguna

CIRUJANO	DOCTOR	ANESTESIOLOGO:	-o-
INTERVENCIÓN QUIRURGICA	Extracción de Catarata por	TIPO DE ANESTESIA:	Bloqueo
Faco ojo izquierdo	MODEL: CBF32 UVFL* D15.00	INTRUMENTADORA:	Andrea Holguin
	OPTIC Ø: 6.00 MM	HORA INICIO:	8:30hs
	OVERALL Ø: 12.60 MM	HORA FINALIZA:	9:30hs
	"A" CONSTANT: 118.2	TIEMPO QUIRURGICO:	1 hora
	SN O-14716003-6		
PATOLOGIA	SI <input checked="" type="checkbox"/>	CLASIF.	
		POSTERIOR CHAMBER	
		OMNI LENS PVT. LTD.	

SIGNOS VITALES TRAN-OPERATORIO

HORA	8:30	8:40	8:50	9:00	9:10	9:20	9:30
TA (MM/HG)	144/76	150/73	125/69	131/69	117/68	113/64	142/65
FC (X')	50	49	46	49	52	51	55
SPO2 (%)	99	99	99	99	100	100	99

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

CLASE	DOSES	VIA	HORA

DATOS DEL RECIEN NACIDO

SEXO:	APGAR	PESO	gfs
TALLA	PC	cm	PT
LO RECIBE	GINECOLO /	OFTALMICA	GENTAMICINA 1
PROFILAXIS	UMBILICAL	SOLUCION	GOTA C/OJO
KONAKION	1 MILIGRAMO INTRAMUSCULAR		
MUESTRAS	TSH Y HEMOCLASIFICACION		
SALE A:			
OBSERVACIONES:			

RECUENTO COMPRESAS    CORTOPUNZANTI    OTROS    DRENAJES    SONDAS    VENDAS    MECHAS    YESOS

INICIAL

FINAL

OTRAS OBSERVACIONES: Paciente valorada por el Doctor Jimenez quien realiza previa anestesia yantiespica aplica anestesia local e inicia procedimiento de extracción de catarata sin complicaciones se trasladada paciente a sala de recuperación.   
 CANGRIA ALIVIADO

LIQUIDOS ADMINISTRADOS			LIQUIDOS ELIMINADOS						
HORA	CLASE	CANTIDAD	HORA	ORINA	SNG	TENT	TUBO TORAX	VOMITO	HEMOA

TRANSFUSIONES				IRRIGACION		
HORA	CLASE	CANTIDAD	OBSERVACIONES	HORA	CLASE	CANTIDAD

CRITERIOS DE EVALUACION	AL LLEGAR					AL SALIR D S ■ IC
		15'	30'	45'		
1. ACTIVIDAD MUSCULAR						
MOV VOLUNTARIO AL ORDENARSE (4 EXTREM).....2	2	2	2	2	2	2
(2 EXTREM).....1						
COMPLETAMENTE INMOVIL.....0						
2. RESPIRACION						
RESPIRACIONES AMPLIAS.....2	2	2	2	2	2	2
RESPIRACIONES LIMITADAS O DISNEAS.....1						
RESPIRACIONES NO ESPONTANEAS.....0						
3. CIRCULACION						
TENSION ARTERIAL (mm/Hg):	132/92	131/73			142/69	
FRECUENCIA CARDIACA (X):	92x	92x	2	2	92x	
CONCIENCIA	99%	100%				
COMPLETAMENTE DESPIERTO.....2						
SOMNOLENTO.....1	2	2	2	2	2	2
NO RESPONDE A ESTIMULO AUDITIVO.....0						
4. COLOR						
MUCOSA SONROSADAS.....2						
PALIDO.....1	2	2	2	2	2	2
CIANOTICO.....0						

SERVICIO A QUE SE TRASLADA EL PACIENTE: **Cx. Ambulatoria** (Otro)

DRENAJES Y CONEXIONES CON LAS QUE SALE: **oleria, conciente, orientada, comiencando por sus propios medios en compañía de familiar, con historia clínica, valores medicos, cito de control y recomendaciones de cuidado en casa.**

FIRMA: **Adriana Bibiana**

20094  
 MIS CARDENAS

39617606 50

Conda 19/01/2017

EDUCACION DEL PACIENTE	SI	NO
1. ALERGIAS	X	
2. SIGNOS VITALES	X	
3. SIGNOS DE VIDA	X	
4. SIGNOS DE VIDA	X	
5. SIGNOS DE VIDA	X	
6. SIGNOS DE VIDA	X	
7. SIGNOS DE VIDA	X	
8. SIGNOS DE VIDA	X	
9. SIGNOS DE VIDA	X	
10. SIGNOS DE VIDA	X	
11. SIGNOS DE VIDA	X	
12. SIGNOS DE VIDA	X	
13. SIGNOS DE VIDA	X	
14. SIGNOS DE VIDA	X	
15. SIGNOS DE VIDA	X	
16. SIGNOS DE VIDA	X	
17. SIGNOS DE VIDA	X	
18. SIGNOS DE VIDA	X	
19. SIGNOS DE VIDA	X	
20. SIGNOS DE VIDA	X	
21. SIGNOS DE VIDA	X	
22. SIGNOS DE VIDA	X	
23. SIGNOS DE VIDA	X	
24. SIGNOS DE VIDA	X	
25. SIGNOS DE VIDA	X	
26. SIGNOS DE VIDA	X	
27. SIGNOS DE VIDA	X	
28. SIGNOS DE VIDA	X	
29. SIGNOS DE VIDA	X	
30. SIGNOS DE VIDA	X	
31. SIGNOS DE VIDA	X	
32. SIGNOS DE VIDA	X	
33. SIGNOS DE VIDA	X	
34. SIGNOS DE VIDA	X	
35. SIGNOS DE VIDA	X	
36. SIGNOS DE VIDA	X	
37. SIGNOS DE VIDA	X	
38. SIGNOS DE VIDA	X	
39. SIGNOS DE VIDA	X	
40. SIGNOS DE VIDA	X	
41. SIGNOS DE VIDA	X	
42. SIGNOS DE VIDA	X	
43. SIGNOS DE VIDA	X	
44. SIGNOS DE VIDA	X	
45. SIGNOS DE VIDA	X	
46. SIGNOS DE VIDA	X	
47. SIGNOS DE VIDA	X	
48. SIGNOS DE VIDA	X	
49. SIGNOS DE VIDA	X	
50. SIGNOS DE VIDA	X	
51. SIGNOS DE VIDA	X	
52. SIGNOS DE VIDA	X	
53. SIGNOS DE VIDA	X	
54. SIGNOS DE VIDA	X	
55. SIGNOS DE VIDA	X	
56. SIGNOS DE VIDA	X	
57. SIGNOS DE VIDA	X	
58. SIGNOS DE VIDA	X	
59. SIGNOS DE VIDA	X	
60. SIGNOS DE VIDA	X	
61. SIGNOS DE VIDA	X	
62. SIGNOS DE VIDA	X	
63. SIGNOS DE VIDA	X	
64. SIGNOS DE VIDA	X	
65. SIGNOS DE VIDA	X	
66. SIGNOS DE VIDA	X	
67. SIGNOS DE VIDA	X	
68. SIGNOS DE VIDA	X	
69. SIGNOS DE VIDA	X	
70. SIGNOS DE VIDA	X	
71. SIGNOS DE VIDA	X	
72. SIGNOS DE VIDA	X	
73. SIGNOS DE VIDA	X	
74. SIGNOS DE VIDA	X	
75. SIGNOS DE VIDA	X	
76. SIGNOS DE VIDA	X	
77. SIGNOS DE VIDA	X	
78. SIGNOS DE VIDA	X	
79. SIGNOS DE VIDA	X	
80. SIGNOS DE VIDA	X	
81. SIGNOS DE VIDA	X	
82. SIGNOS DE VIDA	X	
83. SIGNOS DE VIDA	X	
84. SIGNOS DE VIDA	X	
85. SIGNOS DE VIDA	X	
86. SIGNOS DE VIDA	X	
87. SIGNOS DE VIDA	X	
88. SIGNOS DE VIDA	X	
89. SIGNOS DE VIDA	X	
90. SIGNOS DE VIDA	X	
91. SIGNOS DE VIDA	X	
92. SIGNOS DE VIDA	X	
93. SIGNOS DE VIDA	X	
94. SIGNOS DE VIDA	X	
95. SIGNOS DE VIDA	X	
96. SIGNOS DE VIDA	X	
97. SIGNOS DE VIDA	X	
98. SIGNOS DE VIDA	X	
99. SIGNOS DE VIDA	X	
100. SIGNOS DE VIDA	X	

ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA

ENFERMERO Y ANESTESIOLOGO

1. Se ha comprobado la correcta colocacion de los aparatos de anestesia y la medicacion anestésica?	✓
2. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia?	✓
3. ¿Se ha comprobado la correcta colocacion de los aparatos de anestesia y la medicacion anestésica?	✓
4. ¿El paciente tiene el pulso fuerte y funcional?	✓
5. ¿El paciente tiene la oximetria y funcional?	✓
6. ¿El paciente tiene los demas signos de vida funcionales?	✓
* INDUCCION ANESTESICA	
7. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia?	✓
8. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia?	✓
9. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia?	✓

ANTES DE LA INDUCCION QUIRURGICA

AUXILIAR DE SALA, QUIRURJO, ANESTESIOLOGO, ENFERMERO Y QUIRURGA

1. ¿Se ha comprobado la identidad del paciente y el procedimiento a realizar?	✓
2. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia y la medicacion anestésica?	✓
3. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia y la medicacion anestésica?	✓
4. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia y la medicacion anestésica?	✓
* QUIRURJO	
5. ¿Se ha comprobado el tiempo quirúrgico estimado?	✓
6. ¿Se ha comprobado el evento adverso previsto?	✓
* ANESTESIOLOGO	
7. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia y la medicacion anestésica?	✓
8. ¿Se ha comprobado el estado de los aparatos de anestesia y la medicacion anestésica?	✓

101





NOTAS DE ENFERMERIA  
SALAS DE CIRUGIA

102  
28

NOMBRE Ines Rodriguez Cardenas		CAMA
HISTORIA CL 39617606	EDAD 50	SERVICIO CA Amb
EPS Univido	FECHA 23-08-17	HORA

SIGNOS VITALES DE INGRESO	* TA: 139/80 Mm/Hg	FC:	52 X	FR:	X	TEMP:	C°
ASPECTO PSICOLOGICO							
ASPECTO FISICO	Ingresu paciente al servicio de Cirugia acompañado de familiar caminando por sus propios medios. Se prepara para Cirugia con bata quirurgica e historia Clinica no requiere de ayuno. Alergias niega. Patologia niega.						

CIRUJANO	DOCTOR	ANESTESIOLOGO:	
INTERVENCION QUIRURGICA	E.F. cristallino + emul	TIPO DE ANESTESIA:	Blockeo
Sifonias + Anestesia local GP de ojo		INTRUMENTADORA:	Consola con...
		HORA INICIO:	12:00
		HORA FINALIZA:	12:30
PATOLOGIA	SI	NO	CLASE
			TIEMPO QUIRURGICO: 30'

SIGNOS VITALES TRAN-OPERATORIO										
HORA	12:30	12:40	12:50	13:00						
TA (MM/HG)	145/71	156/73	155/75	117/73						
FC (X)	52	66	50	58						
SPO 2 (%)	100	99	98	98						
MODEL : CBF32 UVFL* D 14.50 OPTIC Ø : 8.00 MM OVERALL Ø : 12.50 MM "A" CONSTANT : 118.2 SN O-22113002A1Z01-21 POSTERIOR CHAMBER OMNI LENS PVT. LTD.										

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS			
CLASE	DOSIS	VIA	HORA

DATOS DEL RECIEN NACIDO				HORA NACIDO:	
SEXO:	APGAR			PESO	grs
TALLA	PC	cm	PT	cm	PA
LO RECIBE	GINECOLO /				
PROFILAXIS	UMBILICAL	ISODINE SOLUCION	OFTALMICA	GENTAMICINA 1 GOTA C/OJO	
KONAKION	1 MILIGRAMO INTRAMUSCULAR				
MUESTRAS	TSH Y HEMOCLASIFICACION				
SALE A:					
OBSERVACIONES:					

RECUENTO	COMPRESAS	CORTOPUNZANTE	OTROS	DRENAJES	SONDAS	VENDAS	MECHAS	YESOS
INICIAL								
FINAL								

OTRAS OBSERVACIONES: 12:00 Se realiza bloqueo para cirugía y antisepsia del ojo. Derecha administrada anestesia bloquea + sifonias para procedimiento sin complicaciones. Se realiza sifonias de la izquierda.

FIRMA: [Firma]

LIQUIDOS ADMINISTRADOS			LIQUIDOS ELIMINADOS						
HORA	CLASE	CANTIDAD	HORA	ORINA	SNG	T EN T	TUBO TORAX	VOMITO	HEMOVAC

TRANSFUSIONES				IRRIGACION		
HORA	CLASE	CANTIDAD	OBSERVACIONES	HORA	CLASE	CANTIDAD

CRITERIOS DE EVALUACION	AL LLEGAR	15'	30'	45'	1 HORA	AL SALIR DEL SERVICIO
<b>1. ACTIVIDAD MUSCULAR</b>						
MOV VOLUNTARIO AL ORDENARSELE (4 EXTREM).....2 (2 EXTREM) .....1	2	2	2	2	2	2
COMPLETAMENTE INMOVIL.....0						
<b>2. RESPIRACION</b>						
RESPIRACIONES AMPLIAS.....2						
RESPIRACIONES LIMITADAS O DISNEAS.....1	2	2	2	2	2	2
RESPIRACIONES NO ESPONTANEAS.....0						
<b>3. CIRCULACION</b>						
TENSION ARTERIAL (mm/hg)	2	2	2	2	2	2
FRECUENCIA CARDIACA (X')						
<b>4. CONCIENCIA</b>						
COMPLETAMENTE DESPIERTO.....2	2	2	2	2	2	2
SOMNOLIENTO.....1						
NO RESPONDE A ESTIMULO AUDITIVO.....0						
<b>5. COLOR</b>						
MUCOSA SONROSADAS.....2	2	2	2	2	2	2
PALIDO.....1						
CIANOTICO.....0						

SERVICIO AL QUE SE TRASLADA EL PACIENTE: ambulatorio HORA:  

DRENAJES Y CONEXIONES CON LAS QUE SALE: paciente de cuidado en compañía de familiar, en falta de cuidados, con orden de salida, cita de control a continuación, cuidados en casa

FIRMA: Juan P.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGÁ  
LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

HORA: \_\_\_\_\_

Nit. 890.680.025-1

Nombre Inés Rodríguez  
Corderos

Historia Clínica 39617600

Edad 50 E.P.S. conviviu

Fecha: 23-0-17

LEGADA PACIENTE		ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA		ANTES DE LA INCISION QUIRURGICA	
RECEPCION DEL PACIENTE EN SALAS	SI	NO	ENFERMERO Y ANESTESIOLOGO	SI	NO
1. NOMBRE Y NUMERO DE HISTORIA	<input checked="" type="checkbox"/>		1. Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?		
2. CANALIZADO EN LADO CORRECTO		<input checked="" type="checkbox"/>	2. ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. VENA PERMEABLE		<input checked="" type="checkbox"/>	3. ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?	<input checked="" type="checkbox"/>	
4. PREVIAMENTE RASURADO		<input checked="" type="checkbox"/>	4. El paciente tiene tensiómetro y funciona?	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. CON BATA QUIRURGICA	<input checked="" type="checkbox"/>		5. El paciente tiene oximetría y funciona?	<input checked="" type="checkbox"/>	
6. ASEADO Y ORGANIZADO	<input checked="" type="checkbox"/>		6. El paciente tiene derivaciones de EKG y funciona?	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. SIN JOYAS	<input checked="" type="checkbox"/>		<b>* INDUCCION ANESTESICA:</b>		
8. SIN PROTESIS	<input checked="" type="checkbox"/>		Via Aérea Difícil		
9. EN CAMILLA		<input checked="" type="checkbox"/>	Riesgo de Hemorragia		
10. FOTOS, RADIOGRAFIAS Y OTROS	<input checked="" type="checkbox"/>		Riesgo de Aspiracion		
11. HISTORIA CLINICA	<input checked="" type="checkbox"/>				
12. AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>				
13. VERIFICACION DE AYUNO		<input checked="" type="checkbox"/>			
14. CONFIRMACION DE PROCEDIMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/>				
ENFERMERA (O) QUE ENTREGA PACIENTE: <u>Donela Mantun</u>					
ENFERMERA (O) QUE RECIBE PACIENTE:					
				<b>AUXILIAR DE</b> <b>SALA, CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, INSTRUMENTADORA</b> 1. Confirmar que todos los miembros del equipo se hallan presentado por su nombre y función 2. Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento 3. ¿se ha administrado profilaxis antibiótica por orden del cirujano? 4. Previsión de eventos críticos <b>* Cirujano:</b> Tiempo quirúrgico estimado Evento adverso Pérdida de sangre prevista <b>* Anestesiólogo:</b> Presenta el paciente algún problema específico? Materiales equipos y ayudas disponibles	

1. MARQUE CON UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE
2. LEA ATENTAMENTE Y COLOQUE LA RESPUESTA CORRECTA
3. Organización Mundial de la Salud- Resolución

103  
K  
ET



NIT. 890 680 025-1

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGÁ  
LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

HORA:

FINALIZACION DE ACTO QUIRURGICO

AUXILIAR DE SALA, CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, INSTRUMENTADORA	SI	NO
* Instrumentadora:		
Se ha confirmado la esterilidad con resultado de los indicadores (equipos y paciente)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental o los equipos?		<input checked="" type="checkbox"/>
Recuento de gases, compresas, instrumentos y agujas	<input checked="" type="checkbox"/>	
Patología y su nombre de etiqueta		<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Auxiliar de Enfermería de</b>		
Confirma verbalmente:	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre del procedimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	
ANESTESIOLOGO		
CIRUJANO: <i>Dr. Jimenez</i>		
AYUDANTE:		
AUXILIAR DE ENFERMERIA: <i>Consuelo</i>		
INSTRUMENTADORA: <i>Consuelo Gonzalez</i>		

SAUIDA DE PACIENTE

SAUIDA DE SALA, RECUPERACION Y ENTREGA DE PACIENTE A PISO O SALIDA	SI	NO	NO PROCEDE
1. Se entrega paciente y se comentan eventualidades del procedimiento a la auxiliar de recuperación?	<input checked="" type="checkbox"/>		
2. Se evalúa la recuperación del paciente para autorizar la salida?	<input checked="" type="checkbox"/>		
3. El anestesiólogo autoriza la salida?	<input checked="" type="checkbox"/>		
4. Se confirma si va para hospitalización o tiene boleta de salida?	<input checked="" type="checkbox"/>		
5. Se confirma habitación y se confirma piso?	<input checked="" type="checkbox"/>		
6. Se entrega paciente a enfermera de piso, con historia, imágenes diagnósticas, limpio, organizado, consistente y con recomendaciones necesarias?	<input checked="" type="checkbox"/>		
7. Se entrega paciente a la Enfermera de ambulatorios con boleta de salida	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>ENFERMERO QUE RECIBE PACIENTE:</b>			
<b>ENFERMERO QUE ENTREGA PACIENTE:</b> <i>Parra</i>			
<b>ANESTESIOLOGO DE TURNO:</b>			
<b>FIRMA Y SELLO:</b>			
<b>HORA DE SALIDA DEL PACIENTE:</b>			

OBSERVACIONES:

- 1. MARQUE CON UNA X EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE
- 2. LEA ATENTAMENTE Y COLOQUE LA RESPUESTA
- 3. CORRECTA Organización Mundial de la Salud Resolución



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
E.S.E.  
FUSAGASUGA

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL**  
**FUSAGASUGA**  
**890680025**

Fecha Actual : miércoles, 09 agosto 2017

104  
38

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**N°25745**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Fecha Documento: 24/mayo/2017 10:48 a. m.  
Médico: 79157475 MANUEL FERNANDO JIMENEZ  
Información Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Tipo Paciente: Subsidiado Sexo: Femenino  
Tipo Documento: Cédula Ciudadanía Número: 39617606 Edad: 50 Años \ 4 Meses \ 7 Días F. Nacimiento: 02/04/1967  
E.P.S.: EPS022 CONVIVA E.P.S.  
Entidad:

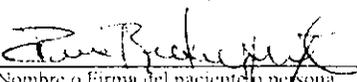
**DETALLE DEL CONSENTIMIENTO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS**

(Otorgado en cumplimiento del artículo 15 de la Ley 23 de 1981)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA EL PROCEDIMIENTO	MANUEL FERNANDO JIMENEZ	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
HISTORIA CLÍNICA No	39617606	
TIPO DE INTERVENCIÓN	Intervencion_Quirurgica	
PROCEDIMIENTO	EXTRACCION DE CATARATA + IRIDECTOMIA OJO DERECHO, CAPSULOTOMIA YAG LASER OJO IZQUIERDO	
ASPECTOS DEL PROCEDIMIENTO	VER HC	
TIPO DE PREPARACIÓN	SEGUN PROTOCOLO	
TIEMPO QUIRÚRGICO		
REQUERIMIENTOS ESPECIALES		
TIPO DE ANESTESIA QUE EL PROCEDIMIENTO REQUIERE	Local	
CALIDAD CON LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO	TIPO AUTORIZACIÓN	
	Paciente	
	NOMBRE	INES RODRIGUEZ CARDENAS

Bogotá, D.C., Día miércoles Mes mayo Año 2017 Hora: 10:48 a. m.

  
Nombre o Firma del paciente o persona que otorga el consentimiento.  
C.C. 39617606 V 994

\_\_\_\_\_  
Nombre o firma del medico  
R.M. No.  
C.C.



105  
~~105~~  
 9

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**Nº23023**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Fecha Documento: 01 marzo 2017 12:57  
 Médico: M.S. JIMENEZ MANSUETI FERNANDO  
 Información Paciente: INSUS - CUBIERTA DE SALUD - SUS Tipo Paciente: Subsecundario Sexo: femenino  
 Tipo Documento: Cédula Ciudadana Número: 9901 696 Edad: 19 Años 10 Meses 29 Días F. Nacimiento: 02/01/1967  
 E.P.S.: EPS - SUS - CUBIERTA DE SALUD  
 Entidad:

**DETALLE DEL CONSENTIMIENTO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS**  
 (otorgado en cumplimiento del artículo 13 de la Ley 23 de 1981)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO	MANSUETI FERNANDO JIMENEZ
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	MRS. RODRIGUEZ CARDENAS
HISTORIA CLÍNICA No.	9901 696
TIPO DE ESPECIALIDAD	GENERALES
ASPECTOS DEL PROCEDIMIENTO	ASPECTOS
TIPO DE PREPARACION	INDICACIONES DE ESPECIALISTA
DE NEGOCIACIÓN	
REFERENCIAS O ESPECIALIS	
UBICACIÓN DEL SITIO DEL PROCEDIMIENTO	LOCAL
CALIFICACIONES Y SIGNATURAS CONSENTIMIENTO	MANSUETI FERNANDO JIMENEZ Paciente NOMBRE: MRS. RODRIGUEZ CARDENAS

Bogotá D.C. Día: miércoles Mes: marzo Año: 2017 Hora: 12:57

*[Firma]*  
 Nombre o Firma del paciente o persona que otorga el consentimiento  
 C.C. 991619696

*[Firma]*  
 Nombre o Firma del profesional que realiza el procedimiento  
 MANSUETI FERNANDO JIMENEZ

Identificación Profesional: 7915/475  
 JIMENEZ MANSUETI FERNANDO

Testigo  
C.C.

Testigo  
C.C.

106  
~~38~~

## NO CONSENTIMIENTO

Manifiesto que habiendo recibido la información solicitada, he decidido no dar mi consentimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre o firma del paciente o persona que otorga el consentimiento  
C.C.

Este Documento debe incorporarse a la Historia Clínica del Paciente

Recibido  
Por  
J.M.F.  
2011  
2011  
2011

**NOTAS DE ENFERMERIA****SALAS DE CIRUGIA**

**NOMBRE: JESUS RODRIGUEZ CARDENA**  
**HISTORIA CLINICA: 19617606**  
**EDAD: 30 AÑOS**  
**SERVICIO: OXAMBOATORIA**  
**ASECONVIDA**  
**FECHA: 19/04/2011**  
**HORA: 07:30**

**SIGNOS VITALES DE INGRESO: TA: 145/88 mm/hg FC: 72X FR: 21**

**ASPECTO PSICOLOGICO: Ansiosa Alerta**

**ASPECTO FISICO:**

Ingres a paciente al servicio de cirugía en compañía de familiar caminado por sus propios medios se prepara para cirugía, bata quirúrgica e historia clínica, no requiere ayuno, alérgicos, niega, patológicos niega.

**CIRUJANO: DOC JIMENEZ**

**INTERVENCION QUIRURGICA: Extracción de catarata faco ojo izquierdo**

**TIPO DE ANESTECIA: Bloqueo**

**INTRUMENTADOR: Andrea Holguin**

**PATOLOGIA: NO**

**HORA DE INICIO: 8+.30**

**HORA FINALIZA: 9+30**

**TIEMPO QUIRUGICO: 1 HORA**

**SIGNOS VITALES TRAN-OPERATORIO**

**HORA: 8:30,4:40,8:50,9:00, 9:10, 9:20,9:30**

**T/A: 144/76, 150/73, 124/69, 131/69, 147/68, 143/74, 142/65**

**FC: 50,49, 46, 47, 52, 51,55**

**SPO 2(%): 99, 99, 99, 99, 100,100,99**

**OTRAS OBSERVACIONES:**

Paciente valorada por el Doctor Jiménez quien realiza previa asepsia y antisepsia aplica anestesia local e inicia procedimiento termina procedimiento, termina procedimiento sin complicaciones se traslada paciente a sala de recuperación.

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
 REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
 CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

CRITERIO DE EVALUACION	AL LLEGAR	15	10	5	AL SALIR DEL SERVICIO
Actividad muscular : 4 extremidades 2,2extremidades 1,completamente unmovil0,	2	2	2	2	2
Respiración: RESPIRACIONES AMPLIAS 2, RESPIRACIONES LIMITADAS 1, RESPIRACIONES NO ESPONTANEAS.	2	2	2	2	2
Circulación Tensión arterial, frecuencia cardiaca	132/72,55,99	131/73,52,100	2	2	142/69,52,99
Conciencia: completamente despierto 2, somnoliento 1, no responde a estimulo auditivo.	2	2	2	2	2
color: mucosa sonrosada 2, pálida 1, cianótica 0	2	2	2	2	2

SERVICIO A QUE SE TRASLADA EL PACIENTE: CX AMBULATORIA

DRENAJES Y CONEXIONES CON LAS QUE SALE: Alerta, consiente, orientada, caminado por sus propios medios en compañía de familiar, con historia clínica, ordenes médicas, cita de control y recomendaciones de cuidado en casa.

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

PACIENTE		
INDICACION DEL PACIENTE EN SACAS	SI	NO
NOMBRE Y NUMERO DE HISTORIA	X	
CANALIZADO EN LADO CORRECTO		X
VENA PERMEABLE		X
PREVIAMENTE RASURADO		X
CON BATA QUIRURGICA	X	
ASEADO Y ORGANIZADO	X	
SIN JOYAS	X	
SIN PORTESIS	X	
EN CAMILLA		X
FOTOS, RADIOGRAFIA Y OTROS	X	
HISTORIA CLINICA	X	
AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO	X	
VERIFICACION DE AYUNO		X
CONFIRMACION DE PROCEDIMIENTO	X	

YERALDIN PRADA

ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA		
ENFERMERO Y ANESTESIOLOGO		
	SI	NO
Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirurgico, el procedimiento y su consentimiento?	X	
¿se ha marcado el sitio quirurgico?	X	
se ha completado la comprobacion de los aparatos de anestesia y la medicacion anestesia?	X	
el paciente tiene tensiometro y funciona?	X	
el paciente tiene oximetria y funciona?	X	
el paciente tiene derivaciones de EKG y funciona?	X	
via aerea dificil		X
riesgo de hemorragia		X
riesgo de aspiracion		X

ANTES DE LA INCISION QUIRURGICA		
AJILIAR DE SALA CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, INSTRUMENTADOR		
	SI	NO
CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HALLAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCION	X	
CONFIRMAR LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, EL SITIO QUIRURGICO Y EL PROCEDIMIENTO	X	
¿ SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA POR ORDEN DEL CIRUJANO?	X	

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
 REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
 CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

PREVISION DE EVENTOS CRITICOS	X	
EVENTO ADVERSO		X
PERDIDA DE SANGRE PREVIA	X	

FINALIZACION DE ACTO QUIRURGICO		
AUXILIAR DE SALA, CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, INSTRUMENTADOR	SI	NO
<b>INTRUMENTADORA</b>		
Se ha confirmado la esterilidad con resultados de los indicadores	X	
hay dudas o problemas relacionados con el instrumental a los equipos		X
recuento de gases, compresas, instrumentos y agujas		X
<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>		
confirma verbalmente	X	
nombre del procedimiento	X	
ANESTESIOLOGO: dr. jimenez		
CIRUJANO: DR. JIMENEZ		
AUXILIAR DE ENFERMERIA: SANDRA ALVARADO		
INSTRUMENTADOR: ANDREA MOLGUIN		

SALIDA DEL PACIENTE		
SALIDA DE SALA, RECUPERACION Y ENTREGA DE PACIENTE A PISO O SALIDA	SI	NO
Se entrega paciente y se comentan eventualidades del procedimiento a la auxiliar de recuperación?	X	
Se evalúa la recuperación del paciente para autorizarla salida?	X	
el anestesiólogo autoriza la salida		X
se confirma si va para hospitalización o tienen boleta de salida	X	
se confirma habitación y se confirma piso		X
Se entrega paciente a enfermera de piso, con historia, imágenes diagnósticas, limpio, organizado, consiente y con recomendaciones necesaria?	X	
se entrega paciente a la enfermera de ambulatorios con boleta de salida	X	

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
 REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
 CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

**NOTAS DE ENFERMERIA****SALAS DE CIRUGIA****NOMBRE: RIVERA RIGUEZ CARDENA****HISTORIA CLINICA: 1817606****EDAD: 60 AÑOS****SERVICIO: EXAMBUATORIA****EPS: CONVIDA****FECHA: 27/08/2017****HORA:****SIGNOS VITALES DE INGRESO: TA: 139/80 mm/hg FC: 52****ASPECTO FISICO:**

Ingres a paciente al servicio de cirugía en compañía de familiar caminado por sus propios medios se prepara para cirugía con bata quirúrgica e historia clínica, no requiere ayuno, alérgicos, niega, patológicos niega.

**CIRUJANO: DOC JIMENEZ****INTERVENCION QUIRURGICA: E.F CRISTALINO más emulsificación mas iridectomía ojo derecho****TIPO DE ANESTECIA: Bloqueo****INTRUMENTADOR: Consuelo Quiñon****PATOLOGIA: no****HORA DE INICIO: 12+00****HORA FINALIZA: 12+30****TIEMPO QUIRUGICO: 30'****SIGNOS VITALES TRAN-OPERATORIO****HORA: 12:00, 12:10, 12:20, 12:30****T/A: 145/71, 156/73, 155/75, 170/78****FC: 53,66,60,54****SPO 2(%): ,96,95,97,98****OTRAS OBSERVACIONES:****TRANSCRITA POR: YESSICA REINA****REVISADA POR: DR. JHON RINCON****CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS**

**12+00:** Doctor Jiménez previa asepsia y antisepsia del ojo derecho, administración de anestesia bloqueo extremidad, inicia procedimiento quirúrgico 12+30 termina procedimiento sin complicaciones, se deja paciente en recuperación.

INDICADOR	VALUACION	AL LLEGAR	15			
Actividad muscular : 4 extremidades 2,2extremidades 1,completamente unmovil0,		2	2	2	2	2
Respiración: RESPIRACIONES AMPLIAS 2, RESPIRACIONES LIMITADAS 1, RESPIRACIONES NO ESPONTANEAS.		2	2	2	2	2
Circulación Tensión arterial, frecuencia cardiaca		2	2	2	2	2
Conciencia: completamente despierto 2, somnoliento 1, no responde a estimulo auditivo.		2	2	2	2	2
color: mucosa sonrosada 2, pálida 1, cianótica 0		2	2	2	2	2

SERVICIO A QUE SE TRASLADA EL PACIENTE: AMBULATORIA

DRENAJES Y CONEXIONES CON LAS QUE SALE: Paciente de cirugía en compañía del familiar, en silla de ruedas; con orden de salida, cita de control e indicaciones de cuidados en casa.

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

LLEGADA PACIENTE			
RECEPCION DEL PACIENTE EN SALAS			
	SI	NO	NO SE PUEDE
NOMBRE Y NUMERO DE HISTORIA	X		
CANALIZADO EN LADO CORRECTO			X
VENA PERMEABLE			X
PREVIAMENTE RASURADO			X
CON BATA QUIRURGICA	X		
ASEADO Y ORGANIZADO	X		
SIN JOYAS	X		
SIN PORTESIS	X		
EN CAMILLA		X	
FOTOS, RADIOGRAFIA Y OTROS	X		
HISTORIA CLINICA	X		
AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO	X		
VERIFICACION DE AYUNO			X
CONFIRMACION DE PROCEDIMIENTO	X		

DANIELA MANZANO

ANTES DE LA INDUCCION ANASTESICA		
ENFERMERO Y ANESTESIOLOGO		
	SI	NO
Ha confirmado al paciente su identidad, el sitio quirurgico, el procedimiento y su consentimiento?	X	
¿se ha marcado el sitio quirurgico?	X	
se ha completado la comprobacion de los aparatos de anestesia y la medicacion anestesia?	X	
el paciente tiene tensiometro y funciona?	X	
el paciente tiene oximetria y funciona?	X	
el paciente tiene derivaciones de EKG y funciona?	X	
vía aérea difícil		
riesgo de hemorragia		
riesgo de aspiracion		

ANTES DE LA INCISION QUIRURGICA		
AUXILIAR DE SALA, CIRUJANO, ANESTESIOLOGO, INSTRUMENTADOR		
	SI	NO
CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HALLAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCION	X	
CONFIRMAR LA IDENTIDAD DEL PACIENTE, EL SITIO QUIRURGICO Y EL PROCEDIMIENTO	X	
¿ SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIOTICA POR ORDEN DEL CIRUJANO?	X	

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
 REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
 CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

PREVISION DE EVENTOS CRITICOS	X	
EVENTO ADVERSO		X
PERDIDA DE SANGRE PREVIA	X	

<b>FINALIZACION DE ACTO QUIRURGICO</b>		
<b>AUXILIAR DE SALA CIRUJANO</b>		
<b>ANESTESIOLOGO, INSTRUMENTADOR</b>		
<b>INTRUMENTADORA</b>		
Se ha confirmadola esterilidad con resultados de los indicadores	X	
hay dudas o problemas relacionados con el instrumental o los equipos		X
recuento de gases, compresas, instrumentos y agujas	X	
<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>		
confirma verbalmente	X	
nombre del procedimiento	X	
<b>ANESTESIOLOGO</b>		
<b>CIRUJANO: DR. JIMENEZ</b>		
<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA:</b>		
<b>INSTRUMENTADOR: CONSUELO QUIÑONEZ</b>		

<b>SALIDA DEL PACIENTE</b>		
<b>SALIDA DE SALA, RECUPERACION Y ENTREGA DE PACIENTE A PISO O SALIDA</b>		
Se entrega paciente y se comentan eventualidades del procedimiento a la auxiliar de recuperación?	X	
se evalúa la recuperación del paciente para autorizarla salida?	X	
el anestesiólogo autoriza la salida	X	
se confirma si va para hospitalización o tienen boleta de salida	X	
se confirma habitación y se confirma piso		X

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
 REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
 CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

se entrega paciente a enfermera de piso, con historia, imágenes diagnósticas, limpio, organizado, consiente y con recomendaciones necesaria?	x	
se entrega paciente a la enfermera de ambulatorios con boleta de salida	x	

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**N° 25745**

#### **INFORMACION GENERAL**

Fecha documento: 24/mayo/2017 10:48 am  
 Medico: 79157475 MANUEL FERNANDO JIMENEZ  
 Información del paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS  
 Tipo de pacientes: cedula 39617606  
 Edad 50 años  
 Fecha de nacimiento: 02/4/1967  
 Eps: convida

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICOS (Otorgado en cumplimiento del artículo 15 de la ley 23 de 1981)**

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA EL PROCEDIMIENTO	MANUEL FERNANDO JIMENEZ
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	INES RODRIGUEZ CARDENAS
HISTORIA CLINICA	39617606
TIPO DE INTERVENCION	intervencion quirurgica
PROCEDIMIENTO	EXTRACCION DE CATARATA+ IRIDERCTOMIA OJO DERECHO, CAPSULOTOMIA YAG LASER OJO DERECHO
ASPECTOS DEL PROCEDIMIENTO	VER HC
TIPO DE PREPARACION	SEGÚN PROTOCOLO
TIEMPO QUIRURGICO	
REQUERIMIENTOS ESPECIALES	
TIPO DE ANESTESIA QUE EL PROCEDIMIENTOS REQUIERE	LOCAL
CALIDAD CON LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO	INESCARDENAS

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
 REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
 CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

**CONSENTIMIENTO INFORMADO****N° 23023****INFORMACION GENERAL**

Fecha documento: 01/Marzo/2017 12:57 am  
 Medico: 79157475 MANUEL FERNANDO JIMENEZ  
 Información del paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS  
 Tipo de pacientes: cedula 39617606  
 Edad 49 años  
 Fecha de nacimiento: 02/4/1967  
 Eps: convida

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MEDICO QUIRURGICOS**  
**(Otorgado en cumplimiento del artículo 15 de la ley 23 de 1981)**

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA EL PROCEDIMIENTO	MANUEL FERNANDO JIMENEZ
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE	INES RODRIGUEZ CARDENAS
HISTORIA CLINICA	39617606
TIPO DE INTERVENCION	intervencion quirurgica
PROCEDIMIENTO	EXTRACION DE CATARATA IRIDECTOMIA OI
ASPECTOS DEL PROCEDIMIENTO	VER HC
TIPO DE PREPARACION	INDICACIONES DEL ESPECIALISTA
TIEMPO QUIRURGICO	
REQUERIMIENTOS ESPECIALES	

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
 REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
 CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS

117  
19  
54

TIPO DE ANESTESIA QUE EL PROCEDIMIENTOS REQUIERE	LOCAL
CALIDAD CON LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO	INESCARDENAS

**FIRMA DEL PACIENTE**

TRANSCRITA POR: YESSICA REINA  
REVISADA POR: DR. JHON RINCON  
CERTIFICADA POR: DR. ANDREI ROJAS



118  
42

Historia Clínica de Oftalmología

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 11 Pagina 1/1  
Fecha de Registro: 18/06/2016 10:59

**Datos Personales** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606  
Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Dí Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KR1 NO 7 30 I  
Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación** Entidad: 480 - CONVIDA II EVENTO - AMBULATORIO  
Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso:** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:  
Dirección Acudiente: Ingreso: 960584  
Fecha de Ingreso: 18/06/2016 10:23:21 a.m. Causa Externa: Enfermedad General Finalidad de Consulta: No Aplica

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

DISMINUCION DE VISION. VALORADA POR OPTOMETRIA (MARZO /15) CON AVMC ODI: 20/80

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos

Quirúrgicos

Oftálmicos Usa anteojos desde:

Familiares

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico  
Cover test: Ortoforico: X: E: ET: Pcc: 0,0000 cm  
(E)T: (X) T:

Movimientos Oculares:

Anexos:

Exámen Pupilar:

**IV. Agudeza Visual**

Lejos:

Cerca:

Sc	OD
Cc	OD

20/70

OI
OI

20/80-

J
J

**V. Queratometría**

OI

**VI. Refracción**

Objetiva

Subjetiva

OD

OI

OD

OI

Adición:

**VII. Biomicroscópica**

OD: CAF, CORNEA CLARA, NE+++OI: CAF, CORNEA CLARA, NE+++ SCP +

**VIII. Tonometría**

OD 14

mm de Hg

Antecedentes

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**Historia Clínica de Oftalmología**

Apriada

**OI** 14 mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

AO: DISCO BORDES DEFINIDOS, CUP 0.4, MACULA CON DISMINUCION DE BRILLO, COROIDOSIS

**X. Conducta**

PACIENTE CON DX: I. CATARATA AO, MAYOR OISE DA ORDEN DE BIOMETRIA DE AMBOS OJOS. CONTROL CON RESULTADOS CON DR CONTRERAS PARA CONSIDERAR FACO MAS LIO OI.

**Antecedentes**

**Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>

**Exámenes**

28123	Biometría ocular (unilateral)	2	AMBOS OJOS
39140E	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1	CITA OFTALMOLOGIA CON DR CONTRERAS CON RESULTADOS DE EXAMENES ----- VENIR ACOMPAÑADA PARA DILATAACION DE PUPILAS ----- ASIGNAR CON DR CONTRERAS

**Profesional** VELASCO PINZON NICOLAS  
**Registro Profesional** 1018407998  
**Especialidad** OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."



119-21  
43

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento		
1010719		11/08/2016 13:38		39617606		
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>						
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>						
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino	
Estado Civil:		Soltero				
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I	
					Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS					
Folio:	12	Fecha Folio:	11/08/2016 02:07:50 p.m.			

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 12

(Fecha: 11/08/2016 02:07 p.m.)

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1010719 Fecha: 11/08/2016 01:38:23 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Accidente\_de\_Transito

**INFORMACION DE PACIENTE**

Hemoclasiificación:	No Sabe	Religion		Ocupacion	
Empresa donde Trabaja:					
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo Consulta

ACCIDENTE DE TRANSITO

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENIA DE 49 AÑOS DE EDAD, QUIEN REFIERE ES VICTIMA DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON, REFIERE FIERE ARROLADA POR UNA MOTO PRESENTADO TRAUMA EN COLUMNA LUMBOSACRA Y CADERAS BILATERALES, LA PACIENTE REFIERE DIFICULTAD PARA LA MARCHA, LA PACIENTE REFIERE NO PRESENTO PERIDA DEL CONCIMIENTO, NIEGA OTROS SINTOMAS RELACIONADOS.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NIEGA OTROS SINTOMAS RELACIONADOS		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**  
**NIT: 890680025-1**

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento					
<b>1010719</b>	<b>11/08/2016 13:38</b>	<b>39617606</b>					
Paciente:	<b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>						
Servicio:	<b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>						
Fecha Nacimiento:	<b>02/04/1967</b>	Edad:	<b>52 Años \ 8 Meses \ 14 Días</b>	Sexo:	<b>Femenino</b>	Estado Civil:	<b>Soltero</b>
Municipio:	<b>FUSAGASUGA</b>	Barrio o Vereda:	<b>URB SAN ANTONIO</b>	Dirección:	<b>KR1 NO 7 30 I</b>	Telefono:	<b>3142661324</b>
Entidad:	<b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS</b>						
Folio:	<b>12</b>	Fecha Folio:	<b>11/08/2016 02:07:50 p.m.</b>				

**DATOS DEL INGRESO**

**FOLIO Nº 12**

**(Fecha: 11/08/2016 02:07 p.m.)**

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1010719 Fecha: 11/08/2016 01:38:23 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Accidente de Transito

Piel y Faneras	NO REFIERE	Trauma	No
		Lesión por causa externa	No

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Transversal 12 No. 22-51 Barrio San Mateo, Fusagasuga, Cundinamarca - PBX: 8733000



120  
72  
94

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1010719	11/08/2016 13:38	39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>			
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>			
Fecha Naclimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	12	Fecha Folio:	11/08/2016 02:07:50 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 12

(Fecha: 11/08/2016 02:07 p.m.)

Responsablè:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1010719 Fecha: 11/08/2016 01:38:23 p.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Accidente de Transito

**EXAMEN FISICO**

**SIGNOS VITALES**

Estado General	REGULAR	Sistolica	110,000	mmHg	Diastólic	70,000	mmHg	Media	83,333
F. C.	80,000	L*m	F. R.	20,000	R*m	Temperatura	37,00	°C	00
						Peso	0,000	Kg	Talla
									0,000
									Mt

SO2	0,000	IMC	0,000	Kg/m2
Apertura Ocular	Esponánea	Rpta. Verbal	Orientado	Rpta. Motora
				Obedece

Glasgow	0,000
---------	-------

Estado General	NORMAL	PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALGICA, AFEBRIL, DESHIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Cráneo Facial	NORMAL	MUCOSA ORAL SEMISECS
Cuello y Columna	NORMAL	
Cardiopulmonar y Torax	NORMAL	
Abdomen	NORMAL	NO DISTENDIDO, BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION SUSPERFICIAL O PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRROTACION PERITONEAL
Extremidades	NORMAL	CON DOLOR A LA PALPACION EN COLUMAN LUMBOSACARA, CON DOLOR EN CADERAS BILATERALES, CON LIMITACION EN EL ARCO DE MOVIMIENTOS
Neurológico y Mental	NORMAL	SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE
Genital Rectal	NORMAL	
Piel y Faneras	NORMAL	

DIAGNOSTICO:	T149	TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO
--------------	------	------------------------------



HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA  
NIT: 890680025-1

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento					
1010719	11/08/2016 13:38	39617606					
Paciente:	<b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>						
Servicio:	<b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>						
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino	Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Direccion:	KR1 NO 7 30 I	Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS						
Folio:	12	Fecha Folio:	11/08/2016 02:07:50 p.m.				

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 12

(Fecha: 11/08/2016 02:07 p.m.)

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1010719 Fecha: 11/08/2016 01:38:23 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Accidente de Transito

**Análisis e Interpretación de apoyo diagnóstico**

NIEGA OTROS SINTOMAS RELACIONADOS

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES MEDICOS DE IMPORTANCIA, EN EL MOMENTO ALGICO, CLINICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE REPSUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRNAITOCN TRAUMA EN COLUMNA LUMBAR, SE INDICA MANEJO MEDICO, PARA CLINICOS, REVALORACION CON RESULTADOS

*Camila Merchán*

Profesional: MERCHAN GARCIA CAMILA ANDREA

Registro Medico: 1032438716

Especialidad: MEDICINA GENERAL

121 3 48



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - III NIVEL

**EVOLUCION DE URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1010719	11/08/2016 13:38	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967**      **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 13**      Fecha: 11/08/2016 16:30      Pagina 1/2  
 Realizado por: **CAMILA ANDREA MERCHAN GARCIA**      **MEDICINA GENERAL**      TP: 1032438716

**Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
R529	DOLOR, NO ESPECIFICADO	Ppal <input type="checkbox"/> Fo <input checked="" type="checkbox"/>

Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional?      Cuál

**Información Subjetiva del Paciente**

PACIENTE QUE REFIERE PERSTENCIA DE DOLOR, CIN DIFICULTAD MARCADA PARA LA MARCHA

**Examen Físico**

PACIENTE EN ACPETABLE ESTADO GENERAL, ALGICA, AFEBRIL, DESHIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ISOCORIA NORMOREACTIVA, MUCOSA ORAL SEMISECA, CUELLO MOVIL, SIEMTRICO SIN MASAS NI ADENOPATIAS; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN NO DISTENDIDO, BLANDO NO DOLOROSO A LA PALICACION SUSPERFICIAL O PROFUNDA, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES; EUTROFICAS, SIN EDEMAS CON ADECUADA PERFUSION DISTAL, NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE

TA= 110 / 70 mmHg	TA media= 83 mmHg	FC= 80 lat/min	FR= 20 resp/min	Temp= 37,0 °C
Peso= ,00 Kg	Talla= ,00 mts	IMC= ,00 Kg/m2	Spo2= 0,000	Glasgow= 15

Estado General: **REGULAR**

Hallazgos Positivos:

**Analisis y Plan de Manejo**

RX DE COLUMNA LUMBOSACRA: DENTRO DE LIMITES NORMALES, SIN EVIDENCIA DE FRACTURA O FISURA

PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HERNIA DISCAL EN L5-S1, EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, CON CUADRO DE DOLOR LUMBAR PERTSENTE SE IDNCIA ANALGESIA Y REVALORACION POSTERIOR A LA MISMA

**Plan de Manejo**

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
Solucion Ringer x 500 ml					DOSIS UNICA	1
dexametazona x 4 mg/ml soluc. iny.					8MG IV AHORA	2
Morfina x 10 mg/ml ampolla					4MG IV AHORA	1



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

## EVOLUCION DE URGENCIAS

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1010719	11/08/2016 13:38	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha: **02/04/1967**      **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
Nacimiento:      Edad:  
Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 13**

Fecha: 11/08/2016 16:30

Pagina 2/2

Realizado por: CAMILA ANDREA MERCHAN GARCIA

MEDICINA GENERAL

TP: 1032438716

*Camila Merchán*

**Profesional**      MERCHAN GARCIA CAMILA ANDREA  
**Registro Medico:**      1032438716  
**Especialidad**      MEDICINA GENERAL

102 48



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1010719	11/08/2016 13:38	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
 Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 14** Fecha: 11/08/2016 18:25 Pagina 1/2  
 Realizado por: CAMILA ANDREA MERCHAN GARCIA MEDICINA GENERAL TP: 1032438716

### Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
T149	TRAUMATISMO, NO ESPECIFICADO	Ppal <input type="checkbox"/> Fo <input checked="" type="checkbox"/>
Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional? <b>Cuál</b>		

### Información Subjetiva del Paciente

PACIENTE QUE REFIERE SENTIRSE BIEN, REFIERE ADECUADO CONTROL DE LOS SINTOMAS

### Examen Físico

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, CCC NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SE EVIDENCIAN MASAS NI MEGALIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, CARDIOPULMOANR TORAX NORMOEXPANSIVO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO PRESENTE, SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION PULMONAR, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS, MOVILES, NO DOLOR A LA MOVILIZACION, SIN EDEMA, SNC NEUROLOGICO SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS +++/++++ PIEL SIN ALTERACIONES.

TA= 110 / 70 mmHg	TA media= 83 mmHg	FC= 80 lat/min	FR= 20 resp/min	Temp= 37,0 °C
Peso= ,00 Kg	Talla= ,90 mts	IMC= ,00 Kg/m2	Spo2= 0,000	Glasgow= 15

Estado General: **BUENO**  
 Hallazgos Positivos:

### Analisis y Plan de Manejo

RAIDOGRAFIA YA REPORTADA EN FOLIO ANTERIOR

PACIENTE FEMENIAN DE 49 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HERNIA DISCAL. EN EL MOMENTO CLINICAMNTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE REPSUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. CON CUADRO DE DOLOR LUMBAR REUSLEOT, SE IDNCIA SALIDA CON FORMULA MEDICA, RECOEMNDAICONES D EGRESO Y SIGNOS DE ALARMA

### Plan de Manejo

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
Metocarbamol x 750mg Tableta					1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 10 DIAS	20
Naproxeno x 250mg tableta.					1 TABLETA CADA 12 HORAS POR 10 DIAS	20

### Indicaciones de Salida

**Recomendaciones** **Dieta** **Actividad Fisica**



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1010719	11/08/2016 13:38	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 14**

Fecha: 11/08/2016 18:25

Pagina 2/2

Realizado por: CAMILA ANDREA MERCHAN GARCIA

MEDICINA GENERAL

TP: 1032438716

SI PRESENTA AUMENTO DE DOLOR, ACUDIR INMEDIATAMENTE

NORMAL

A TOLERANCIA

*Camila Merchán*

Profesional: MERCHAN GARCIA CAMILA ANDREA  
Registro Medico: 1032438716  
Especialidad: MEDICINA GENERAL

123  
47

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 201

### NOTA MEDICA

N° Historia Clínica:

Página 1/0

#### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 02/abril/1967 Edad Actual: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: KR1 NO 7 30

Teléfono: 3213068443

Procedencia: FUSAGASUGA

Ocupación:

#### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

Nivel - Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

#### DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 15

(Fecha: 11/08/2016 06:26 p.m.)

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

N° Ingreso: 1010719 Fecha: 11/08/2016 01:38:23 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

NOTAS MEDICAS: SE INDIC AINCAPCIDAD MEDICA

FECHA APERTURA: 11/08/2016 06:26:14 p.m.

*Camila Merchón*

Profesional MERCHAN GARCIA CAMILA ANDREA

Registro Medico: 1032438716

Especialidad MEDICINA GENERAL

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

N° Historia Clínica: 39617606

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS      Identificación: 39617606      Sexo: Femenino  
 Fecha Nacimiento: 02/abril/1967      Edad Actual: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días      Estado Civil: Soltero  
 Dirección: KR1 NO 7 30      Teléfono: 3213068443  
 Procedencia: FUSAGASUGA      Ocupación:

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: CONSORCIO SAYP - FOSYGA      Régimen: Regimen\_Simplificado  
 Plan Beneficios: 433 - CONSORCIO SAYP 2011      Nivel - Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A  
 DATOS DEL INGRESO      FOLIO N° 16      (Fecha: 16/08/2016 03:16 p.m.)      Folio Asociado: 9

Responsable:      Teléfono Resp:  
 Parentesco Resp:      N° Ingreso: 1013837      Fecha: 16/08/2016 02:42:35 p.m.  
 Acompañante:      Telefonó Acomp:  
 Finalidad Consulta: No\_Aplica      Causa Externa: Enfermedad\_General

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Religión:      Ocupación:      Require atención espiritual y/o emocional:  
 ¿Cua?:      Paciente con discapacidad:      ¿Cual?:      Mujer o menor víctima de maltrato: NO  
 Víctima de violencia sexual: NO      Tos con expectoración mayor a 15 días: NO      Sintomático de piel: NO

**MOTIVO DE CONSULTA**  
 ME GOLPEO UNA MOTO

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE CON CUADRO DE ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON AL SER ARROLLADA POR MOTO CON TRAUMA A NIVEL LUMBAR POR LO QUE ACUDE A URGENCIAS DONDE DAN ANALGESIAS Y TOMAN RX EN DONDE DESCARTAN COMPROMISO OSEO, REFIERE DOLOR A LA MARCHA.

**REVISION POR SISTEMA:**

DIURESIS Y DEPOSICION NORMAL

**ANTECEDENTES:**

PATOLOGICOS: LESION L5 S1 FAMRAC: ACETAMINOFEN ALERG: DIPIRONA QX: APENDICE, POMERY

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL**

Condición de desplazamiento: No desplazado      Programa SAN: Ninguno  
 Conducta: Nuevo en el programa      Micronutrientes: Ninguno      Complementación: NO  
 Tipo de población: Urbana      Actividad física: Modcrada      Talla adulto mayor: No aplica  
 Educación nutricional: SI

Tipo	Detalle	Fecha Registro
<b>SIGNOS VITALES:</b>	FC: 75 x min    FR: 17 x min    TEMP: 37,00    TA: 120 / 70 mmHg    PESO 75,00 KG    TALLA: 1,59 Mts	
	P.Cintura 70,0000    P.Muñeca: 16,0000    IMC: 29,67	

Nombre reporte : HCRPHistoBase      Usuario: 1069712453  
 Especialidad MEDICINA GENERAL  
 Profesional MANTILLA GOMEZ PAOLA GISETH

124 R 38

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	ALERTA HIDRATADA AFEBRIL
Cuello y columna:	NORMAL	MOVIL, NO MASAS, CON PRESENCIA DE DOLOR A LA PALPACION Y PERCUSION DE CUERPOS VERTEBRALES A NIVEL DE L4-S2
Abdomen:	NORMAL	BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS
Neurologico y mental:	NORMAL	SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Craneo facial:	NORMAL	NORMOCEFALA
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS PULMONARES
Extremidades:	NORMAL	EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PALPANTES SIMETRICOS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEG.
Genital rectal:	NORMAL	NO SEEXPLORA
Piel y faneras:	NORMAL	MUCOSA HUMEDA PIEL Y FANERAS SIN ALTERACION

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PACIENTE QUIEN INGRESA POR ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE PEATON AL SER ARROLLADO POR MOTO CON TRUAMA A NIVEL LUMBAR DONDE DESCARTAN COMPROMISO OSEA, PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HERNIA DISCAL A NIVEL DE L5-S1 EN MANEJO CON  PEDIA EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR Y LIMITACION A LA MARCHA CON CONTROL EL 7-09-2016, SE  E DAR PRORROGA DE INCAPACIDAD POR 7 DIAS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR SE INTENSIFICA ANALGESIA.

**ORDENES MÉDICAS:**

1. SE DA INCAPACIDAD POR 8 DIAS

DIAGNOSTICOS			
UIC-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
V093	PEATON LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional MANTILLA GOMEZ PAOLA GISETH

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1032318		07/09/2016 07:45		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>CONSULTA EXTERNA - MEDICINA GENERAL</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
				Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Direccion:	KR1 NO 7 30 I
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS				

FOLIO N° 17

Fecha: 07/09/2016 09:09

Pagina 1/1

Realizado por: LUIS MIGUEL CELY SALAMANCA

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

TP: 1020720272

**MOTIVO DE CONSULTA**

TRAIGO RESONANCIA

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

DOLOR LUMBAR IRRADIADO A MIEMBRO INFERIOR DERECHO POSTERIOR Y PARESTESIA

**REVISION POR SISTEMA:**

**ANTECEDENTES:**

NIEGA.

**Tipo** **Detalle** **Fecha Registro**  
**SIGNOS VITALES:** FC: 70 x min FR: 20 x min TEMP: 36,00 TA: 110 / mmHg 75 PESO: 0,00 KG TALLA: MTS SPO2: ,00

**EXAMEN FISICO**

ESPASMO PARAVERTEBRAL LUMBAR TEST DE ADAMS POSITIVO RETRACCION DE ISQUIOTIBIALES EXAMEN NEUROLOGICO NORMAL

**ANÁLISIS Y PLAN:**

RN DE COLUMNA LUMBOSACRA: HERNIAS DISCALES L3 L4 L5 S1 SIN COMPROMISDO DEL CANAL MEDULAR NI AGUJEROS DE CONJUGACION

ESPONDILOLISTESIS GRADO 1 DE L5 S1 ARTROSIS FACETARIA

PLAN: TERAPIA FISICA 10 SECCIONES ANALGESIA COMBINADA CONTROL EN 1 MES

**ORDENES MÉDICAS:**

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
M518	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

Profesional CELY SALAMANCA LUIS MIGUEL

Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



125 48

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso: <b>1068520</b>		Fecha Ingreso: <b>19/10/2016 11:41</b>		No Documento: <b>39617606</b>	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	<b>02/04/1967</b>	Edad:	<b>52 Años \ 8 Meses \ 14 Días</b>	Sexo:	<b>Femenino</b>
Municipio: <b>FUSAGASUGA</b>		Barrio o Vereda:	<b>URB SAN ANTONIO</b>	Dirección:	<b>KR1 NO 7 30 I</b>
Entidad: <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS</b>		Telefono: <b>3142661324</b>			
Folio:	<b>18</b>	Fecha Folio:	<b>19/10/2016 01:30:16 p.m.</b>		

**DATOS DEL INGRESO** FOLIO N° 18 (Fecha: 19/10/2016 01:30 p.m.)  
 Responsable: ANGIE LILIANA DIAZ Teléfono Resp: 3213067443  
 Dirección Resp: CRA1 7-30 SAN ANTONIO N° Ingreso: 1068520 Fecha: 19/10/2016 11:41:24 a.m.  
 Finalidad Consulta: No Aplica Causa Externa: Enfermedad General

INFORMACION DE PACIENTE					
Hemoclasiificación:	No Sabe	Religion	NO	Ocupacion	DEL HOGAR
Empresa donde Trabaja:					
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	
Motivo Consulta	HERIDA CORTANTE EN MANO IZQUIERDA
Enfermedad actual	SE TRATA DE PACIENTE QUIEN INICIA ENFERMEDAD ACTUAL HACE 1 H CUANDO PRESENTA HERIDA CORTANTE EN REGION TENAR DE MANO IZQUIERDA DE 2CMS SIN SANGRADO ACTIVO

REVISIÓN POR SISTEMAS			
Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE
	NO REFIERE	Trauma	No

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1068520	19/10/2016 11:41	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	18	Fecha Folio:	19/10/2016 01:30:16 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 18

(Fecha: 19/10/2016 01:30 p.m.)

Responsable: ANGIE LILIANA DIAZ

Teléfono Resp: 3213067443

Dirección Resp: CRA1 7-30 SAN ANTONIO

Nº Ingreso: 1068520 Fecha: 19/10/2016 11:41:24 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Piel y Faneras	Lesión por causa externa	No
----------------	--------------------------	----

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			

**EXAMEN FÍSICO**

Nombre reporte : HCRPHistoBase



126 28 30

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento					
1068520	19/10/2016 11:41	39617606					
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS						
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA						
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino	Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUG A	Barrio o Vereda	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I	Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS						
Folio:	18	Fecha Folio:	19/10/2016 01:30:16 p.m.				

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 18

(Fecha: 19/10/2016 01:30 p.m.)

Responsable: ANGIE LILIANA DIAZ

Teléfono Resp: 3213067443

Dirección Resp: CRA1 7-30 SAN ANTONIO

N° Ingreso: 1068520 Fecha: 19/10/2016 11:41:24 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**SIGNOS VITALES**

Estado General	BUENO	Sistolica	0,0000	mmHg	Diastólica	0,0000	mmHg	Media	0,0000					
F. C.	90,0000	L*m	F. R.	18,0000	R*m	Temperatura	37,0000	°C	Peso	0,0000	Kg	Talla	0,0000	Mt

SO2	0,0000	IMC	0,0000	Kg/m2
-----	--------	-----	--------	-------

Apertura Ocular		Rpta. Verbal		Rpta. Motora	
Glasgow	0,0000				
Estado General	NORMAL				
Cráneo Facial	NORMAL				
Cuello y Columna	NORMAL				
Cardiopulmonar y Torax	NORMAL				
Abdomen	NORMAL				
Extremidades	ANORMAL HERIDA CORTANTE EN REGION TENAR DE MANO IZQUIERDA DE 2CMS SIN SANGRADO ACTIVO				
Neurológico y Mental	NORMAL				
Genital Rectal	NORMAL				
Piel y Faneras	NORMAL				

DIAGNOSTICO:	S610	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)
--------------	------	--

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

ALERTA CONCIENTE ORIENTADA NORMOHIDRATADA IEMODINAMICAMENTE ESTABLE NORMOCRANEO ,

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Transversal 12 No. 22-51 Barrio San Mateo, Fusagasugá, Cundinamarca - PBX: 8733000



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1068520		19/10/2016 11:41		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
Estado Civil:		Soltero			
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
A				Telefono:	3142661324
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS					
Folio:	18	Fecha Folio:	19/10/2016 01:30:16 p.m.		

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 18

(Fecha: 19/10/2016 01:30 p.m.)

Responsable: ANGIE LILIANA DIAZ

Teléfono Resp: 3213067443

Dirección Resp: CRA1 7-30 SAN ANTONIO

N° Ingreso: 1068520 Fecha: 19/10/2016 11:41:24 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

OJOS PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ Y A LA A COMODACION , CUELLO SIMETRICO NO ADENOPATIAS TORAX BUENA ESPANCION COSTAL NO TIRAJES , PULMONES VENTUILADOS, CV RITM REGULAR NO SOPLOS ABDOMEN : BLANDO Y DEPRESIBLE , PERISTALTISMO NORMLA NO MASAS, NO SIGNOS DE ABDOMEN AGUDO EXTREMIDADES NORMOTONICAS NORMOTROFICAS HERIDA CORTANTE EN REGION TENAR DE MANO IZQUIERDA DE 2CMS SIN SANGRADO ACTIVONEUROLOGICO CONSERVADO

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

SE TRATA DE PACIENTE QUIEN INICIA ENFERMEDAD ACTUAL HACE 1 H CUANDO PRESENTA HERIDA CORTANTE EN REGION TENAR DE MANO IZQUIERDA DE 2CMS SIN SANGRADO ACTIVO. SE INDICA1- CEFALOTINA 1G EV AHORA2-DILOFENAC 75MGS IV AHORA3-TOXOIDE TETATINO 0.5CC IM AHORA4-ASEO DE HERIDA5-SUTURA CON PROLENE 3-0

Profesional VIÑA ATUESTA ALFONZO JOSE

Registro Medico: 1127608348

Especialidad MEDICINA GENERAL

127 79 81



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1068520	19/10/2016 11:41	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
 Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 19**

Fecha: 19/10/2016 14:32

Pagina 1/2

Realizado por: ALFONZO JOSE VIÑA ATUESTA

MEDICINA GENERAL

TP: 1127608348

### Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
S610	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA(S) UÑA(S)	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> Fo
Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional? Cuál		

### Información Subjetiva del Paciente

MEJORIA CLINICA

### Examen Físico

SE REALIZA SUTURA QUIRURGICA DE HERIDA DE 2CMS EN REGION TENAR DE MANO IZQUIERDA CON PROLENE 3-0 PUNTOS SEPARADOS CON EVOLUCION SATISFACTORIA INMEDIATA.

TA=	/	mmHg	TA media=	mmHg	FC=	lat/min	FR=	resp/min	Temp=	.0	°C	
Peso=	.00	Kg	Talla=	.00	mts	IMC=	.00	Kg/m2	Spo2=	0,000	Glasgow=	15

Estado General: BUENO  
Hallazgos Positivos:

### Analisis y Plan de Manejo

SE CUMPLE TRATAMIENTO MEDICO ENDOVENOSO Y SUTURA QUIRURGICA CON EVOLUCION SATISFACTORIA SE INDICA SALIDA MEDICA

### Plan de Manejo

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
Cefalexina x 500 mg tableta.					500MGS CADA 12 X 5 DIAS	2
Naproxeno x 250mg tableta.					250MGS CADA 8H POR 3 DIAS.	3

### Indicaciones de Salida

Recomendaciones	Dieta	Actividad Física
ASEO DIARIO DE HERIDA CON SOLUCION ANTISEPTICA	COMPLETA	RESTRINGIDA

### Incapacidad Médica

Causa Externa	Diagnóstico	Días Inc.	Inicio	Finalización
Enfermedad_General S610	HERIDA DE DEDO(S) DE LA MANO, SIN DAÑO DE LA (S) UÑA(S)	7	19/10/2016	25/10/2016
Motivo de la Incapacidad: Expedicion_Directa				



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
E.S.E.  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

## EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1068520	19/10/2016 11:41	39617606
Paciente:	<b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>	
Servicio:	<b>URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION</b>	

Fecha: **02/04/1967**      **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
Nacimiento:      Edad:  
Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 19**

Fecha: 19/10/2016 14:32

Pagina 2/2

Realizado por: ALFONZO JOSE VIÑA ATUESTA

MEDICINA GENERAL

TP: 1127608348

**Profesional**      VIÑA ATUESTA ALFONZO JOSE  
**Registro Medico:**      1127608348  
**Especialidad**      MEDICINA GENERAL



128 70 92

**Historia Clínica de Oftalmología**

Nº Historia Clínica **39617606** Folio: **20** Pagina 1/1  
Fecha de Registro: **01/03/2017 12:58**

**Datos Personales** Nombre del Paciente: **INES RODRIGUEZ CARDENAS** Identificación: **39617606**  
Genero: **Femenino** Fecha Nacimiento: **02/04/1967 12:00:00** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Di** Estado Civil: **Soltero**  
Teléfono: **3142661324** Dirección Residencia: **KR1 NO 7 301**  
Procedencia: **FUSAGASUGA** Ocupación:  Religión:

**Datos de Afiliación** Entidad: **480 - CONVIDA II EVENTO - AMBULATORIO**  
Tipo Régimen: **Contributivo** Nivel Estrato: **REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A**

**Datos del Ingreso** Nombre del Acudiente:  Teléfono del Acudiente:   
Dirección Acudiente:  Ingreso: **1176991**  
Fecha de Ingreso: **01/03/2017 11:53:04 a.m.** Causa Externa: **Enfermedad\_General** Finalidad de Consulta: **No\_Aplica**

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

VALORADA EN OFTAMOLOGIA DONDE SOLICITARON BIOMETRIA BILATERAL, ENVIA REPORT HUS DEL 26-0916.OD: K 37.17/3788 LA 28.58LIO 118.14 118.2 14.5- 118.7 .14.5 OI:K 37.54/37.79 LA 28LIO 118.15 118.2 15.5 118.4 15.5

**II. Antecedentes Personales**

**Patológicos** NIEGA  
**Quirúrgicos** HERNIORRAFIA HERNIA DISCAL L3-4-5  
**Oftálmicos** Usa anteojos desde:  
**Familiares**

**III. Exámen Externo**

Hirschber: **Simetrico**  
Cover test: **Ortoforico: X: -** E: **-** ET: **-**  
**(E)T: -** **(X) -** **Pcc: 0,0000 cm**  
**T: -**  
**XT: -**  
**Movimientos Oculares: -**  
**Anexos: -**  
**Exámen Pupilar: -**

**IV. Agudeza Visual**

**Lejos:** **Cerca:**  

Sc	OD	CDS
Cc	OD	-

OI	CDS
OI	-

J	-
J	-

**V. Queratometría**

**OD** PINRLA, DUCCIONES Y VERGENCIAS NORMALES  
**OI** PINRLA, DUCCIONES Y VERGENCIAS NORMALES

**VI. Refracción**

**Objetiva** **Subjetiva**  

OD	-
----	---

OI	-
----	---

OD	-
----	---

OI	-
----	---

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**Historia Clínica de Oftalmología**

**VII. Biomicroscópica**

OD: OPACIDAD C/N 3.5 OI: OPACIDAD C/N 5/5

**VIII. Tonometría**

Aplanática

OD	-
OI	-

mm de Hg

mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

ODI: MEDIOS OPACOS

**X. Conducta**

PCTE CON DX DESCRITOS POR LO QUE SE ORDENA: EXTRACCION DE CATARATA + IRIDECTOMIA OI, EXAMENES PRE QUIRURGICOS- VALORACION POR ANESTESIA SE EXPLICA A PCTE SOBRE PROCEDIMIENTOS A REALIZAR QUIÉN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

**Antecedentes  
Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
H520	HIPERMETROPIA	Ppal <input type="checkbox"/>
H579	TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS, NO ESPECIFICADO DX. CATARATA	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>

**Exámenes**

19304	Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma	1
19490	Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)	1
PAQ21201	RX TORAX - PAQUETES	1
25102	Electrocardiograma	1
890202AN	CONSULTA ESPECIALIZADA POR ANESTESIA	1

**Procedimientos Quirúrgicos**

121	QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO - QUIROFANOS	Extracción catarata por facoemulsificación, más lente intraocular	1
OI			
121	QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO - QUIROFANOS	Iridectomía	1
OI			

Profesional JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
Registro Profesional 79157475  
Especialidad OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA  
NIT: 890680025-1

129 ~~37~~  
53

## Historia Clínica de Oftalmología

---



**HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL**

N° Ingreso: <b>1206675</b>		Fecha Ingreso: <b>04/04/2017 07:26</b>		No Documento: <b>39617606</b>	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA</b>					
Fecha Nacimiento:	<b>02/04/1967</b>	Edad:	<b>52 Años \ 8 Meses \ 14 Días</b>	Sexo:	<b>Femenino</b>
Estado Civil:		<b>Soltero</b>			
Municipio:	<b>FUSAGASUGA</b>	Barrio o Vereda:	<b>URB SAN ANTONIO</b>	Direccion:	<b>KR1 NO 7 30 I</b>
Entidad:		<b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS</b>			

**FOLIO N° 21**

Fecha: 04/04/2017 09:33

Pagina 1/1

Realizado por: RAFAEL IGNACIO ARTEAGA VILLAMIZAR

ANESTESIOLOGIA

TP: 19179993

**MOTIVO DE CONSULTA**

PACIENTE PROGRAMADA PARA RESECCION DE CATARATA MAS LENTE INTRAOCULAR MAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

CATARATA SENIL.

**REVISION POR SISTEMA:**

DISCOPATIA LUMBAR. DISNEA CLASE FUNCIONAL I. NIEGA PATOLOGIA CORONARIA. NIEGA DIABETES, NIEGA HIIPERTENSION.

FARMACOS..NIEGA

QUIRURGICOS...HERNIORRAFIA UMBILICAL, POMEROY, APENDICECTOMIA...SIN COMPLICACIONES ANESTESICAS ULTIMA HACE 10 AÑOS

**ANTECEDENTES:**

ALERGICOS...NIEGA

**Tipo**

**Detalle**

**Fecha Registro**

**SIGNOS VITALES:** FC: 80 x min FR: 12 x min TEMP: 36,50 TA: 120 / mmHg 70 PESO: 75,00 KG TALLA: MTS SPO2: 100%

**EXAMEN FISICO**

BUEN ESTADO GENERAL. ALERTA

PROTESIS DENTAL SUP. MALLAMPATI I.

CUELLO DMT MAYOR DE 6 CMS. BUENA MOVILIDAD. DELGADO

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS. SIN AGREGADOS. BUENA PERFUSION DISTAL. NO EDEMAS.

CAMPOS PULMONARES LIMPIOS. NO TOS.

ABDOMEN CICATRIZ QUIRURGICAS.

**ANÁLISIS Y PLAN:**

EKG..10-3-17...ONDA T NEGATIVA EN V3

HB,PLAQUETAS...NORMALES

GLICEMIA NORMAL

**ORDENES MÉDICAS:**

PACIENTE ASA I. PROGRAMAR CIRUGIA. ANESTESIA LOCAL. DIETA LIQUIDA 6 AM. SE EXPLICA RIESGOS Y PROCEDIMIENTO

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo

Profesional ARTEAGA VILLAMIZAR RAFAEL IGNACIO

Especialidad ANESTESIOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



130

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

## HISTORIA CLÍNICA

### HISTORIA CLINICA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

N° Historia Clínica: 39617606

#### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS      Identificación: 39617606      Sexo: Femenino  
 Fecha Nacimiento: 02/abril/1967      Edad Actual: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días      Estado Civil: Soltero  
 Dirección: KRI NO 7 30      Teléfono: 3213068443  
 Procedencia: FUSAGASUGA      Ocupación:

#### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: CONVIDA E.P.S.      Régimen: Regimen Simplificado  
 Plan Beneficios: CONVIDA II NIVEL EVENTO - HOSPITALIZACION      Nivel - Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

#### DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 22

(Fecha: 19/04/2017 10:26 a.m.)

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1217835      Fecha: 19/04/2017 06:05:02 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

-DIAGNOSTICO(S) PREQUIRURGICO(S): CATARATA  
 -DIAGNOSTICO(S) POSTQUIRURGICO(S): CATARATA  
 -PROCEDIMIENTO(S) REALIZADO(S): EXTRACCION DE CATARATA POR FACOEMULSION + IRIDECTOMIA OJO IZQUIERDO  
 -HALLAZGOS: NINGUNO  
 -DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO(S): SE REALIZA PREVIA ASEPSIA ANTISEPSIA CON ISODE SOLUCION EN OJO IZQUIERDO BLEFAROSTATO XILOCAINA BLOQUE PARCAI L Y RETROVULVAR CON 3 CC DE XILOCAINA + EPINEFRINA AL 2% COLOCACION DE BLEFAROSTATO PARACENTEXIS CON CUCHILLETE DE 15 GRADOS PARACENTEXIS CON CUCHILLETE 2.75 TUNELIZADA COLOCACION DE AZUL TRIPAN APLICACION DE VISCOELASTICO (BIOCELULENT -HIDROXIPROPILMECTILCELULOSA 2%. LOTE 0815-02 EXP. 08-18 REG. S. 2010DM-0005332) CAPSULOUREXIS, LUXACION DE CRISTALINO FACOEMULSIFICACION IRRIGACION ASPIRACION DE MASAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR FLEXIBLE PODER 23.50 SN O-204150214-141 LAVADO DE VISCOLASTICO EN CAMARA ANTERIOR SE REFORMA CAMARA ANTERIOR SE SELLAN INSICIONES DECADRON GENTAMICINA SUBCONJUNTIVA AL 0.5CC MEDIRIANO 10 APOSITO Y PROTECTOR OCULAR PLASTICO , PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES,  
 -MUESTRA(S) ENVIADA(S) A PATOLOGIA: NO

#### PROFESIONALES

ESPECIALISTA 2: 79157475 JIMENEZ MANUEL FERNANDO OFTALMOLOGIA  
 ANESTESIOLOGO:  
 INSTRUMENTADOR QX: LUZ MIRELLA PARRA ROBALLO  
 MEDICO AYUDANTE:  
 CIRCULANTE: SANDRA ALVARADO

#### DIAGNOSTICOS PRE - QUIRURGICOS

H520 HIPERMETROPIA  
 H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA



**DIAGNOSTICOS POS - QUIRURGICOS**

H269 CATARATA, NO ESPECIFICADA  
H520 HIPERMETROPIA

**FECHA Y HORA DE INICIO** 19/04/2017 10:18:10 **FECHA Y HORA FINAL** 19/04/2017 10:18:10 a.m.

**SALA QUIRURGICA** SALA 2

**TIPO DE ANESTESIA**

**TIPO DE ANESTESIA:** LOCAL  
**ESPECIALISTA**

OFTALMOLOGIA

**DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS**

-DIAGNOSTICO(S) PREQUIRURGICO(S): CATARATA -DIAGNOSTICO(S) POSTQUIRURGICO(S): CATARATA  
-PROCEDIMIENTO(S) REALIZADO(S): EXTRACCION DE CATARATA POR FACOEMULSION + IRIDECTOMIA  
OJO IZQUIERDO-HALLAZGOS: NINGUNO -DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO(S):SE REALIZA PREVIA  
ASEPSIA ANTISEPSIA CON ISODE SOLUCION EN OJO IZQUIERDO BLEFAROSTATO XILOCAINA BLOQUE  
PARCAI L Y RETROVULVAR CON 3 CC DE XILOCAINA + EPINEFRINA AL 2% COLOCACION DE  
BLEFAROSTATO PARACENTEXIS CON CUCHILLETE DE 15 GRADOS PARACENTEXIS CON CUCHILLETE 2.75  
TUNELIZADA COLOCACION DE AZUL TRIPAN APLICACION DE VISCOELASTICO (BIOCELULENT  
-HIDROXIPROPILMECTILCELULOSA 2%. LOTE 0815-02 EXP. 08-18 REG. S. 2010DM-0005332) CAPSULOREXIS,  
LUXACION DE CRISTALINO FACOEMULSIFICACION IRRIGACION ASPIRACION DE MASAS IMPLANTE DE  
LENTE INTRAOCULAR FLEXIBLE PODER 23.50 SN O- 204150214-141 LAVADO DE VISCOLASTICO EN  
CAMARA ANTERIOR SE REFORMA CAMARA ANTERIOR SE SELLAN INSICIONES DECADRON  
GENTAMICINA SUBCONJUNTIVA AL 0.5CC MEDIRIANO 10 APOSITO Y PROTECTOR OCULAR PLASTICO ,  
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, -MUESTRA(S) ENVIADA(S) A PATOLOGIA: NO

**Profesional** JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
**Registro Medico:** 79157475  
**Especialidad** OFTALMOLOGIA



131 33 85

**Historia Clínica de Oftalmología**

Nº Historia Clínica **39617606** Folio: **23** Pagina **1/1**  
Fecha de Registro: **25/04/2017 10:22**

**Datos Personales** Nombre del Paciente: **INES RODRIGUEZ CARDENAS** Identificación: **39617606**  
Genero: **Femenino** Fecha Nacimiento: **02/04/1967 12:00:00** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 DÍ** Estado Civil: **Soltero**  
Teléfono: **3142661324** Dirección Residencia: **KR1 NO 7 301**  
Procedencia: **FUSAGASUGA** Ocupación: Religi6n:

**Datos de Afiliaci6n** Entidad: **480 - CONVIDA II EVENTO - AMBULATORIO**  
Tipo R6gimen: **Contributivo** Nivel Estrato: **REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A**

**Datos del Ingreso:** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:  
Direcci6n Acudiente: Ingreso: **1223193**  
Fecha de Ingreso: **25/04/2017 08:05:00 a.m.** Causa Externa: **Enfermedad\_General** Finalidad de Consulta: **No Aplica**

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

POP CATARATA OJO IZQUIERDO HACE 8 DIAS POR FACOEMULSIFICACION

**II. Antecedentes Personales**

Patol6gicos

Quir6rgicos

Oft6lmicos Usa anteojos desde:

Familiares

**III. Ex6men Externo**

Hirschber: **Simetrico**

Cover test: **Ortoforico: X** E: ET: Pcc: **0,0000 cm**  
(E)T: (X) T:

Movimientos Oculares:

Anexos:

Ex6men Pupilar: **NSR**

**IV. Agudeza Visual**

Lejos:

Cerca:

Sc	OD	NSR
Cc	OD	NSR

OI	NSR
OI	NSR

J
J

**V. Queratometría**

OI

**VI. Refracci6n**

Objetiva

Subjetiva

OD

OI

OD

OI

Adici6n:

**VII. Biomicrosc6pica**

OJO IZQUIERDO LENTE CENTRADOCORNEA TRANSPARENTE

**VIII. Tonometría**

OD NSR mm de Hg

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**Historia Clinica de Oftalmología**

Apimática

OI NSR mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

NSR

**X. Conducta**

SE CITA CONTROL EN 1 MES

**Antecedentes  
Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>
H259	CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA	Ppal <input type="checkbox"/>

**Procedimientos No Quirúrgicos**

169	CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1
-----	---	--	---

CITA CONTROL EN 1 MES

**Profesional** JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
**Registro Profesional** 79157475  
**Especialidad** OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."



132 #  
28

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1247049	22/05/2017 20:17	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	24	Fecha Folio:	22/05/2017 09:31:34 p.m.

**DATOS DEL INGRESO** FOLIO N° 24 (Fecha: 22/05/2017 09:31 p.m.)  
**Responsable:** RODRIGO TARAPUES **Teléfono Resp:** 3133454640  
**Dirección Resp:** **N° Ingreso:** 1247049 **Fecha:** 22/05/2017 08:17:11 p.m.  
**Finalidad Consulta:** No Aplica **Causa Externa:** Enfermedad General

INFORMACION DE PACIENTE			
<b>Hemoclasificación:</b>	A+	<b>Religion</b>	
<b>Ocupacion</b>	AL HOGAR	<b>Empresa donde Trabaja:</b>	
<b>Requiere Soporte Espiritual y/o emocional</b>	No	<b>El Paciente Presenta Alguna Discapacidad</b>	No
		<b>Cual:</b>	

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

**Motivo Consulta**  
"TENGO DOLOR DE CABEZ"

**Enfermedad actual**  
 PACIENTE FEMENINA QUIEN HACE 1 MES PRSENTA CAIDA DE PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA EN REGION OCCIPITAL REFIERE QUE SUCEDIO EN POSTOPERATORIO DE FAQUECTOMIA, DESDE ENTONCES CEFEFALEA EN REGION OCCIPITAL QUE HOY SE EXACERBA Y SE ASOCIA CON NAUSEAS SIN EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PCIOS FEBRILES. ANTECEDNTES PATOLOGICOS NIEGA, FARMACOLOGICOS NIEGA, ALERGIAS NIEGA, TOXICOS NIEGA, QUIRUTGICOS POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, APENDICECTOMIA.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

<b>Organos de los sentidos</b>	NO REFIERE		
<b>Cabeza y Cuello</b>	NO REFIERE	<b>Cardiorespiratorio</b>	NO REFIERE
<b>Gastrointestinal</b>	NO REFIERE	<b>Genitourinario</b>	NO REFIERE
<b>Osteomuscular</b>	NO REFIERE	<b>Neurológico</b>	NO REFIERE

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento		
1247049	22/05/2017 20:17	39617606		
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS			
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA			
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:
				Femenino
				Estado Civil: Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda	URB SAN ANTONIO	Dirección:
	A			KR1 NO 7 30 I
				Telefono: 3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS			
Folio:	24	Fecha Folio:	22/05/2017 09:31:34 p.m.	

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 24

(Fecha: 22/05/2017 09:31 p.m.)

Responsable: RODRIGO TARAPUES

Teléfono Resp: 3133454640

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1247049 Fecha: 22/05/2017 08:17:11 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Piel y Faneras	NO REFIERE	Trauma	No
		Lesión por causa externa	No

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGIO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.

Nombre reporte : HCRPHistoBase



133

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso: <b>1247049</b>		Fecha Ingreso: <b>22/05/2017 20:17</b>		No Documento: <b>39617606</b>	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento: <b>02/04/1967</b>	Edad: <b>52 Años \ 8 Meses \ 14 Días</b>	Sexo: <b>Femenino</b>	Estado Civil: <b>Soltero</b>		
Municipio: <b>FUSAGASUGA</b>	Barrio o Vereda: <b>URB SAN ANTONIO</b>	Dirección: <b>KR1 NO 7 30 I</b>	Telefono: <b>3142661324</b>		
Entidad: <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS</b>					
Folio: <b>24</b>	Fecha Folio: <b>22/05/2017 09:31:34 p.m.</b>				

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 24 (Fecha: 22/05/2017 09:31 p.m.)

Responsable: **RODRIGO TARAPUES**

Teléfono Resp: 3133454640

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1247049 Fecha: 22/05/2017 08:17:11 p.m.

Finalidad Consulta: **No\_Aplica**

Causa Externa: **Enfermedad\_General**

**TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA**

**EXAMEN FISICO**

**SIGNOS VITALES**

Estado General	<b>BUENO</b>	Sistolica	<b>150,000</b>	mmHg	Diastólic	<b>80,000</b>	mmHg	Media	<b>103,3333</b>
F. C.	<b>80,000</b>	L*m	<b>F. R. 20,000</b>	R*m	Temperatura	<b>36,00</b>	°C	Peso	<b>0,000</b>
						<b>00</b>		Kg	<b>0,000</b>
								Talla	<b>0,000</b>
								Mt	

SO2	<b>94,0000</b>	IMC	<b>0,0000</b>	Kg/m2
-----	----------------	-----	---------------	-------

Apertura Ocular	<b>Espontánea</b>	Rpta. Verbal	<b>Orientado</b>	Rpta. Motora	<b>Obedece</b>
-----------------	-------------------	--------------	------------------	--------------	----------------

Glasgow	<b>15,0000</b>
---------	----------------

Estado General	<b>NORMAL</b>	<b>ACPETABLE ESTADO GENERAL, AFWEBRIL, HIDRATADA.</b>
----------------	---------------	---

Cráneo Facial	<b>NORMAL</b>	
---------------	---------------	--

Cuello y Columna	<b>NORMAL</b>	
------------------	---------------	--

Cardiopulmonar y Torax	<b>NORMAL</b>	<b>RUIDIOS CARDICOAS RIMITICOS SIN SOPLOS, RUIDOS REPSIRAOTIORS CONSERVADIS SIN AGREGADOS,</b>
------------------------	---------------	--

Abdomen	<b>NORMAL</b>	<b>BLANDO YDEPREISBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACUION SIN IRRITACION PERIONTEAL.</b>
---------	---------------	---

Extremidades	<b>NORMAL</b>	<b>NO EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL.</b>
--------------	---------------	--

Neurológico y Mental	<b>NORMAL</b>	<b>ALERTA Y ORIENTADA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARNETE, NO IRRITACION MENINGEA, BNO RIGIDEZ NUCAL, PARES CRANEALES CONSERVADOS.</b>
----------------------	---------------	--

Genital Rectal	<b>NORMAL</b>	
----------------	---------------	--

Piel y Faneras	<b>NORMAL</b>	
----------------	---------------	--

DIAGNOSTICO: **G443 CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA**

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1247049		22/05/2017 20:17		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
Estado Civil:		Soltero			
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
				Telefono:	3142661324
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS					
Folio:	24	Fecha Folio:	22/05/2017 09:31:34 p.m.		

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 24

(Fecha: 22/05/2017 09:31 p.m.)

Responsable: RODRIGO TARAPUES

Teléfono Resp: 3133454640

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1247049 Fecha: 22/05/2017 08:17:11 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

SE TRATA DE PACIENTE FEMENINA EN QUINTA DECADA DE LA VIDA PREVIAMENTE SANA QUIEN HACE 1 MES PRESENTA CAIDA DE PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA EN REGION OCCIPITAL REFIERE QUE SUCEDIO EN POSTOPERATORIO DE FAQUECTOMIA, DESDE ENTONCES CEFEFALEA EN REGION OCCIPITAL QUE HOY SE EXACERBA Y SE ASOCIA CON NAUSEAS SIN EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PCIOS FEBRILES. EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE CON ADECUADO PATORN RESPIRAOTIRO, NORMOTENSA NO TAQUICARDICA, AL EXMNA FISICO NEUROLOGICO SIN DEFICIT NO IRIERTACION MEMNINGEA. CONSIDERO PTE CON CEFALEA POSTRAUMATICA QUINE AMERITA NEUROIMAGEN PARA DECSRTRAR POSSIBLE LESION HEMORRAGICA, SE INDICA ANALGESIA.

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

SALA AMNBUALTORIODICLOFENACO 75 MG IM AHIORATRAMAL 50 MG SC AHORASS TAC DE CRANEO SIMPLEREVALROAICON

Profesional GOMEZ BERMUDEZ LINA PAOLA

Registro Medico: 1032452134

Especialidad MEDICINA GENERAL

124 58



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

**EVOLUCION DE URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1247049	22/05/2017 20:17	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
 Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 25** Fecha: 22/05/2017 23:57 Pagina 1/2  
 Realizado por: **LINA PAOLA GOMEZ BERMUDEZ** MEDICINA GENERAL TP: 1032452134

**Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
G443	CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> Fo
Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional? <b>Cuál</b>		

**Información Subjetiva del Paciente**

REVALORAICON

**Examen Físico**

CARDIOPULMONAR RUIDIOS CARDICOAS RIMITICOS SIN SOPLOS, RUIDOS REPSIRAOTIORS CONSEVADIS SIN AGREGADOS, ABDOMEN BLANDO YDEPREISBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACUION SIN IRRITACION PERIONTEAL. EXTREMIDADES NO EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL. SNC ALERTA Y ORIENTADA SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARNETE, NO IRRITACION MENINGEA, NO RIGIDEZ NUCAL, PARES CRANEALES CONSERVADOS.

TA= 130 / 80 mmHg	TA media= 97 mmHg	FC= 80 lat/min	FR= 20 resp/min	Temp= 36,0 °C
Peso= .00 Kg	Talla= .00 mts	IMC= 94,00 Kg/m2	Spo2= 94,00 00	Glasgow= 15

Estado General: BUENO

Hallazgos Positivos:

**Analisis y Plan de Manejo**

PACIENTE FEMENINA EN QUINTA DÉCADA DE LA VIDA PREVIAMENTE SANA QUIEN HACE 1 MES PRSENTA CAIDA DE PROPIA ALTURA CON POSTERIOR TRAUMA EN REGION OCCIPITAL REFIERE QUE SUCEDIO EN POSTOPERATORIO DE FAQUECTOMIA, DESDE ENTONCES CEFEFALEA EN REGION OCCIPITAL QUE HOY SE EXACERBA Y SE ASOCIA CON NAUSEAS SIN EPISODIOS EMETICOS, NIEGA PCIOS FEBRILES. ALA VALORAICON CLINICAMENTE ESTABLE CON ADECUADO APTORN RESPIRAOTIRO, NORMOTENSA NO TAQUICARDICA, TAC DE CRANEO SIMPLE SIN EVIDENCIA DE LESIONES ISQUEMICAS Y/O HEMORRAGICAS, NO MASAS OCUPANTES DE ESPACION, LINEA MEDIA CONSERVADA. YA CON ADECUADA MODULACION DE DOLOR, DESCARTO LESION CENTRAL TRAUMATICA, AHOR ASIN SIGNOS DE REPSUESTA INFLAMATORIA SSITMICA, SIN SINGOS DE NEUROINFECCION. RAZON POR LA CUAL SE DA EGRESO CON ANALGESIA, CONTINUAR ESTUDIOS AMBULATORIAMENTE. SE DAN RECOMENDACIONES Y SINGOS DE ALARMA PARA REINCUELTAR. SE EXPLICA A PTE QUIEN ENTIENDE Y ACPERTA-

**Plan de Manejo**

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
Naproxeno x 250mg tableta.					TOMAR UNA TAB CADA 12 HS SI DOLOR.	30



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1247049	22/05/2017 20:17	39617606
Paciente:	<b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>	
Servicio:	<b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>	

Fecha: **02/04/1967**      **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
Nacimiento:      Edad:  
Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 25**

Fecha: 22/05/2017 23:57

Pagina 2/2

Realizado por: LINA PAOLA GOMEZ BERMUDEZ

MEDICINA GENERAL

TP: 1032452134

**Profesional**      GOMEZ BERMUDEZ LINA PAOLA  
**Registro Medico:**      1032452134  
**Especialidad**      MEDICINA GENERAL



135 # S

Historia Clinica de Oftalmología

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 26 Pagina 1/1  
Fecha de Registro: 24/05/2017 10:50

**Datos Personales** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606  
Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Di Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KRI NO 7 30 1  
Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación** Entidad: 480 - CONVIVA II EVENTO - AMBULATORIO  
Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:  
Dirección Acudiente: Ingreso: 1248884  
Fecha de Ingreso: 24/05/2017 10:22:59 a.m. Causa Externa: Enfermedad General Finalidad de Consulta: No Aplica

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

PACIENTE ASISTE A VALORACION POR OFTALMOLGIAPACIENTE OPERADA DE CATARATA EL 19 DE ABRIL DE 2017 OJO IZQUIERDO REFIERE QUE EN EL PÓP INMEDIATO SE DESMAYO GOLPEANDOSE LA CABEZA, REFIERE DISMINUCION DE VISION

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos ANOTADOS  
Quirúrgicos ANOTADOS  
Oftálmicos Usa anteojos desde:  
Familiares

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico  
Cover test: Ortoforico: X: E: ET: Pcc: 0,0000 cm  
(E)T: (X) T:  
XT:  
Movimientos Oculares:  
Anexos:  
Exámen Pupilar:

**IV. Agudeza Visual**

Lejos: Cerca:  

Sc	OD	20	OI	20	J
Cc	OD	400	OI	60	J

**V. Queratometría**

OD OI

**VI. Refracción**

Objetiva Subjetiva  

OD	OI	OD	OI
----	----	----	----

Adición:

**VII. Biomicroscópica**

OD: OPACIDAD C/N OI: PSEUDOFACO OPACIDAD CAPSULAR POSTERIOR 3/5

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**Historia Clinica de Oftalmología**

**VIII. Tonometría**

Aplanatica

OD	14
OI	14

mm de Hg

mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

D/E 0.3-0.3

**X. Conducta**

SE SOLICITA CAPSULOTOMIA YAG LASER 28133 OJO IZQUIERDO 2901+2701 OJO DERECHO

**Antecedentes**

**Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
H259	CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>

**Procedimientos Quirúrgicos**

121	QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO - QUIROFANOS	Extracción catarata por facoemulsificación, más lente intraocular	1
OD			
121	QUIROFANOS Y SALAS DE PARTO - QUIROFANOS	Iridectomia	1
OD			

**Procedimientos No Quirúrgicos**

107	PROCEDIMIENTOS ENFERMERIA	Fotocoagulación con Yag láser (capsulotomía, iridectomía ruptura de bandas)	1
-----	---------------------------	---	---

CAPSULOTOMIA OJO IZQUIERDO

Profesional JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
 Registro Profesional 79157475  
 Especialidad OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."



HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA  
NIT: 890680025-1

136 <sup>88</sup>/<sub>60</sub>

## Historia Clinica de Oftalmología

---

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

N° Historia Clínica: 39617606

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente:** INES RODRIGUEZ CARDENAS **Identificación:** 39617606 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 02/abril/1967 **Edad Actual:** 52 Años \ 8 Meses \ 14 Dias **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** KR1 NO 7 30 **Teléfono:** 3213068443  
**Procedencia:** FUSAGASUGA **Ocupación:**

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** 491 - CONVIDA EPSS 1 NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY CAPITADO **Nivel - Estrato:** REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**DATOS DEL INGRESO**

**FOLIO N° 27** **(Fecha:** 31/05/2017 08:48 a.m.) **Folio Asociado:** 16  
**Responsable:** SIN ACOMPAÑANTE **Teléfono Resp:** 3213068443  
**Parentesco Resp:** **N° Ingreso:** 1253748 **Fecha:** 31/05/2017 08:23:57 a.m.  
**Acompañante:** **Telefonó Acomp:**  
**Finalidad Consulta:** No\_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad\_General

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Religión:** **Ocupación:** **Require atención espiritual y/o emocional:** NO  
**¿Cua?:** **Paciente con discapacidad:** NO **¿Cual?:** **Mujer o menor victima de maltrato:** NO  
**Victima de violencia sexual:** NO **Tos con expectoración mayor a 15 dias:** NO **Sintomatico de piel:** NO

**MOTIVO DE CONSULTA**

ME LLEGO LA MENOPAUSIA

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE DE 50 AÑOS QUIEN REFIERE CUADRO DE 3 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CALORES DURANTE LA NOCHES QUE IMPIDE EL SUEÑO, ASOCIADO A CEFALEA FRONTAL DE MODERADA INTENSIDAD, ADEMAS DE DOLOR EN CODOS BILATERAL CON LOS ARCOS DE MOVIMIENTO Y CON LA PALPACION. ULTIMA MENSTRUACION HACE 5 MESES.

**REVISION POR SISTEMA:**

DIURESIS Y DEPOSICION NORMAL

**ANTECEDENTES:**

PATOLOGICOS: HERNIAS DISCALESFAMRAC: ACETAMINOFEN ALERG: DIPIRONA QX: APENDICE, POMERY GINECOOBSTETRICOS: FUR: HACE 5 MESESFAMILIARES: TIA MATERNA Y ABUELA PATERNA CON CANCER DE UTERO

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL**

**Condición de desplazamiento:** No desplazado **Programa SAN:** Ninguno  
**Conducta:** Nuevo en el programa **Micronutrientes:** Ninguno **Complementación:** NO  
**Tipo de población:** Urbana **Actividad física:** Moderada **Talla adulto mayor:** No aplica  
**Educación nutricional:** SI

<b>Tipo</b>	<b>Detalle</b>	<b>Fecha Registro</b>
-------------	----------------	-----------------------

**SIGNOS VITALES:** FC: 80 x min FR: 18 x min TEMP: 36,80 TA: 100 / 60 mmHg PESO 78,00 KG TALLA: 1,59 Mts

P.Cintura 70,0000 P.Muñeca: 16,0000 IMC: 30,85

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional VELASCO HENAO NATALIA

*Natalia Velasco Henao*

K37 21/01

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	ALERTA HIDRATADA AFEBRIL NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Cuello y columna:	NORMAL	MOVIL NO DOLOROSO NO MASAS NO ADENOMEGALIAS
Abdomen:	NORMAL	BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS
Neurologico y mental:	NORMAL	SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Craneo facial:	NORMAL	NORMOCEFALA CONJUTNIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS PULMONARES
Extremidades:	NORMAL	EUTROFICAS SIN EDEMAS PULSOS DISTALES SIMETRICOS DOLOR A LA PALPACION EN EPICONDILOS MEDIALES DE MIEMBROS SUPERIORES
Genital rectal:	NORMAL	NO SE EXPLORA
Piel y faneras:	NORMAL	MUCOSA HUMEDA PIEL Y FANERAS SIN ALTERACION

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS QUIEN ACUDE POR CUADRO DE CALORES NOCTURNOS ASOCIADO A CÉFALEA FRONTAL DE MODERADA INTENSIDAD RELACIONADO CON AUSENCIA DE MENSTRUACION DESDE HACE 5 MESES PARA LO CUAL CONSUME ISOFEM SIN EMBARGO SIN MEJORIA. ADEMÁS REFIERE CUADRO DE DOLOR EN CODOS CON LOS ARCOS DE MOVIMIENTO Y A LA PALPACION. EN EL MOMENTO PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NO SIGNOS DE SIRS, CIFRAS TENSIONALES DENTRO DE LIMITES NORMALES, CON DOLOR A LA PALPACION EN EPICONDILOS MEDIALES. SE CONSIDERA PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA SECUNDARIA A LA MENOPAUSIA, SIN EMBARGO NO SE INICIAN ESTROGENOS CONJUGADOS POR ANTECEDENTE FAMILIAR DE CANCER Y SOLICITO VALORACION POR GINECOLOGIA. ADEMÁS PACIENTE CON CUADRO COMPATIBLE CON EPICONDILITIS MEDIA POR LO QUE INDICO TERAPIA FISICA Y ANTIINFLAMATORIOS. RENEVO ORDEN PARA ORTOPEDIA POR ANTECEDENTE DE DISCOPATIA LUMBAR. SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTA POR EMERGENCIAS.

**ORDENES MÉDICAS:**

- SE RENEVA ORDEN PARA ORTOPEDIA
- VALORACION POR GINECOLOGIA
- TERAPIA FISICA 10 SESIONES
- NAPROXENO 250MG VO CADA 8 HORAS SI DOLOR

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
N951	ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo
M70	EPICONDILITIS MEDIA	<input type="checkbox"/>	Presuntivo
M544	LUMBAGO CON CIATICA	<input type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional VELASCO HENAO NATALIA

*Natalia Velasco Henao*

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



HOSPITAL SAN RAFAEL  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Página 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

Nº Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO Nº 28

(Fecha: 24/06/2017 08:21 a.m.)

Teléfono Resp:

Nº Ingreso: 1272622 Fecha: 24/06/2017 07:49:04 a.m.

TF

138  
16  
62



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Página 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 29

(Fecha: 30/06/2017 07:41 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso: 1272622

Fecha: 24/06/2017 07:49:04 a.m.

TF



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Pagina 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 38

(Fecha: 04/07/2017 11:16 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso: 1272622      Fecha: 24/06/2017 07:49:04 a.m.

TF

139 91/63



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Página 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 31

(Fecha: 05/07/2017 07:34 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso: 1272622

Fecha: 24/06/2017 07:49:04 a.m.

TF



HOSPITAL SAN RAFAEL  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Pagina 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 32

(Fecha: 06/07/2017 07:15 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso: 1272622

Fecha: 24/06/2017 07:49:04 a.m.

TF

140  
69



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Página 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 33

(Fecha: 07/07/2017 07:34 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso: 1272622      Fecha: 24/06/2017 07:49:04 a.m.

TF



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Página 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 34

(Fecha: 10/07/2017 07:27 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso:

1272622

Fecha:

24/06/2017 07:49:04 a.m.

TF

141  
AS  
105



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Página 1/1

# HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

## DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 35

(Fecha: 11/07/2017 07:57 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso: 1272622

Fecha: 24/06/2017 07:49:04 a.m.

TF



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Página 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 36

(Fecha: 12/07/2017 07:28 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso:

1272622

Fecha:

24/06/2017 07:49:04 a.m.

142 96  
66



HOSPITAL SAN RAFAEL  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019  
Pagina 1/1

## HISTORIA CLÍNICA DE EVOLUCION DE TERAPIAS FISICA

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

FOLIO N° 37

(Fecha: 13/07/2017 07:05 a.m.)

Teléfono Resp:

N° Ingreso:

1272622

Fecha:

24/06/2017 07:49:04 a.m.



**HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1293252		19/07/2017 10:08		39617606	
Paciente:				INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:				CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA ORTOPEdia	
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero		
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
Entidad:		ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS			
Telefono:					

FOLIO N° 38

Fecha: 19/07/2017 11:37

Página 1/1

Realizado por: JHON CARLOS IREGUI ALCANTARA

ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

TP: 17344393

**MOTIVO DE CONSULTA**

CONTROL.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE LARGA EVOLUCION DE DOLOR LUMBAR CRÓNICO ASOCIADO A LIMITACIÓN FUNCIONAL IRRADIADO A MIEMBROS INFERIORES EN MANEJO MULTIDISCIPLINARIO CON CLÍNICA DEL DOLOR Y CIRUGIA DE COLUMNA VIENE A VALORACION CON PARACLINICOS.

**REVISION POR SISTEMA:**

NIEGA

**ANTECEDENTES:**

ALERGICOS...NIEGA

Tipo	Detalle	Fecha Registro
<b>SIGNOS VITALES:</b>	FC: x min    FR: x min    TEMP: ,00    TA: /    mmHg    PESO: 0,00    KG    TALLA: MTS    SPO2	

**EXAMEN FISICO**

DOLOR A LA FLEXIÓN PROFUNDA DE COLUMNA, LASEGUE POSITIVO DERECHO, DOLOR A LA MARCHA EN PUNTA DE PIES Y TALONES.

RNM DE COLUMNA LUMBOSACRA (27/AGOSTO/2014): DISMINUCIÓN DE LA AMPLITUD DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL DE L5 - S1 CON ALTERACIÓN EN LA INTENSIDAD DE LA SEÑAL DE LOS PLATILLOS VERTEBRALES POR FOCOS HIPERINTENSOS EN LAS SECUENCIAS POTENCIALES EN T2, ASOCIADO A INCIPIENTE PROTRUSIÓN ANULAR DEL ANILLO FIBROSO QUE DISMINUYE LA AMPLITUD DE LOS RECESOS LATERALES  
GAMAGRAFIA ÓSEA COROPRAL TOTAL (26/NOVIEMBRE/2014): SINDROME FACETARIA EN L5.

RNM COLUMNA LUMBAR (18/JULIO/2016): DISCOPATIA LUMBAR L5-S1 SEVERA, ESPONDILOARTROSIS, NO LISIS, NO LISTESIS.

**ANÁLISIS Y PLAN:**

SE TRATA DE PACIENTE CON DOLOR LUMBAR SIN RADICULOPATIA SE REMITE A BLOQUEO FASCETARIO.

**ORDENES MÉDICAS:**

SS/ CITA DE CONTROL EN 2 MESES.

SS/ VALORACION POR CLINICA DEL DOLOR.

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
M519	TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo
M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	<input type="checkbox"/>	Definitivo

*Iregui*

Profesional IREGUI ALCANTARA JHON CARLOS

Especialidad ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



143 of 67

**HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No. Documento	
1297934		25/07/2017 10:31		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA GINECOLOGIA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
				Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS				

**FOLIO N° 39** Fecha: 25/07/2017 11:05 Pagina 1/1  
Realizado por: FABIO REYES MAHECHA GINECOLOGIA TP: 3221694

**MOTIVO DE CONSULTA**

PTE DE 50 AÑOS, CONSULTA POR PRESENTAR AMENORREA DE 8 MESES Y SE QUEJA DE OLEADAS DE CALOR ESPECIALMENTE DE NOCHE.

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

**REVISION POR SISTEMA:**

**ANTECEDENTES:**

ALERGICOS...NIEGA, FUR 16/12/16, G3P3V3, PLANIFICACION POMEROY, APENDICECTOMIA, HERNIORRAFIA UMBILICAL, GASTRITIS, MIGRAÑA, OTROS NIEGA

<b>Tipo</b>	<b>Detalle</b>	<b>Fecha Registro</b>
<b>SIGNOS VITALES:</b>	FC: x min FR: x min TEMP: ,00 TA: 100 / mmHg 70 PESO: 79,00 KG TALLA: MTS SPO2: ,00	

**EXAMEN FISICO**

MEMBRANAS BLANDAS NO SECRETANTES SIN MASAS CON PEQUEÑAS NODULACIONES BILATERALMENTE NO SE PALPAN ADENOPATIAS AXILARES  
GENITALES EXTERNOS DE MULTIPARA CISTOCELE I RECTOCELE TV VAGINA NORMAL CUELLO POSTERIOR LARGO CERRADO UTERO EN AVF NORMAL  
ANEXOS NEGATIVOS PRESENTA LESION HIPOCROMICA EN PERINE.

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PTE DE 50 AÑOS, CON AMENORREA DE 8 MESES DE EVOLUCION SECUNDARIO A SU ESTADO MENOPAUSICO CON SINTOMATOLOGIA MENOPAUSICA, DICE PRESENTAR AUMENTO DEL TAMAÑO DE LOS SENOS NO SE ENCUENTRA PATOLOGIA SIGNIFICATIVA EN LOS SENOS, SE RECOMIENDA TOMA DE CITOLOGIA

**ORDENES MÉDICAS:**

SS MAMOGRAFIA, FSH, LH, CITA EN 1 MES CON RESULTADOS.

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
951	ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

*Reyes*

Profesional REYES MAHECHA FABIO

Especialidad GINECOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**Historia Clínica de Oftalmología**

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 40 Pagina 1/1

Fecha de Registro: 27/07/2017 10:48

**Datos Personales:** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606  
 Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Di Estado Civil: Soltero  
 Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KRI NO 7 301  
 Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación:** Entidad: 480 - CONVIDA II EVENTO - AMBULATORIO  
 Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso:** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:  
 Dirección Acudiente: Ingreso: 1300327  
 Fecha de Ingreso: 27/07/2017 08:42:44 a.m. Causa Externa: Enfermedad\_General Finalidad de Consulta: No\_Aplica

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

PACIENTE QUIEN ASISTE PARA REALIZACION DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, CÁPSULOTOMIA YAG LASER DE OJO IZQUIERDO

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos ANOTADOS  
 Quirúrgicos ANOTADOS  
 Oftálmicos Usa anteojos desde:  
 Familiares

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico  
 Cover test: Ortoforico: X: E: ET:  
 (E)T: (X) Pcc: 0,0000 cm  
 T:  
 Movimientos Oculares:  
 Anexos:  
 Exámen Pupilar:

**IV. Agudeza Visual**

Lejos: Cerca:  

Sc	OD	OI	J
Cc	OD	OI	J

**V. Queratometría**

OD OI

**VI. Refracción**

Objetiva Subjetiva  

OD	OI	OD	OI
----	----	----	----

Adición:

**VII. Biomicroscópica**

**VIII. Tonometría**

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



144 # 68

**Historia Clinica de Oftalmología**

Aplanatica 

OD
OI

 mm de Hg  
mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

**X. Conducta**

PROCEDIMIENTO: CAPSULOTOMIA YAG LASEROJO:  
IZQUIERDO: ANESTESIA: LOCAL TOPICA EN  
GOTASDESCRIPCION: EXPLICACION PREVIA AL PACIENTE DE COMO ES EL PROCEDIMIENTO,  
DILATACION PREVIA DE IRIS CON TROPICAMIDA AL 1%, (FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO)  
COLOCACION DE MENTON EN MENTONERA DE LA LAMPARA DE HENDIDURA, SE VALORA EL GRADO DE  
OPACIDAD DE LA CAPSULA POSTERIOR PARA DETERMINAR EL PODER DEL LASER, SE APUNTAN LAS MIRAS  
DEL LASER SOBRE EL AREA CENTRAL DE LA CAPSULA POSTERIOR OPACA, SE REALIZAN DISPAROS DE  
LASER HASTA PERFORAR LA CAPSULA POSTERIOR Y DEJAR CLARA LA ZONA DEL EJE VISUAL CENTRAL,  
SE TERMINA EL PROCEDIMIENTO CON EXITO, SIN COMPLICACIONES Y SE EXPLICAN FACTORES DE RIESGO  
Y/O ALARMA PARA TENER EN CUENTA EN EL POSTOPERATORIO, SE ENTREGA FORMULA MEDICA Y CITA  
DE CONTROL.OJO IZQUIERDO PODER: 3MJ NUMERO DE DISPAROS: 53  
TIEMPO: 4NS

**Antecedentes  
Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
H259	CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Procedimientos No Quirúrgicos</b>		
169	CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
CITA DE CONTROL EN 8 DIAS		

Profesional JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
Registro Profesional 79157475  
Especialidad OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1301316	28/07/2017 08:12	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
		Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	41	Fecha Folio:	28/07/2017 08:45:47 a.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 41

(Fecha: 28/07/2017 08:45 a.m.)

Responsable: LICETH DIAZ |

Teléfono Resp: 3142661324

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1301316 Fecha: 28/07/2017 08:12:13 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**INFORMACION DE PACIENTE**

Hemoclasiación:	No Sabe	Religion		Ocupacion	
Empresa donde Trabaja:					
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo Consulta

AYER ME OPERARON

Enfermedad actual

PACIENTE REIFERE QUE EL DIA DE AYER LE REALIZARON CAPSULOTOMIA OJO IZQUIERDO, PACIENTE REFIER DOLOR INTENSO OCULAR SIN OTRO SINTOMA.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE
	NO REFIERE	Trauma	No

Nombre reporte : HCRPHistoBase



148 73 69

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1301316		28/07/2017 08:12		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
				Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
				Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS				
Folio:	41	Fecha Folio:	28/07/2017 08:45:47 a.m.		

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 41 (Fecha: 28/07/2017 08:45 a.m.)

Responsable: LICETH DIAZ |

Teléfono Resp: 3142661324

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1301316 Fecha: 28/07/2017 08:12:13 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Piel y Faneras	Lesión por causa externa	No
----------------	--------------------------	----

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTOMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			

**EXAMEN FISICO**

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
<b>1301316</b>	<b>28/07/2017 08:12</b>	<b>39617606</b>	
Paciente:	<b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>		
Servicio:	<b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>		
Fecha Nacimiento:	<b>02/04/1967</b>	Edad:	<b>52 Años \ 8 Meses \ 14 Días</b>
Municipio:	<b>FUSAGASUGA</b>	Barrio o Vereda:	<b>URB SAN ANTONIO</b>
Entidad:	<b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS</b>		
Folio:	<b>41</b>	Fecha Folio:	<b>28/07/2017 08:45:47 a.m.</b>
Sexo:	<b>Femenino</b>	Estado Civil:	<b>Soltero</b>
Dirección:	<b>KR1 NO 7 30 I</b>		Telefono: <b>3142661324</b>

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 41

(Fecha: 28/07/2017 08:45 a.m.)

Responsable: LICETH DIAZ |

Teléfono Resp: 3142661324

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1301316 Fecha: 28/07/2017 08:12:13 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**SIGNOS VITALES**

Estado General	<b>BUENO</b>	Sistolica	<b>120,0000</b>	mmHg	Diastólica	<b>80,0000</b>	mmHg	Media	<b>93,3333</b>
F. C.	<b>78,0000</b>	L*m	<b>F. R. 18,0000</b>	R*m	Temperatura	<b>36,0000</b>	°C	Peso	<b>1,0000</b>
SO2	<b>98,0000</b>	IMC	<b>1,0000</b>	Kg/m2					
Apertura Ocular	<b>Espontánea</b>	Rpta. Verbal	<b>Orientado</b>	Rpta. Motora	<b>Obedece</b>				
Glasgow	<b>15,0000</b>								
Estado General	<b>NORMAL</b>								
Cráneo Facial	<b>NORMAL INYECCION CONJUNTIVAL Y EDEMA CórNEAL</b>								
Cuello y Columna	<b>NORMAL</b>								
Cardiopulmonar y Torax	<b>NORMAL</b>								
Abdomen	<b>NORMAL</b>								
Extremidades	<b>NORMAL</b>								
Neurológico y Mental	<b>NORMAL</b>								
Genital Rectal	<b>NORMAL</b>								
Piel y Faneras	<b>NORMAL</b>								

DIAGNOSTICO: **Z540 CONVALECENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA**

**Analisis e interpretación de apoyo diagnóstico**  
NO



149 70

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1301316		28/07/2017 08:12		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
				Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Direccion:	KR1 NO 7 30 I
				Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS				
Folio:	41	Fecha Folio:	28/07/2017 08:45:47 a.m.		

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 41

(Fecha: 28/07/2017 08:45 a.m.)

Responsable: LICETH DIAZ |

Teléfono Resp: 3142661324

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1301316 Fecha: 28/07/2017 08:12:13 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

PACIENTE CON POP DE CAPSULOTOMIA OJO IZQUIERDO CUADRO DE UN DIA DE EVOLUCION PACIENTE REFIERE DOLOR INTENSO, REFEIRE QUE EL DIA DE AYER NO LE ENTREGARON FORMULA DE MANEJO EXTERNO, AL EXAMEN FISICO INYECCION CONJUNTIVAL MAS EDEMA DE LA CORNEA SE DA EGRESO CON DEXAMETOSA MAS NEOMICIA Y DICLOFENACO OFTALMICO, PENDIENTE CONTROL CON OFTALMOLOGIA.

Profesional: ARDILA PULIDO JENNY CAROLINA

Registro Medico: 1121829829

Especialidad: MEDICINA GENERAL



Historia Clínica de Oftalmología

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 42 Pagina 1/1  
Fecha de Registro: 01/08/2017 12:19

**Datos Personales** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606  
Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Dí Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KR1 NO 7 30 1  
Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación** Entidad: 480 - CONVIVA II EVENTO - AMBULATORIO  
Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:  
Dirección Acudiente: Ingreso: 1304864  
Fecha de Ingreso: 01/08/2017 11:34:32 a.m. Causa Externa: Enfermedad\_General Finalidad de Consulta: No\_Aplica

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

CONTROL POP., LASER OI HACE 8 DIAS . CAPSULOTOMIA

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos ANOTADOS  
Quirúrgicos ANOTADOS  
Oftálmicos Usa anteojos desde: -----  
Familiares -

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico  
Cover test: Ortoforico: X: - E: - ET: -  
XT: (E)T: - (X) T: - Pcc: 0,0000 cm

Movimientos Oculares: -  
Anexos: -  
Exámen Pupilar: -

**IV. Agudeza Visual**

Lejos: Cerca:  

Sc	OD	*
Cc	OD	

OI	-
OI	-

J	-
J	-

**V. Queratometría**

OD - OI -

**VI. Refracción**

Objetiva Subjetiva  

OD	OI	OD	OI
----	----	----	----

Adición: -

**VII. Biomicroscópica**

OI: CAPSULOTOMIA EN BUEN ESTADO

**VIII. Tonometría**

OD mm de Hg

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



150

Historia Clinica de Oftalmología

Apertura

OI

mm de Hg

IX. Fundoscopia

X. Conducta

PACIENTE EN CONTROL POP DE LASER EN OJO IZQUIERDO, EN BUEN ESTADO. SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES.

Antecedentes

Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Ppal <input type="checkbox"/>
H579	TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS. NO ESPECIFICADO	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>

Exámenes

39143L	CONSULTA ESPECIALIZADA - OPTOMETRIA	1	SS.VALORACION
--------	-------------------------------------	---	---------------

**Profesional** JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
**Registro Profesional** 79157475  
**Especialidad** OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

N° Historia Clínica: 39617606.

**DATOS PERSONALES**

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS      Identificación: 39617606      Sexo: Femenino  
 Fecha Nacimiento: 02/abril/1967      Edad Actual: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días      Estado Civil: Soltero  
 Dirección: KRI NO 7 30      Teléfono: 3213068443  
 Procedencia: FUSAGASUGA      Ocupación:

**DATOS DE AFILIACIÓN**

Entidad: CONVIDA E.P.S.      Régimen: Regimen\_Simplificado  
 Plan Beneficios: 491 - CONVIDA EPSS 1 NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY CAPITADO      Nivel - Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 43      (Fecha: 08/08/2017 01:43 p.m.)      Folio Asociado: 27  
 Responsable: LILIA CARDENAS      Teléfono Resp: 3123785504  
 Parentesco Resp: MAMA      N° Ingreso: 1310598      Fecha: 08/08/2017 12:57:46 p.m.  
 Acompañante: SOLA      Telefonó Acomp: 3213068443  
 Finalidad Consulta: No\_Aplica      Causa Externa: Enfermedad\_General

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Religión:      Ocupación:      Require atención espiritual y/o emocional: NO  
 ¿Cua?:      Paciente con discapacidad: NO      ¿Cual?:      Mujer o menor víctima de maltrato: NO  
 Víctima de violencia sexual: NO      Tos con expectoración mayor a 15 días: NO      Sintomático de piel: NO

**MOTIVO DE CONSULTA**

ME ORINO CUANDO ME RIO

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE QUIEN CONSULTA POR CUADRO 2 AÑOS DE EVOLUCION DE INCONTINENCIA CON LAS MANIOBRAS DE VALSALVA

**REVISIÓN POR SISTEMA:**

DIURESIS Y DEPOSICIÓN NORMAL

**ANTECEDENTES:**

PATOLÓGICOS: NIEGAFAMRAC: ACETAMINOFEN ALERG: DIPIRONA QX: APÉNDICE, POMERY GINECOOBSTÉTRICOS:  
 MENOPAUSIA FAMILIARES: TIA MATERNA Y ABUELA PATERNA CON CÁNCER DE ÚTERO

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL**

Condición de desplazamiento: No desplazado      Programa SAN: Ninguno  
 Conducta: Nuevo en el programa      Micronutrientes: Ninguno      Complementación: NO  
 Tipo de población: Urbana      Actividad física: Moderada      Talla adulto mayor: No aplica  
 Educación nutricional: SI

Tipo	Detalle	Fecha Registro
<b>SIGNOS VITALES:</b>	FC: 80 x min      FR: 18 x min      TEMP: 36,80      TA: 100 / 60      mmHg      PESO 78,00      KG      TALLA: 1,59 Mts	
	P.Cintura 70,0000      P.Muñeca: 16,0000      IMC: 30,85	

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional SANABRIA REYES EMIRO ESTEBAN ALONSO

151 70 22

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	ALERTA HIDRATADA AFEBRIL NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Cuello y columna:	NORMAL	MOVIL NO DOLOROSO NO MASAS NO ADENOMEGALIAS
Abdomen:	NORMAL	BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS
Neurologico y mental:	NORMAL	SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Craneo facial:	NORMAL	NORMOCEFALA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS PULMONARES
Extremidades:	NORMAL	EUTROFICAS SIN EDEMAS PULSOS DISTALES SIMETRICOS DOLOR A LA PALPACION I EPICONDILOS MEDIALES DE MIEMBROS SUPERIORES
Genital rectal:	NORMAL	NO SE EXPLORA
Piel y faneras:	NORMAL	MUCOSA HUMEDA PIEL Y FANERAS SIN ALTERACION

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PACIENTE CON CUADRO DE INCONTINENCIA POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR UROLOGIA. PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR MANEJO A SEGUIR

**ENES MÉDICAS:**

SS/ VAL UROLOGIA

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
I132X	INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional SANABRIA REYES EMIRO ESTEBAN ALONSO

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

## HISTORIA CLÍNICA

### HISTORIA CLINICA DE DESCRIPCION QUIRURGICA

N° Historia Clínica: 39617606

#### DATOS PERSONALES

**Nombre Paciente:** INES RODRIGUEZ CARDENAS **Identificación:** 39617606 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 02/abril/1967 **Edad Actual:** 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** KR1 NO 7 30 **Teléfono:** 3213068443  
**Procedencia:** FUSAGASUGA **Ocupación:**

#### DATOS DE AFILIACIÓN

**Entidad:** CONVIDA E.P.S. **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** CONVIDA II NIVEL EVENTO - HOSPITALIZACION **Nivel - Estrato:** REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

#### DATOS DEL INGRESO

**FOLIO N° 44** (Fecha: 23/08/2017 01:00 p.m.)  
**Responsable:** ALBANO RODRIGO TARAPUES MENDEZ **Teléfono Resp:** 313-3454640  
**Dirección Resp:** CARRERA 1 N 7 - 30 BARRIO SAN ANTONIO **N° Ingreso:** 1323772 **Fecha:** 23/08/2017 08:21:50 a.m.  
**Finalidad Consulta:** No\_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad\_General

-DIAGNOSTICO(S) PREQUIRURGICO(S): CATARATA  
-DIAGNOSTICO(S) POSTQUIRURGICO(S): CATARATA  
-PROCEDIMIENTO(S) REALIZADO(S): EXTRACCION DE CATARATA POR FACOEMULSION + IRIDECTOMIA OJO DERECHO  
-HALLAZGOS: NINGUNO  
-DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO(S): SE REALIZA PREVIA ASEPSIA ANTISEPSIA CON ISODINE SOLUCION EN OJO IZQUIERDO BLEFAROSTATO XILOCAINA BLOQUE PARCIAL L Y RETROBULBAR CON 3 CC DE XILOCAINA + EPINEFRINA AL 2% COLOCACION DE BLEFAROSTATO PARACENTEXIS CON CUCHILLETE DE 11 Y 15 GRADOS PARACENTEXIS CON CUCHILLETE 2.75 TUNELIZADA COLOCACION DE AZUL TRIPAN APLICACION DE VISCOELASTICO (BIOCELULENT -HIDROXIPROPILMECTILCELULOSA 2%. CBF32 UVFL 14.50 SN 0-22113002A1Z01-21 LOTE EXP. 06-16-2018) CAPSULOUREXIS, HIDRODISECCION LUXACION DE CRISTALINO FACOEMULSIFICACION (NOTA ACLARATORIA : " la iridectomia no es via de acceso para la extracción de catarata") IRRIGACION ASPIRACION DE MASAS IMPLANTE DELENTE INTRAOCULAR FLEXIBLE PODER 23.50 LAVADO DE VISCOLASTICO EN CAMARA ANTERIOR SE REFORMA CAMARA ANTERIOR SE SELLAN INSICIONES DECADRON GENTAMICINA SUBCONJUNTIVA AL 0.5CC MEDIRIANO 10 APOSITO Y PROTECTOR OCULAR PLASTICO , PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES,  
-MUESTRA(S) ENVIADA(S) A PATOLOGIA: NO

#### PROFESIONALES

**ESPECIALISTA 2:** 79157475 JIMENEZ MANUEL FERNANDO OFTALMOLOGIA  
**ANESTESIOLOGO:**  
**INSTRUMENTADOR QX:** CONSUELO QUIÑONES  
**MEDICO AYUDANTE:**  
**CIRCULANTE:** MILENA ACOSTA

#### DIAGNOSTICOS PRE - QUIRURGICOS

H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA



152 8/73

**DIAGNOSTICOS POS - QUIRURGICOS**

H259 CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA

FECHA Y HORA DE INICIO 23/08/2017 12:54:04 FECHA Y HORA FINAL 23/08/2017 12:54:04 p.m.

SALA QUIRURGICA SALA 2

**TIPO DE ANESTESIA**

TIPO DE ANESTESIA: LOCAL  
ESPECIALISTA 79157475 JIMENEZ MANUEL OFTALMOLOGIA  
FERNANDO

**DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS**

-DIAGNOSTICO(S) PREQUIRURGICO(S): CATARATA -DIAGNOSTICO(S) POSTQUIRURGICO(S): CATARATA  
-PROCEDIMIENTO(S) REALIZADO(S): EXTRACCION DE CATARATA POR FACOEMULSION + IRIDECTOMIA  
OJO DERECHO-HALLAZGOS: NINGUNO -DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO(S):SE REALIZA PREVIA  
ASEPSIA ANTISEPSIA CON ISODINE SOLUCION EN OJO IZQUIERDO BLEFAROSTATO XILOCAINA BLOQUE  
PARCIAL L Y RETROBULBAR CON 3 CC DE XILOCAINA + EPINEFRINA AL 2% COLOCACION DE  
BLEFAROSTATO PARACENTEXIS CON CUCHILLETE DE 11 Y 15 GRADOS PARACENTEXIS CON CUCHILLETE  
2.75 TUNELIZADA COLOCACION DE AZUL TRIPAN APLICACION DE VISCOELASTICO (BIOCELULENT  
-HIDROXIPROPILMECTILCELULOSA 2%. CBF32 UVFL 14.50 SN 0-22113002A1Z01-21 LOTE EXP. 06-16-2018)  
CAPSULOREXIS, HIDRODISECCION LUXACION DE CRISTALINO FACOEMULSIFICACION (NOTA  
ACLARATORIA : " la iridectomia no es via de acceso para la extracción de catarata") IRRIGACION ASPIRACION DE  
MASAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR FLEXIBLE PODER 23.50 LAVADO DE VISCOLASTICO EN  
CAMARA ANTERIOR SE REFORMA CAMARA ANTERIOR SE SELLAN INSICIONES DECADRON  
GENTAMICINA SUBCONJUNTIVA AL 0.5CC MEDIRIANO 10 APOSITO Y PROTECTOR OCULAR PLASTICO ,  
PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, -MUESTRA(S) ENVIADA(S) A PATOLOGIA: NO

Profesional JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
Registro Medico: 79157475  
Especialidad OFTALMOLOGIA



Historia Clínica de Oftalmología

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 45 Pagina 1/1

Fecha de Registro: 29/08/2017 11:04

**Datos Personales:** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606

Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Dí Estado Civil: Soltero

Teléfono: 3142661324

Dirección Residencia: KR1 NO 7 301

Procedencia: FUSAGASUGA

Ocupación:

Religión:

**Datos de Afiliación:** Entidad: 480 - CONVIVA II EVENTO - AMBULATORIO

Tipo Régimen: Contributivo

Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso:** Nombre del Acudiente:

Teléfono del Acudiente:

Dirección Acudiente:

Ingreso: 1329088

Fecha de Ingreso: 29/08/2017 10:21:57 a.m. Causa Externa: Enfermedad General

Finalidad de Consulta: No Aplica

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

POP DE CARATA OD 8 DIAS POR FACO REFIERE MEJORIA

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos

Quirúrgicos

Oftálmicos Usa anteojos desde:

Familiares

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico

Cover test: Ortoforico: X:

E:

ET:

(E)T:

(X)

Pcc: 0,0000 cm

XT:

T:

Movimientos Oculares:

Anexos:

Exámen Pupilar:

**IV. Agudeza Visual**

Lejos:

Cerca:

Sc	OD
Cc	OD

OI
OI

J
J

OD

**V. Queratometría**

OI

**VI. Refracción**

Objetiva

Subjetiva

OD

OI

OD

OI

Adición:

**VII. Biomicroscópica**

OD LIO CENTRADO CORNEA TRANSPARENTES

**VIII. Tonometría**

OD

mm de Hg

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



153-82  
74

**Historia Clinica de Oftalmología**

APERTURA OI mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

**X. Conducta**

**VALORACION POR OPTOMETRIA**

**Antecedentes  
Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>

**Exámenes**

39143L	CONSULTA ESPECIALIZADA - OPTOMETRIA	1
--------	-------------------------------------	---

**Procedimientos No Quirúrgicos**

169	CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1
-----	---	--	---

CITA CONTROL 1 MES

Profesional JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
Registro Profesional 79157475  
Especialidad OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT {890680025-1}



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento					
1333261	02/09/2017 21:20	39617606					
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS						
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA						
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino	Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I	Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS						
Folio:	46	Fecha Folio:	02/09/2017 10:11:18 p.m.				

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 46

(Fecha: 02/09/2017 10:11 p.m.)

Responsable: RODRIGO TARAQUES

Teléfono Resp: 3133454640

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1333261 Fecha: 02/09/2017 09:20:55 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**INFORMACION DE PACIENTE**

Hemoclasiificación:	A+	Religion	CRISTIANA	Ocupacion	HOGAR
Empresa donde Trabaja:					
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo Consulta

TENGO DOLOR EN EL PECHO

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR CUADRU CLINICO +/- 1 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LATERALIZADO POR DEBAJO SENO MAMARIO DERECHO QUE DIFICULTA PARAN RESPIRAR NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neuroológico	NO REFIERE



134  
8  
3

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1333261		02/09/2017 21:20		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
				Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
				Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS				
Folio:	46	Fecha Folio:	02/09/2017 10:11:18 p.m.		

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 46

(Fecha: 02/09/2017 10:11 p.m.)

Responsable: RODRIGO TARAQUES

Teléfono Resp: 3133454640

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1333261 Fecha: 02/09/2017 09:20:55 p.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

Piel y Faneras	NO REFIERE	Trauma	No
		Lesión por causa externa	No

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTOMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1333261	02/09/2017 21:20	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda	URB SAN ANTONIO
		Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	46	Fecha Folio:	02/09/2017 10:11:18 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 46

(Fecha: 02/09/2017 10:11 p.m.)

Responsable: RODRIGO TARAQUES

Teléfono Resp: 3133454640

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1333261 Fecha: 02/09/2017 09:20:55 p.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

**EXAMEN FISICO**

**SIGNOS VITALES**

Estado General	BUENO	Sistolica	130,000	mmHg	Diastólica	80,000	mmHg	Media	0,000
F. C.	78,000	L*m	F. R.	18,000	R*m	Temperatura	37,00	°C	
						Peso	1,000	Kg	Talla
									1,000
									Mt

SO2	98,000	IMC	0,000	Kg/m2
Apertura Ocular	Espontánea	Rpta. Verbal	Orientado	Rpta. Motora
Glasgow	0,000			Obedece

Estado General	NORMAL	PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Cráneo Facial	NORMAL	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERRAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA
Cuello y Columna	NORMAL	CUELLO MOVIL, SIN ADENOMGELIAS
Cardiopulmonar y Torax	NORMAL	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS DOLOR A LA PALPACION LATERALIZADO A NIVEL COSTILLAS 6-7 DEL LADO DERECHO
Abdomen	NORMAL	RUIDOS INTESITNALES PRESENTES, ABDOMEN BLANDO DEPREISBLE NO DOLOR A LA PALPAICON NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Extremidades	NORMAL	SIMETRICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS
Neurológico y Mental	NORMAL	ALERTA ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS SIN SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA
Genital Rectal	NORMAL	NORMOCONFIGURADO EXTERNAMENTE
Piel y Faneras	NORMAL	NORMAL

DIAGNOSTICO:	R074	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO
--------------	------	------------------------------------



155  
27  
76

**HISTORIA CLÍNICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1333261		02/09/2017 21:20		39617606	
Paciente: <b>INÉS RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
				Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
				Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS				
Folio:	46	Fecha Folio:	02/09/2017 10:11:18 p.m.		

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 46

(Fecha: 02/09/2017 10:11 p.m.)

Responsable: RODRIGO TARAQUES

Teléfono Resp: 3133454640

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1333261 Fecha: 02/09/2017 09:20:55 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA POR CUADRU CLINICO +/- 1 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR LATERALIZADO POR DEBAJO SENO MAMARIO DERECHO QUE DIFICULTA PARAN RESPIRAR NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA AL EXAMEN FISICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS PRESENTES SIN AGREGADOS DOLOR A LA PALPACION LATERALIZADO A NIVEL COSTILLAS 6-7 DEL LADO DERECHO POR LO QUE SE DECIDE INGRESAR SE SOLICITA RX DE TORAX Y DE REJA COSTAL REVALORAR CON RESULTADOS

Profesional GOMEZ POLO RONALDO DAMIAN

Registro Medico: 1118829989

Especialidad MEDICINA GENERAL



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1333261	02/09/2017 21:20	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS**

**FOLIO N° 47**

Fecha: 03/09/2017 02:29

Pagina 1/2

Realizado por: KATHERINE VIVIANA LARROTA MARTINEZ

MEDICINA GENERAL

TP: 1024487075

### Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
M940	SINDROME DE LA ARTICULACION CONDRICOSTAL [TIETZE]	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> Fo

Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional?

Cuál

### Información Subjetiva del Paciente

TEL: 3213068443

OCUPACION: AMA DE CASA

ACOMPAÑANTE: RODRIGUEZ TARAPUES ( ESPOSO)

CALIDAD DE LA INFORMACION: BUENA

MC: REVALORACION

EA: PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE DOS DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR DOLOR EN REJA COSTAL DERECHA TIPO PRESION PUNZADA CONSTANTE QUE SE EXACERBA CON CAMBIOS DE POSICIONES EN FLEXION DEL CUERPO, INSPIRACION PROFUNDA, NO FIEBRE, NO TOS, NO ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, NO IRRADIACION DEL DOLOR, NO DISNEA, AUTOMEDICACION ACETAMINOFEN 2 TABLETAS CADA HORAS CON LEVE MEJORA DEL CUADRO. NIEGA CUADROS SIMILARES REFIER EMEJORIA DEL CUADRO POSTERIO ANALGESIA IM

REVISION POR SISTEMAS: NO SX DE DOLOR EN CUELLO NO DOLOR EN MSI NIEGA TRAUMAS, NIEGA SX RESPIRATORIOS

### Examen Físico

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL HIDRATADOCC/ MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, OLR NORMAL CP/ RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, DOLOR A A PALPACION EN REJA COSTAL DE LADO DERECHO SOBRE 5-6 ESPACIO IC ABDOMEN: NO DOLOR ABDOMINAL NO IRRITACION PERITONEALEXTREMIDADES: NO EDEMAS ADECUADA PERFUSION DISTALNEUROLOGICO: ALERTA NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE

TA= 110 / 70 mmHg	TA media= 83 mmHg	FC= 70 lat/min	FR= 16 resp/min	Temp= 36,0 °C
Peso= ,00 Kg	Talla= ,00 mts	IMC= 95,00 Kg/m2	Spo2= 95,00	Glasgow= 15

Estado General: BUENO

Hallazgos Positivos:

### Análisis y Plan de Manejo

LABORATORIOS

HEMOGRAMA: SIN ALTERACIONES

RX DE TORAX Y REJA COSTAL: NO FRACTURAS, NO DERRAMES

PACIENTES FEMENINA EN SEXTA DECADA DE LA VIDA CON CUADRO DE DOLOR DE CARACTERISTICAS COSTOCONDRICTICAS, SE REVISIA HEMOGRAMA SIN ALTERACIONES, RX DE TROAX Y REJA COSTAL SINA LTERACIONES SE DEI DE DAR SALIDA CON CICLO CORTO DE AINES + DOSI UNCIA DE CORTICOIDE IM + EJERCICOS D EPRESION PSOTIVA Y SIGNOS DE ALARMA

IDX  
COSTOCONDRICTIS

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

156 87



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1333261	02/09/2017 21:20	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha: **02/04/1967**      Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento:      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Municipio: **FUSAGASUGA**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMI SANAR SAS**

FOLIO N° 47

Fecha: 03/09/2017 02:29

Pagina 2/2

Realizado por: KATHERINE VIVIANA LARROTA MARTINEZ

MEDICINA GENERAL

TP: 1024487075

- REJA COSTAL DERECHA

**PLAN:**

- SALIDA
- DICLOFENACO TAB 50 MG VIA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DIAS
- ACETAMINOFEN 1 GRAMOS VIA ORAL CADA 6 HROAS POR 5 DIAS
- DEXAMETASONA 8 MG IM DOSIS UNICA
- EJERCICIOS DE PRESION +
- SIGNOS DE ALARMA

### Plan de Manejo

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
Diclofenaco Sódico x 50 mg tableta					TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS	15
dexametazona x 4 mg/ml soluc. iny.					APLICACION INTRAMUSCULAR DE 8 MG DOSIS UNICA	2
Acetaminofen x 500 mg tableta.					TOMAR DOS TABLETAS CADA 6 HORAS POR 5 DIAS	40

**Profesional**      LARROTA MARTINEZ KATHERINE VIVIANA  
**Registro Medico:**      1024487075  
**Especialidad**      MEDICINA GENERAL



Historia Clinica de Oftalmología

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 48 Pagina 1/1

Fecha de Registro: 10/10/2017 11:17

**Datos Personales:** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606  
 Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Di Estado Civil: Soltero  
 Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KRI NO 7 301  
 Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación:** Entidad: 480 - CONVIDA II EVENTO - AMBULATORIO  
 Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: RÉGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso:** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:  
 Dirección Acudiente: Ingreso: 1366765  
 Fecha de Ingreso: 10/10/2017 10:52:02 a.m. Causa Externa: Enfermedad General Finalidad de Consulta: No Aplica

I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual

PACIENTE OPERADA DE CATARATA AO 04/07/07 EMPEZO A VER OSCURO POR OI.HACE 20 DIAS EN FORMA SUBITA

II. Antecedentes Personales

Patológicos CATARA AO  
 Quirúrgicos APENDICECTOMIA POMEROY  
 Oftálmicos Usa anteojos desde: -  
 Familiares -

III. Exámen Externo

Hirschber: Simetrico  
 Cover test: Ortoforico: X: - E: - ET: -  
 (E)T: - (X) - Pcc: 0,0000 cm  
 XT: T:  
 Movimientos Oculares:  
 Anexos: -\*.  
 Exámen Pupilar: --

IV. Agudeza Visual

Lejos: Cerca:

Sc	OD	20	OI	20	J
Cc	OD	25	OI	50	J

V. Queratometría

OD	PINRLA DUCCIONES Y VERGENCIAS NORMAL	OI	PINRLA DUCCIONES Y VERGENCIAS NORMAL
----	---	----	---

VI. Refracción

Objetiva	Subjetiva
OD - OI -	OD -- OI -

Adición:

VII. Biomicroscópica

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



157 76 78

**Historia Clinica de Oftalmología**

ODI PSEUDOFACA

Aplanatica

OD	14
OI	14

**VIII. Tonometría**

mm de Hg

mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

ODI D/E 0.3-0.3

**X. Conducta**

PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DESCRITOS SE SOLICITA VALORACION POR OPTOMETRIA.

**Antecedentes**

**Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Ppal <input type="checkbox"/>
H579	TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS, NO ESPECIFICADO	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>
H526	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION	Ppal <input type="checkbox"/>

**Exámenes**

39143L	CONSULTA ESPECIALIZADA - OPTOMETRIA	1	SS. VALORACION
--------	-------------------------------------	---	----------------

Profesional JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
Registro Profesional 79157475  
Especialidad OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

## CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD

### CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD

N° Historia Clínica: 39617606

#### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS      Identificación: 39617606      Sexo: Femenino  
Fecha Nacimiento: 02/abril/1967      Edad Actual: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días      Estado Civil: Soltero  
Dirección: KRI NO 7 30      Teléfono: 3213068443  
Procedencia: FUSAGASUGA      Ocupación:

#### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:      Régimen: Regimen\_Simplificado  
Plan Beneficios: 491 - CONVIDA EPSS 1 NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY CAPITADO      Nivel - Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

#### DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 49      (Fecha: 26/10/2017 12:11 p.m.)      Folio Asociado: 43  
Responsable: RODRIGO TARACUES      Teléfono Resp: 3133454640  
Parentesco Resp:      N° Ingreso: 1380672      Fecha: 26/10/2017 12:01:42 p.m.  
Acompañante:      Telefonó Acomp:      Causa Externa: Enfermedad\_General  
Finalidad Consulta: No\_Aplica

#### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Religión: CRSITIANA      Ocupación: HOGAR      Require atención espiritual y/o emocional: NO  
¿Cua?:      Paciente con discapacidad: NO      ¿Cual?:      Mujer o menor víctima de maltrato: NO  
Victima de violencia sexual: NO      Tos con expectoración mayor a 15 días: NO      Sintomatico de piel: NO

#### MOTIVO DE CONSULTA

NO VEO BIEN

#### ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE CON FAQUECTOMIA IZQUIERDA HACE 6 MESES Y DERECHA HACE 2 MESES. REFIERE ALTERACION ENLENTE INTRAOCULAR POR TRAUMA CRANEOENCEFALICO LEVE EN PERIODO POSTQUIRURGICO. FUE VALORADA DE MANERA PARTICULAR POR OPTOMETRIA QUIEN INDICA VALORACION POR OFTALMOLOGIA POR LO QUE ACUDE.

#### REVISION POR SISTEMA:

DIURESIS Y DEPOSICION NORMAL

#### ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: CATARATAFAMRAC: ACETAMINOFEN ALERG: DIPIRONA QX: APENDICE, POMERY,  
FAQUECTOMIAGINECOOBSTETRICOS: MENOPAUSIAFAMILIARES: TIA MATERNA Y ABUELA PATERNA CON CANCER DE UTERO

#### VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL

Condición de desplazamiento: No desplazado      Programa SAN: Ninguno  
Conducta: Nuevo en el programa      Micronutrientes: Ninguno      Complementación: NO  
Tipo de población: Urbana      Actividad física: Moderada      Talla adulto mayor: No aplica  
Educación nutricional: SI

Tipo	Detalle	Fecha Registro
------	---------	----------------

SIGNOS VITALES: FC: 84 x min      FR: 18 x min      TEMP: 36,40      TA: 120 / 60 mmHg      PESO 78,00 KG      TALLA: 1,59 Mts

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional VELASCO HENAO NATALIA

*Natalia Velasco Heno*

158

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	ALERTA HIDRATADA AFEBRIL NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Cuello y columna:	NORMAL	MOVIL NO DOLOROSO NO MASAS NO ADENOMEGALIAS
Abdomen:	NORMAL	BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI VISCEROMEGALIAS
Neurologico y mental:	NORMAL	SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO
Craneo facial:	NORMAL	NORMOCEFALA CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS PULMONARES
Extremidades:	NORMAL	EUTROFICAS SIN EDEMAS PULSOS DISTALES SIMETRICOS DOLOR A LA PALPACION I EPICONDILLOS MEDIALES DE MIEMBROS SUPERIORES
Genital rectal:	NORMAL	NO SE EXPLORA
Piel y faneras:	NORMAL	MUCOSA HUMEDA PIEL Y FANERAS SIN ALTERACION

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PRESENTE CON ALTERACION ENLENTE INTRAOCULAR IZQUIERDO, REQUIERE VALORACION POR OFTALMOLOGIA. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA,

**ORDENES MÉDICAS:**

SS/ VAL POR OFTALMOLOGIA

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
H259	CATARATA SENIL, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional VELASCO HENAO NATALIA

*Natalia Velasco Henao*

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



Historia Clinica de Oftalmología

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 50 Pagina 1/1  
Fecha de Registro: 21/11/2017 10:47

**Datos Personales** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606  
Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 DÍ Estado Civil: Soltero  
Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KR1 NO 7 301  
Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación** Entidad: 480 - CONVIVA II EVENTO - AMBULATORIO  
Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso:** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:  
Dirección Acudiente: Ingreso: 1399874  
Fecha de Ingreso: 21/11/2017 10:05:52 a.m. Causa Externa: Enfermedad\_General Finalidad de Consulta: No\_Aplica

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

POP DE CATARATA AMBOS OJOS VISIO BORROSA AMBOS OJOS

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos ANOTADOS

Quirúrgicos

Oftálmicos Usa anteojos desde:

Familiares

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico

Cover test: Ortoforico: X:

E:

ET:

(E)T:

(X)

Pcc: 0,0000 cm

XT:

T:

Movimientos Oculares: EL PINRLA DUCCIONES Y VERGENCIAS NORMALES

Anexos:

Exámen Pupilar:

**IV. Agudeza Visual**

Lejos:

Cerca:

Sc	OD	20
Cc	OD	25

OI	20
OI	200

J
J

**V. Queratometría**

OD

OI

**VI. Refracción**

Objetiva

Subjetiva

OD

OI

OD

OI

Adición:

**VII. Biomicroscópica**

OD: PSEUDOFAQUIA OI: PSEUDOFAQUIA

**VIII. Tonometría**

OD 14

mm de Hg

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



159  
18  
20

**Historia Clinica de Oftalmología**

Apinawuca

OI 14 mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

OD:D/E 0.3-0. 4 OI:D/E 0.3-0. 4

**X. Conducta**

OFTALMOLOGIA BJO DILATACION OPTOMETRIA

**Antecedentes  
Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>
H579	TRASTORNO DEL OJO Y SUS ANEXOS, NO ESPECIFICADO	Ppal <input type="checkbox"/>

**Exámenes**

39143L CONSULTA ESPECIALIZADA - OPTOMETRIA 1

**Procedimientos No Quirúrgicos**

169	CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1
OFTALMOLOGIA BAJO DILATACION			

Profesional JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
Registro Profesional 79157475  
Especialidad OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



Historia Clínica de Oftalmología

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 51 Pagina 1/1

Fecha de Registro: 28/11/2017 11:08

**Datos Personales** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606  
 Género: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días Estado Civil: Soltero  
 Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KR1 NO 7 301  
 Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación** Entidad: 480 - CONVIVA II EVENTO - AMBULATORIO  
 Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:  
 Dirección Acudiente: Ingreso: 1405127  
 Fecha de Ingreso: 28/11/2017 09:55:51 a.m. Causa Externa: Enfermedad General Finalidad de Consulta: Deteccion Alteracion Agu

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

EXAMEN BAJO DILATACION OPERADA AO CATARATA

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos ANOTADOS

Quirúrgicos

Oftálmicos Usa anteojos desde:

Familiares

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico

Cover test: Ortoforico: X:

E:

ET:

(E)T:

(X)

Pcc: 0,0000 cm

XT:

T:

Movimientos Oculares: EL MIDRIASIS FARMACOLOGICA

Anexos:

Exámen Pupilar:

**IV. Agudeza Visual**

Lejos:

Cerca:

Sc	OD	20
Cc	OD	25

OI	20
OI	60

J
J

**V. Queratometría**

OD

OI

**VI. Refracción**

Objetiva

Subjetiva

OD

OI

OD

OI

Adición:

**VII. Biomicroscópica**

OD: PSEUDOFACA OI: PSEUDOFACA

**VIII. Tonometría**

OD

mm de Hg

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



160  
ST  
ST

**Historia Clinica de Oftalmología**

APERTURA

OI

mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

OD: D/E 0.3-0.3 DMRE AEP 2/8OI: D/E 0.3-0.3 DMRE AEP 2/8

**X. Conducta**

CONTROL EN 3 MESES

**Antecedentes  
Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
H353	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>
H526	OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCION	Ppal <input type="checkbox"/>
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Ppal <input type="checkbox"/>

**Procedimientos No Quirúrgicos**

169	CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA OFTALMOLOGIA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	1
-----	---	--	---

CITA CONTROL 3 MESES

Profesional JIMENEZ MANUEL FERNANDO  
Registro Profesional 79157475  
Especialidad OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1413956	09/12/2017 19:57	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda	URB SAN ANTONIO
	A	Direccion:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	52	Fecha Folio:	09/12/2017 08:21:33 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 52

(Fecha: 09/12/2017 08:21 p.m.)

Responsable: ELIZETH DIAZ

Teléfono Resp: 3175110044

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1413956 Fecha: 09/12/2017 07:57:57 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**INFORMACION DE PACIENTE**

Hemoclasificación:	No Sabe	Religion		Ocupacion	
Empresa donde Trabaja:					
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No		Cual:		

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo Consulta	" ME DUELE EL PECHO"
-----------------	----------------------

**Enfermedad actual**

PACIENTE DE 50 AÑOS DE EDAD ACUDE TRAJIDA POR LA HIJA POR CUADRO CLINICO DE 4 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR PRECORDIAL OPRESIVO IRRADIADO A MMBRO INFERIOR IZQUIERDO, NIEGA DISNEA, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIO, NO PATOLOGIAS DE BASE, NO ALERGIAS A MEDICAMENTOS. TIMI BAJO RIESGO ELECTROCARDIOGRAMA: BRADICARDIA SINUSAL, INVERSION DE ONDA T EN V1 Y V4. NO ELEVACION DEL SEGMENTO ST.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE

Nombre reporte : HCRPHistoBase



161 8  
82

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso: <b>1413956</b>		Fecha Ingreso: <b>09/12/2017 19:57</b>		No Documento: <b>39617606</b>	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	<b>02/04/1967</b>	Edad:	<b>52 Años \ 8 Meses \ 14 Días</b>	Sexo:	<b>Femenino</b>
Municipio: <b>FUSAGASUGA</b>		Barrio o Vereda: <b>URB SAN ANTONIO</b>		Dirección: <b>KR1 NO 7 30 I</b>	Telefono: <b>3142661324</b>
Entidad: <b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS</b>					
Folio:	<b>52</b>	Fecha Folio:	<b>09/12/2017 08:21:33 p.m.</b>		

**DATOS DEL INGRESO** FOLIO N° 52 (Fecha: 09/12/2017 08:21 p.m.)  
 Responsable: ELIZETH DIAZ Teléfono Resp: 3175110044  
 Dirección Resp: N° Ingreso: 1413956 Fecha: 09/12/2017 07:57:57 p.m.  
 Finalidad Consulta: No Aplica Causa Externa: Enfermedad General

Piel y Faneras	NO REFIERE	Trauma	No
		Lesión por causa externa	No

**ANTECEDENTES**

TIPO: Médicos	FECHA: 13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTOMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI	
TIPO: Médicos	FECHA: 11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1	
TIPO: Médicos	FECHA: 02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA	
TIPO: Otros	FECHA: 03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO	
TIPO: Médicos	FECHA: 31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.	
TIPO: Alérgicos	FECHA: 27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL	
TIPO: Médicos	FECHA: 27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA	
TIPO: Médicos	FECHA: 28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA	
TIPO: Alérgicos	FECHA: 28/08/2019 08:21:13 p.m.

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1413956	09/12/2017 19:57	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	52	Fecha Folio:	09/12/2017 08:21:33 p.m.

**DATOS DEL INGRESO** FOLIO N° 52 (Fecha: 09/12/2017 08:21 p.m.)  
 Responsable: ELIZETH DIAZ Teléfono Resp: 3175110044  
 Dirección Resp: N° Ingreso: 1413956 Fecha: 09/12/2017 07:57:57 p.m.  
 Finalidad Consulta: No\_Aplica Causa Externa: Enfermedad\_General

TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA

**EXAMEN FISICO**

**SIGNOS VITALES**

Estado General	BUENO	Sistolica	135,0000	mmHg	Diastolic	85,0000	mmHg	Media	101,6667					
F. C.	88,0000	L*m	F. R.	16,0000	R*m	Temperatura	36,0000	°C	Peso	0,0000	Kg	Talla	0,0000	Mt
SO2	95,0000	IMC		0,0000	Kg/m2									

Apertura Ocular	Espontánea	Rpta. Verbal	Orientado	Rpta. Motora	Obedece
Glasgow	15,0000				
Estado General	NORMAL	BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, E STABLE			
Cráneo Facial	NORMAL	SIN ALETRACIONES			
Cuello y Columna	NORMAL	NO ADNEOPATIAS CERVICALES			
Cardiopulmonar y Torax	NORMAL	DOLOR A LA DIGITOPRESION EN REGION OPARAESTERNA BILATERAL, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREADOS NO SOPLOS			
Abdomen	NORMAL	BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO AL PALPACION NO SIP			
Extremidades	NORMAL	SIN EDEMAS			
Neurológico y Mental	NORMAL	SIN DEFCIIT NEUROLOGICO N O SIGNOS DE FOCALIZACION			
Genital Rectal	NORMAL	NO SE EXPLORA			
Piel y Faneras	NORMAL	SIN ALTERACIONES			

DIAGNOSTICO: R072 DOLOR PRECORDIAL



102 9 25

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1413956	09/12/2017 19:57	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Direccion:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	52	Fecha Folio:	09/12/2017 08:21:33 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 52

(Fecha: 09/12/2017 08:21 p.m.)

Responsable: ELIZETH DIAZ

Teléfono Resp: 3175110044

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1413956 Fecha: 09/12/2017 07:57:57 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE DOLOR PRECORDIAL SIN SINTOMAS VASOVAGALES, NO ANTECEDNTES DE IMPORTABNCIA, BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR, ELECRTCARDIOGRAMA SIN SIGNOS DE ISQUEMIA, SIN EMBAERGO POR EDAD Y LOCALIZACIO SE INDICA TOMA DE TROPONINA, ANALGESIA, REVALROA, SE EXPLICA A LA FAMILAIR CONDUCTA MEDICA. DOLOR PRECORDIALCOSTOCONDRTISPLAN:AMBUALTORIONVOSSN 0.9% 100CC HORADIPIRONA 2.54GR IV AHORAMORFINA 4MG IV AHORASS TRONINA, GLUCOSA, CREATINIASS EKG (YAS)REVALROAR

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

*Diana Paula Lopez P.*

Profesional LOPEZ PACHON DIANA MARCELA

Registro Medico: 1121871073

Especialidad MEDICINA GENERAL



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

## EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1413956	09/12/2017 19:57	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA	

Fecha: **02/04/1967**      **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento:      Edad:  
 Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 53**

Fecha: 09/12/2017 23:03

Pagina 1/2

Realizado por: DIANA MARCELA LOPEZ PACHON

MEDICINA GENERAL

TP: 1121871073

### Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
R073	OTROS DOLORES EN EL PECHO	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> Fo
M940	SINDROME DE LA ARTICULACION CONDROCOSTAL [TIETZE]	Ppal <input type="checkbox"/> Fo

Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional?      Cuál

### Información Subjetiva del Paciente

PACIENTE ALUDE MEJORIA DEL DOLOR, A FEBRILE, ESTABLE, NIEGA SINTOMAS VASOVAGALES, NO DOLOR PRECORDIAL ACTUALMENTE AL REVALROARLA.

CH:HG: 12.39 HTO: 37.9 PLAQ: 316.000 LEUC:7.23 NEUTR:3.1 LINF: 3.4 CREAT: 1.05 TROPONI: MENOR DE 0.06 GLUCOSA: 91

### Examen Físico

CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS. CUELLO MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS. TORAX SIMETRICO, DOLOR A LA DIGITOPRESION EN REGION PARAESTERAL BILATERAL, NORMOEXPANSIBLE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO PALPO MASAS NI VISCEROMEGALIAS. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES, SIMETRICAS, SIN EDEMAS. LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS, PULSOS DISTALES CONSERVADOS. ALERTA, ORIENTADA EN TRES ESFERAS. ADECUADA INTERACCION CON EL MEDIO. ISOCORIA NORMORREACTIVA. PARES CRANEALES SIN ALTERACIONES. REFLEJOS OT +++/+++ SIMETRICOS. SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR APARENTE.

TA= 118 / 74 mmHg	TA media= 89 mmHg	FC= 87 lat/min	FR= 16 resp/min	Temp= 36,0 °C
Peso= ,00 Kg	Talla= ,00 mts	IMC= 96,00 Kg/m2	Spo2= 96,00	Glasgow= 15

Estado General: BUENO

Hallazgos Positivos:

### Analisis y Plan de Manejo

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE SINDROME DE ANSIEDAD - COSTOCONDRTIS. SE INDICA MANEJO MEDICO AMBULATORIO, ACTUALMENTE SIN DOLOR PRECORDIAL NO SINTOMAS VASOVAGALES, SIGNOS VITALES DENTRO DE LA NORMALIDAD, CONTROL MEDICO, SAIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR.

SALIDA

SIGNOS DE ALARMA

CONTROL POR MEDICINA INTERNA

### Plan de Manejo

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
					CITA POR MEDICINA INTERNA AMBULATORIO	1

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

103 *[Handwritten initials]*



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1413956	09/12/2017 19:57	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA	

Fecha: **02/04/1967**      Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento:      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Municipio: **FUSAGASUGA**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 53**

Fecha: 09/12/2017 23:03

Pagina 2/2

Realizado por: DIANA MARCELA LOPEZ PACHON

MEDICINA GENERAL

TP: 1121871073

Naproxeno x 250mg tableta.

TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS 20  
POR DOLOR

Acetaminofen x 500 mg tableta.

TOMAR DOS TABELTA CADA 6 HORAS 20  
OPR DOLOR

*[Handwritten signature: Diana Marcela Lopez P.]*

**Profesional** LOPEZ PACHON DIANA MARCELA  
**Registro Medico:** 1121871073  
**Especialidad** MEDICINA GENERAL

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

N° Historia Clínica: 39617606

**DATOS PERSONALES**

<b>Nombre Paciente:</b> INES RODRIGUEZ CARDENAS	<b>Identificación:</b> 39617606	<b>Sexo:</b> Femenino
<b>Fecha Nacimiento:</b> 02/abril/1967	<b>Edad Actual:</b> 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	<b>Estado Civil:</b> Soltero
<b>Dirección:</b> KRI NO 7 30	<b>Teléfono:</b> 3213068443	<b>Ocupación:</b>
<b>Procedencia:</b> FUSAGASUGA		

**DATOS DE AFILIACIÓN**

<b>Entidad:</b> CONVIDA E.P.S.	<b>Régimen:</b> Regimen_Simplificado
<b>Plan Beneficios:</b> 491 - CONVIDA EPSS 1 NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY CAPITADO	<b>Nivel - Estrato:</b> REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**DATOS DEL INGRESO**

**FOLIO N° 54**

**(Fecha: 11/04/2018 11:49 a.m.)**

<b>Responsable:</b> RODRIGO TARAPUES	<b>Teléfono Resp:</b> 3209790593
<b>Parentesco Resp:</b> ESPOSO	<b>N° Ingreso:</b> 1510374
<b>Acompañante:</b> LISETH DIAZ	<b>Fecha:</b> 11/04/2018 10:51:28 a.m.
<b>Finalidad Consulta:</b> No_Aplica	<b>Telefóno Acomp:</b> 3142661324
	<b>Causa Externa:</b> Enfermedad_General

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Religión:</b>	<b>Ocupación:</b>	<b>Require atención espiritual y/o emocional:</b>
¿Cua?:	Paciente con discapacidad: NO	¿Cual?:
Victima de violencia sexual: NO	Tos con expectoración mayor a 15 dias: NO	Mujer o menor victima de maltrato: NO
		Sintomatico de piel: NO

**MOTIVO DE CONSULTA**

SE ME VENCIERON LAS ORDENES

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE DE 51 AÑOS CON ANTECEDENTE DE FACO MAS LIO BILATERAL, FOTOCOAGULACIÓN OI APARENTEMENTE POR DEGENERACIÓN MACULAR QUIEN HA PRESENTADO DETERIORO VISUAL PREDOMINIO IZQUIERDO, ACTUALMENTE REFIERE VISIÓN BORROSA IZQUIERDA, NO MIODESOPSIAS, NO FOTOPSIAS, NO AMAUROSIS NO RECORTES VISUALES NO DOLOR OCULAR

**REVISION POR SISTEMA:**

DIURESIS Y DEPOSICIONES SIN ALTERACIONES

**ANTECEDENTES:**

- PATOLÓGICOS: LUMBOPATIA CON COMPROMISO RADICULAR EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA Y CLINICA DE DOLOR - FARMACOLÓGICOS: NIEGA - QUIRÚRGICOS: APENDICECTOMÍA, POMEROY VER EA - ALÉRGICOS: NIEGA- TÓXICOS: EXFUMADORA - TRAUMÁTICOS: NIEGA - GINECOOBSTÉTRICOS: MENARQUIA: 13 AÑOS, MENOPAUSIA: 49 AÑOS, G3P3C0A0, CCV HACEN 25 AÑOS, MAMOGRAFIA NO SE LA PUDO REALIZAR - FAMILIARES: CA DE CUELLO UTERINO MADRE

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL**

<b>Condición de desplazamiento:</b> No desplazado	<b>Programa SAN:</b> Ninguno
<b>Conducta:</b> Control	<b>Micronutrientes:</b> Ninguno
<b>Tipo de población:</b> Urbana	<b>Actividad fisica:</b> Ligera
<b>Educación nutricional:</b> NO	<b>Complementación:</b> SI
	<b>Talla adulto mayor:</b> No aplica

<b>Tipo</b>	<b>Detalle</b>	<b>Fecha Registro</b>
-------------	----------------	-----------------------

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

**Especialidad** MEDICINA GENERAL

**Profesional** GONZALEZ PIULIDO PAULA FERNANDA

104 B ST

P.Cintura 1,0000

P.Muñeca: 1,0000

IMC: 1,00

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL AL TACTO, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE
Cuello y columna:	NORMAL	SIMÉTRICO MÓVIL, NO MASAS, NO MEGALIAS
Abdomen:	NORMAL	NO DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES EN FRECUENCIA E INTENSIDAD, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA.
Neurologico y mental:	NORMAL	ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, NOMINA, COMPRENDE, REPITE, SIN DÉFICIT MOTOR SENSITIVO APARENTE
Craneo facial:	NORMAL	PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, REFLEJO FOTOMOTOR Y CONSENSUAL PRESENTES. NO ASIMETRIA FACIAL.- OROFARINGE: MUCOSA ORAL HÚMEDA, NORMOCRÓMICA, NO CONGESTIVA, ÚVULA CENTRAL NO ESCURRIMIENTO POSTERIOR. AMIGDALAS EUTROFICAS GRADO II, NO PLACAS NI EXUDADOS. - OTOSCOPIA BILATERAL: MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRAL, CAE SIN LESIONES. NO OTORREA, NO OTORRAGIA. AGUDEZA VISUAL OD: 20/20. OI: CD A 50 CMS CORRIGE A CD A 1MT CON GAFAS
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SOPLOS O REFORZAMIENTO RUIDOS RESPIRATORIOS SIMÉTRICOS SIN AGREGADOS.
Extremidades:	NORMAL	SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR A 2 SEGUNDOS, PULSOS DISTALES SIMÉTRICOS PRESENTES.
Genital rectal:	NORMAL	NO SE EXPLORA
Piel y faneras:	NORMAL	SIN ALTERACIONES

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PACIENTE DE 51 AÑOS CON ANTECEDENTE DE FACO MAS LIO BILATERAL, FOTOCOAGULACIÓN OI APARENTEMENTE POR DEGENERACIÓN MACULAR QUIEN HA PRESENTADO DETERIORO VISUAL PREDOMINIO IZQUIERDO, ACTUALMENTE REFIERE VISIÓN BORROSA IZQUIERDA, NO MIODESOPSIAS, NO FOTOPSIAS, NO AMAUROSIS NO RECORTES VISUALES NO DOLOR OCULAR, AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES DENTRO DE LÍMITES NORMALES, AGUDEZA VISUAL OD: 20/20. OI: CD A 50 CMS CORRIGE A CD A 1MT CON GAFAS, SE REMITE A VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA Y OFTALMOLOGÍA. SE RENUOVA ORDEN DE ORTOPEDIA DADO ANTECEDENTE DE LUMBOPATIA CON COMPROMISO RADICULAR EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA Y CLINICA DE DOLOR

**ORDENES MÉDICAS:**

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
≡	DEGENERACION DE LA MACULA Y DEL POLO POSTERIOR DEL OJO	<input type="checkbox"/>	Presuntivo
H269	CATARATA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo
M544	LUMBAGO CON CIATICA	<input type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional GONZALEZ PIULIDO PAULA FERNANDA



**Historia Clinica de Oftalmología**

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 55 Pagina 1/1

Fecha de Registro: 27/06/2018 10:59

**Datos Personales** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606

Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Dí Estado Civil: Soltero

Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KR1 NO 7 301

Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación** Entidad: 480 - CONVIDA II EVENTO - AMBULATORIO

Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingresor** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:

Dirección Acudiente: Ingreso: 1580868

Fecha de Ingreso: 27/06/2018 09:50:38 a.m. Causa Externa: Enfermedad General Finalidad de Consulta: No Aplica

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

mala vision de ojo izquierdo y dolor hace 14 meses en pop de lio oi hace 14 meses , tto no capsualtomia oi hace 10 meses cx catarata ao trauma craneal en pop inmediato de lio oi x hipoglicemia x ayuno con fotopsia en pop

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos

Quirúrgicos

Oftálmicos Úsa anteojos desde:

Familiares

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico

Cover test: Ortoforico: X:

E:

ET:

(E)T:

(X)

Pcc: 0,0000 cm

XT:

T:

Movimientos Oculares:

Anexos:

Exámen Pupilar:

**IV. Agudeza Visual**

Lejos:

Cerca:

Sc	OD	20/25
Cc	OD	

OI	cd 20 cm
OI	

J
J

**V. Queratometría**

OD

OI

**VI. Refracción**

Objetiva

Subjetiva

OD

OI

OD

OI

Adición:

**VII. Biomicroscópica**

od lio bien oi lio bien capsualtomia camaras biertas no rubeosis

**VIII. Tonometría**

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



165 ~~84~~  
06

**Historia Clinica de Oftalmología**

Aplanatica 

OD	15
OI	15

 mm de Hg  
mm de Hg

**IX. Fundoscopia**

dilatado od retina aplcaida bien oi desprendimineto de retina nasal e inferior con pvr 1

**X. Conducta**

desprendimiento de retina ojo izquierdo , lio ao ----- retinologo pruioritaria se explica

**Antecedentes  
Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
H330	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>

**Exámenes**

39143E	CONSULTA ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA	1	RETINOLOGO PRIORITARIA
--------	---------------------------------------	---	------------------------

**Profesional** ROMERO LARA ENRIQUE  
**Registro Profesional** 79556125  
**Especialidad** OFTALMOLOGIA

“RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTICULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro.”



**HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1589107		07/07/2018 09:09		39617606	
Paciente:				INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:				CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA ORTOPEdia	
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero		
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Direccion:	KR1 NO 7 30 I
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS				

FOLIO N° 56

Fecha: 07/07/2018 09:27

Pagina 1/1

Realizado por: HECTOR MANUEL ORJUELA PEREZ

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

TP: 93126497

**MOTIVO DE CONSULTA**

DOLOR LUMBAR

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE CON DOLOR LUMBAR ASOCIADO A DISCOPATIA CRONICA

**REVISION POR SISTEMA:**

ANOTADOS

**ANTECEDENTES:**

ALERGICOS...NIEGA, FUR 16/12/16, G3P3V3, PLANIFICACION POMEROY, APENDICECTOMIA, HERNIORRAFIA UMBILICAL, GASTRITIS, MIGRAÑA, OTROS NIEGA

<b>Tipo</b>	<b>Detalle</b>	<b>Fecha Registro</b>
<b>SIGNOS VITALES:</b>	FC: 88 x min FR: 20 x min TEMP: 36,00 TA: 130 / mmHg 6 PESO: 0,00 KG TALLA: MTS SPO2: ,00	

**EXAMEN FISICO**

COLUMNA LUMBAR  
LASSEGIUE Y BRAGARD NEGATIVO  
MARCHA EN PUNTA Y TALONES NORMAL

2014- RMN COLUMNA LUM. DISCOPATIA L5S1 CON PROTUSION DEL DISCO Y ARTROSIS FACETARIA.

**ANÁLISIS Y PLAN:**

\*PACIENTE CON LUMABALGIA CRONICA SECUNDARIA A ADISCOPATIA LUMBAR

**ORDENES MÉDICAS:**

SE INDICA:

1- RMN COLUMNA LUMBOSACRA

DIAGNOSTICOS

CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
M513	OTRAS DEGENERACIONES ESPECIFICADAS DE DISCO INTERVERTEBRAL	<input checked="" type="checkbox"/>	Definitivo

Profesional ORJUELA PEREZ HECTOR MANUEL

Especialidad ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



166-5  
87

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso: <b>1599444</b>		Fecha Ingreso: <b>18/07/2018 08:29</b>		No Documento: <b>39617606</b>	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	<b>02/04/1967</b>	Edad:	<b>52 Años \ 8 Meses \ 14 Días</b>	Sexo:	<b>Femenino</b>
Municipio: <b>FUSAGASUGA</b>		Barrio o Vereda:	<b>URB SAN ANTONIO</b>	Dirección:	<b>KR1 NO 7 30 I</b>
Entidad:		<b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS</b>			
Folio:	<b>57</b>	Fecha Folio:	<b>18/07/2018 09:16:08 a.m.</b>		
Telefono:		<b>3142661324</b>			

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 57

(Fecha: 18/07/2018 09:16 a.m.)

Responsable: SIN DATOS

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1599444 Fecha: 18/07/2018 08:29:52 a.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

INFORMACION DE PACIENTE					
Hemoclasificación:	No Sabe	Religion:	catolico	Ocupacion:	casa
Empresa donde Trabaja:					
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo Consulta: tengo mucha diarrea

Enfermedad actual: paciente de 51 años de edad que cursa con cuadro clínico de diarrea sin moco in sangre # 20 en las últimas 12 hrs refiere la paciente asociado a anseas dolor en abdomen inferior intensidad 7/10 cuadro clínico de 24 horas de evolución

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE
	NO REFIERE	Trauma	No

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**  
NIT: 890680025-1

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
<b>1599444</b>	<b>18/07/2018 08:29</b>	<b>39617606</b>	
Paciente:	<b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>		
Servicio:	<b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>		
Fecha Nacimiento:	<b>02/04/1967</b>	Edad:	<b>52 Años \ 8 Meses \ 14 Días</b>
		Sexo:	<b>Femenino</b>
		Estado Civil:	<b>Soltero</b>
Municipio:	<b>FUSAGASUGA</b>	Barrio o Vereda:	<b>URB SAN ANTONIO</b>
	<b>A</b>	Dirección:	<b>KR1 NO 7 30 I</b>
		Telefono:	<b>3142661324</b>
Entidad:	<b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS</b>		
Folio:	<b>57</b>	Fecha Folio:	<b>18/07/2018 09:16:08 a.m.</b>

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 57

(Fecha: 18/07/2018 09:16 a.m.)

Responsable: SIN DATOS

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1599444 Fecha: 18/07/2018 08:29:52 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

<b>Piel y Faneras</b>		<b>Lesión por causa externa</b>	<b>No</b>
-----------------------	--	---------------------------------	-----------

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
<b>HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI</b>			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
<b>HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1</b>			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
<b>PATOLOGICO NIEGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA</b>			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
<b>ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALÉRGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO</b>			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
<b>PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.</b>			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
<b>TRAMADOL</b>			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
<b>NIEGA</b>			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
<b>PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA</b>			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
<b>TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA</b>			

**EXAMEN FÍSICO**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Transversal 12 No. 22-51 Barrio San Mateo, Fusagasuga, Cundinamarca - PBX: 8733000



167  
88

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1599444	18/07/2018 08:29	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS		
Folio:	57	Fecha Folio:	18/07/2018 09:16:08 a.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 57

(Fecha: 18/07/2018 09:16 a.m.)

Responsable: SIN DATOS

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1599444 Fecha: 18/07/2018 08:29:52 a.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**SIGNOS VITALES**

Estado General	BUENO	Sistolica	120,0000	mmHg	Diastolic	80,0000	mmHg	Media	93,3333
				g	a		g		
F. C.	100,0000	L*m	F. R.	20,0000	R*m	Temperatura	36,50	°C	
							00		
						Peso	0,0000	Kg	Talla
									0,0000
									Mt

SO2	100,0000	IMC	0,0000	Kg/m2
Apertura Ocular	Espontánea	Rpta. Verbal	Orientado	Rpta. Motora
				Obedece
Glasgow	0,0000			
Estado General	NORMAL			
Cráneo Facial	NORMAL			
Cuello y Columna	NORMAL			
Cardiopulmonar y Torax	NORMAL			
Abdomen	NORMAL	ruidos intestinales aumentados		
Extremidades	NORMAL			
Neurológico y Mental	NORMAL			
Genital Rectal	NORMAL			
Piel y Faneras	NORMAL			

DIAGNOSTICO: A09X DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

paciente de 51 años de edad quien cursa con cuadro clínico de gastroenteritis infecciosa en el momento clínicamente estabale no sirs

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Transversal 12 No. 22-51 Barrio San Mateo, Fusagasugá, Cundinamarca - PBX: 8733000



### HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento					
1599444	18/07/2018 08:29	39617606					
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS						
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA						
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino	Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I	Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS						
Folio:	57	Fecha Folio:	18/07/2018 09:16:08 a.m.				

#### DATOS DEL INGRESO

FOLIO Nº 57

(Fecha: 18/07/2018 09:16 a.m.)

Responsable: SIN DATOS

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1599444 Fecha: 18/07/2018 08:29:52 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

se decide ss na k hemogrma glucosa copro se inicia manejo refeire entneder y acceptar

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

com

Profesional CASTRO SILVA ANDRES FELIPE  
Registro Medico: 1136882213  
Especialidad MEDICINA GENERAL

1680



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1599444	18/07/2018 08:29	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha: **02/04/1967**      **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento:      Edad:  
 Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Entidad:      **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS**

**FOLIO N° 58**

Fecha: 18/07/2018 13:40

Pagina 1/2

Realizado por: ALFONZO JOSE VIÑA ATUESTA

MEDICINA GENERAL

TP: 1127608348

### Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Ppal <input type="checkbox"/> Fo <input checked="" type="checkbox"/>

Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional?      Cuál

### Información Subjetiva del Paciente

PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE DEPOSICIONES LIQUIDAS #10 DURANTE EL DIA SIN MOCO NI SANGRE, ASOCIADO A EPISODIOS EMETICOS DE CONTENIDO ALIMENTARIO #2, NIEGA PICOS FEBRILES, DIURESIS POSITIVA SIN ALTERACIONES

### Examen Físico

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCORMICAS, MUCOSA ORAL SECA TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS ABDOMEN RUIDOS INTESTINALES AUMENTADOS, BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACION GENERALIZADA, NO SE PALPAN MASAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXTREMIDADES SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMA, ADECUADA PERFUSION DISTALNEUROLOGICO ALERTA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARTE

TA= 120 / 80 mmHg      TA media= 93 mmHg      FC= 88 lat/min      FR= 18 resp/min      Temp= 36,5 °C  
 Peso= ,00 Kg      Talla= ,00 mts      IMC= 95,00 Kg/m2      Spo2= 95,00      Glasgow= 15

Estado General: BUENO

Hallazgos Positivos:

### Analisis y Plan de Manejo

#### PARACLINICOS

18/07/18

CH HTO 43.2% HB 14.8 LEUCOS 6360 NEUTRO 4700 (74%) LINFO 1200 (18%) PLT 298000

CL 108 CREAT 1.25 BUN 20.50 K 5 NA 134

COPROSCOPICO AMARILLO, LIQUIDO, SANGRE OCULTA POSITVA, PH 8, ALMIDONES ESCASOS, FLORA BACTERIANA MODERADA, NO SE OBSERVAN PARASITOS

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA CON GASTROENTERITIS DE ETIOLOGIA VIRAL, DE ALTO GASTO. EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTBALE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SIN SIGNOS DE BAJO GASTO, CON PERSISTENCIA DE DEPOSICIONES LIQUIDAS E INTOLERANCIA A LA VIA ORAL, AL EXAMEN FISICO CON DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO, RUIDOS INTESTINALES AUMENTADOS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PARACLINICOS CON HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA, SIN ALTERACION HIDROELECTROLITICAS, FUNCION RENAL CONSERVADA, COPROSCOPICO SIN EVIDENCIA DE ESTRUCTURAS PARASITARIAS. SE CONSIDERA PACIENTE CURSA CON EDA DE ETIOLOGIA VIRAL, SE DEJA EN OBSERVACION PARA HIDRATACION Y VIGILANCIA DE DOLOR Y CURVA TERMICA, SE DA ANALGESIA, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

#### DIAGNOSTICOS:

1. GASTROENTERITIS DE ETIOLOGIA VIRAL
2. DESHIDRATACION EN CORRECCION



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
E.S.E.  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

## EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1599444	18/07/2018 08:29	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha **02/04/1967** Edad **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
Nacimiento:  
Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 58**

Fecha: 18/07/2018 13:40

Pagina 2/2

Realizado por: ALFONZO JOSE VIÑA ATUESTA

MEDICINA GENERAL

TP: 1127608348

**Profesional** VIÑA ATUESTA ALFONZO JOSE  
**Registro Medico:** 1127608348  
**Especialidad** MEDICINA GENERAL

109 ~~98~~  
90

## HISTORIA CLÍNICA

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 201

### NOTA MEDICA

N° Historia Clínica:

Página 1/0

#### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 02/abril/1967 Edad Actual: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: KR1 NO 7 30

Teléfono: 3213068443

Procedencia: FUSAGASUGA

Ocupación:

#### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

Nivel - Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

#### DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 59

(Fecha: 18/07/2018-05:04 p.m.)

Responsable: SIN DATOS

Teléfono Resp:

Dirección Resp: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

N° Ingreso: 1599444 Fecha: 18/07/2018 08:29:52 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

NOTAS MEDICAS: FORMULACION

FECHA APERTURA: 18/07/2018 05:03:47 p.m.

Profesional VIÑA ATUESTA ALFONZO JOSE

Registro Medico: 1127608348

Especialidad MEDICINA GENERAL



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

## EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1599444	18/07/2018 08:29	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
 Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 60**

Fecha: 19/07/2018 06:31

Pagina 1/2

Realizado por: PEDRO LUIS LORA DE LA CRUZ

MEDICINA GENERAL

TP: 1140822148

### Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> Fo

Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional? **Cuál**

### Información Subjetiva del Paciente

MUCHO MEJOR, MEJORIA DE DEPOSICIONES DIARREICAS

### Examen Físico

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, TABIQUE NASAL CENTRAL, MUCOSA NASAL SIN SANGRADO, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN ADENOPATIAS NI MASAS, TIROIDES SIN ALTERACIONES. SIN SOPLOS CAROTIDEOS. TORAX NORMOEXPANSIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, NI GALOPE. RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES. ABDOMEN NO DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS. CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. PIEL SIN ALTERACIONES EN LA COLORACION, SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, NI LESIONES EVIDENTES.

TA= 120 / 70 mmHg	TA media= 87 mmHg	FC= 70 lat/min	FR= 18 resp/min	Temp= 37,0 °C
Peso= ,00 Kg	Talla= ,00 mts	IMC= ,00 Kg/m2	Spo2= 0,000	Glasgow= 15

Estado General: BUENO

Hallazgos Positivos:

### Analisis y Plan de Manejo

LABS CON CH SIN PRESENCIA DE REACCION LEUCOCITARIA Y SIN NEUTROFILIA NO ANEMIA NO TROMBOCITOPENIA, SODIO POTASIO Y CLORO NORMALES, CREATININA Y BUN PATRON PRERRNAL COPRO CONSISTENCIA DIARREICA NO PARASITOS NO BACTERIAS

PACIENTE EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTEMICA SIN VARIABLES DE SEPSIS, SIN SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINAMICA, SIN VARIABLES DE SEPSIS SIN SIGNOS DE RESPUESTA SISTEMICA. SE CONSIDERA CURSA CON CUADRO CLINICO DE GASTROENTERITIS VIRAL. REQUIERE MANEJO MEDICO AMBULATORIO, REHIDRATACION, MANEJO SIMTOMATICO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

### Plan de Manejo

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
Omeprozol x 20 mg capsula					20 MG VO CDA 12 HORAS	20
Butil bromuro x 10 mg tableta					1 TAB CADA 8 HORAS	9

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

170  
ST



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1599444	18/07/2018 08:29	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha: **02/04/1967**      Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento:      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Municipio: **FUSAGASUGA**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 60**      Fecha: 19/07/2018 06:31      Pagina 2/2  
 Realizado por: PEDRO LUIS LORA DE LA CRUZ      MEDICINA GENERAL      TP: 1140822148

Hidroxido Alum.+Mg+Simeticona. Frasco      1 CUCHARADA CADA 8 HORAS      1

### Indicaciones de Salida

Recomendaciones	Dieta	Actividad Física
VOLVER A AURGENCIAS EN CASO DE FIEBRE, AUMENTO DE DOLOR ABDOMINAL	NO CONSUMIR ALIMENTOS ACIDOS CONDIMENTADOS O PICANTES. NO SALSAS NO EMBUTIDOS, NO LACTEOS NO GRANOS. TOMAR ABUNDANTES LIQUIDOS DURANTE EL DIA	

### Incapacidad Médica

Causa Externa	Diagnóstico	Días Inc.	Inicio	Finalización
Enfermedad_General A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	3	19/07/2018	21/07/2018

Motivo de la Incapacidad: Expedicion\_Directa

Profesional: LORA PEDRO LUIS  
 Registro Medico: 1140822148  
 Especialidad: MEDICINA GENERAL

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

N° Historia Clínica: 39617606

**DATOS PERSONALES**

<b>Nombre Paciente:</b> INES RODRIGUEZ CARDENAS	<b>Identificación:</b> 39617606	<b>Sexo:</b> Femenino
<b>Fecha Nacimiento:</b> 02/abril/1967	<b>Edad Actual:</b> 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	<b>Estado Civil:</b> Soltero
<b>Dirección:</b> KRI NO 7 30	<b>Teléfono:</b> 3213068443	
<b>Procedencia:</b> FUSAGASUGA	<b>Ocupación:</b>	

**DATOS DE AFILIACIÓN**

<b>Entidad:</b> CONVIDA E.P.S.	<b>Régimen:</b> Regimen_Simplificado
<b>Plan Beneficios:</b> 491 - CONVIDA EPSS 1 NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY CAPITADO	<b>Nivel - Estrato:</b> REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**DATOS DEL INGRESO**

<b>Responsable:</b> RODRIGO TARAPUES	<b>FOLIO N° 61</b>	<b>(Fecha: 31/10/2018 08:15 a.m.)</b>	<b>Folio Asociado: 54</b>
<b>Parentesco Resp:</b> ESPOSO	<b>Teléfono Resp:</b> 3209790593	<b>N° Ingreso:</b> 1696497	<b>Fecha:</b> 31/10/2018 07:46:59 a.m.
<b>Acompañante:</b> SIN ACOMPAÑANTE	<b>Telefonó Acomp:</b> 3012561694	<b>Causa Externa:</b> Enfermedad_General	
<b>Finalidad Consulta:</b> No_Aplica			

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

<b>Religión:</b>	<b>Ocupación:</b>	<b>Require atención espiritual y/o emocional:</b> NO
<b>¿Cua?:</b>	<b>Paciente con discapacidad:</b> NO	<b>¿Cual?:</b>
<b>Victima de violencia sexual:</b> NO	<b>Tos con expectoración mayor a 15 días:</b> NO	<b>Mujer o menor víctima de maltrato:</b> NO
		<b>Sintomatico de piel:</b> NO

**MOTIVO DE CONSULTA**

ME HICE UNA LESION EN LA PIERNA

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACIENTE DE 51 AÑOS CON CUADRO DE 20 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN HERIDA CORTOPUNZANTE Y POR APLASTAMIENTO CON MOTO PARQUEADA DECIDE NO CONSULTAR POR URGENCIAS, REFIERE TOMO CEFALEXINA EN HOGAR, NIEGA SECRECION, REFIERE DOLOR LOCAL. CON CURACIONES EN CASA.

**REVISION POR SISTEMA:**

DIURESIS Y DEPOSICIONES SIN ALTERACIONES

**ANTECEDENTES:**

- PATOLÓGICOS: LUMBOPATIA CON COMPROMISO RADICULAR EN SEGUIMIENTO POR ORTOPEDIA Y CLINICA DE DOLOR - FARMACOLÓGICOS: NIEGA - QUIRÚRGICOS: APENDICECTOMÍA, POMEROY VER EA - ALÉRGICOS: NIEGA- TÓXICOS: EXFUMADORA - TRAUMÁTICOS: NIEGA - GINECOOBSTÉTRICOS: MENARQUIA: 13 AÑOS, MENOPAUSIA: 49 AÑOS, G3P3C0A0, CCV HACEN 25 AÑOS, MAMOGRAFIA NO SE LA PUDO REALIZAR - FAMILIARES: CA DE CUELLO UTERINO MADRE

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL**

<b>Condición de desplazamiento:</b> No desplazado	<b>Programa SAN:</b> Ninguno	
<b>Conducta:</b> Control	<b>Micronutrientes:</b> Ninguno	<b>Complementación:</b> SI
<b>Tipo de población:</b> Urbana	<b>Actividad física:</b> Ligera	<b>Talla adulto mayor:</b> No aplica
<b>Educación nutricional:</b> NO		

<b>Tipo</b>	<b>Detalle</b>	<b>Fecha Registro</b>
-------------	----------------	-----------------------

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

*Natalia Velasco Henao*

**Especialidad** MEDICINA GENERAL

**Profesional** VELASCO HENAO NATALIA

P.Cintura 1,0000

P.Muñeca: 1,0000

IMC: 1,00

TH 20

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL AL TACTO, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE
Cuello y columna:	NORMAL	SIMÉTRICO MÓVIL, NO MASAS, NO MEGALIAS
Abdomen:	NORMAL	NO DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES EN FRECUENCIA E INTENSIDAD, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, NO MASAS, NO MEGALIAS. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA.
Neurologico y mental:	NORMAL	ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, NOMINA, COMPRENDE, REPITE, SIN DÉFICIT MOTOR SENSITIVO APARENTE
Craneo facial:	NORMAL	PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS, REFLEJO FOTOMOTOR Y CONSENSUAL PRESENTES. NO ASIMETRIA FACIAL.- OROFARINGE: MUCOSA ORAL HÚMEDA, NORMOCRÓMICA, NO CONGESTIVA, ÚVULA CENTRAL NO ESCURRIMIENTO POSTERIOR. AMIGDALAS EUTROFICAS GRADO II, NO PLACAS NI EXUDADOS. - OTOSCOPIA BILATERAL: MEMBRANA TIMPÁNICA INTEGRAL, CAE SIN LESIONES. NO OTORREA, NO OTORRAGIA. AGUDEZA VISUAL OD: 20/20. OI: CD A 50 CMS CORRIGE A CD A 1MT CON GAFAS
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SOPLOS O REFORZAMIENTO RUIDOS RESPIRATORIOS SIMÉTRICOS SIN AGREGADOS.
Extremidades:	NORMAL	SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR A 2 SEGUNDOS, PULSOS DISTALES SIMÉTRICOS PRESENTES.
Genital rectal:	NORMAL	NO SE EXPLORA
Piel y faneras:	NORMAL	EN REGION ANTERIOR DE TOBILLO IZQUIERDO HERIDA DE 1*2CM CON COSTRA HEMATICA CENTRAL BORDES LIMPIOS NO ERITEMA NO SECRECION

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PACIENTE DE 51 AÑOS CON CUADRO DE 20 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN HERIDA CORTOPUNZANTE Y POR APLASTAMIENTO CON MOTO PARQUEADA DECIDE NO CONSULTAR POR URGENCIAS, REFIERE TOMO CEFALEXINA EN HOGAR, NIEGA SECRECION, REFIERE DOLOR LOCAL. CON CURACIONES EN CASA. EN EL MOMENTO CLINIAMENTE STABLE AFEBRIL HIDRATADA NO SIGNOS DE SIRS NORMOTENSA CON HERIDA DESCRITA SIN SIGNOS DE SOBREINFECCION SE INDICA CONTINUAR CURACION DE HERIDA HASTA LOGRAR CIERRE DEL MISMO AL NO HABER ACUDIDO PARA UN CIERRE PRIMARIO. SEDAN SIGNOS DE ALARMA

**ORDENES MÉDICAS:**

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
S910	HERIDA DEL TOBILLO	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo
S900	CONTUSION DEL TOBILLO	<input type="checkbox"/>	Presuntivo
H330	DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA	<input type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

*Natalia Velasco Henao*

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional VELASCO HENAO NATALIA

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

*Natalia Velasco Henao*

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional VELASCO HENAO NATALIA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



172  
93

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1770911	31/01/2019 07:33	39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>			
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>			
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS		
Folio:	62	Fecha Folio:	31/01/2019 08:12:56 a.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 62

(Fecha: 31/01/2019 08:12 a.m.)

Responsable: PACIENTE INGRESA SOLO

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1770911 Fecha: 31/01/2019 07:33:29 a.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

**INFORMACION DE PACIENTE**

Hemoclasiificación:	A+	Religion		Ocupacion	
Empresa donde Trabaja:					
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo Consulta

"ME DUELE LA ESPALDA"

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS CONOCIDOS QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE 10 HORAS DE EVOLUCION DE DOLOR EN REGION DORSAL IZQUIERDA, REFIERE ESTABA REPOSTADA DURMIENDO Y AL DESPERTARSE HACE UN MOVIMIENTO Y POSTERIOR DOLOR A DICHA MOVILIZACION. NO NÁUSEAS, NO EPISODOS EMÉTICOS, NO DISEPSIA, NO SÍNDROME SIDAARREICAS, NO FIEBRES FEBRILES, NO TOS, NO SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. NO SE AUTOMEDICÓ POR LO CUAL CONSULTA.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1770911	31/01/2019 07:33	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	62	Fecha Folio:	31/01/2019 08:12:56 a.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 62

(Fecha: 31/01/2019 08:12 a.m.)

Responsable: PACIENTE INGRESA SOLO

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1770911 Fecha: 31/01/2019 07:33:29 a.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Piel y Faneras	NO REFIERE	Trauma	No
		Lesión por causa externa	No

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTOMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			



173 72  
34

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1770911	31/01/2019 07:33	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Véreda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS		
Folio:	62	Fecha Folio:	31/01/2019 08:12:56 a.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 62

(Fecha: 31/01/2019 08:12 a.m.)

Responsable: PACIENTE INGRESA SOLO

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1770911 Fecha: 31/01/2019 07:33:29 a.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad General

TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
-------	-----------	--------	--------------------------

TOXICOALÉRGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA

**EXAMEN FÍSICO**

**SIGNOS VITALES**

Estado General	BUENO	Sistólica	120,000	mmHg	Diastólica	70,000	mmHg	Media	86,667
F.C.	72,0000	L*m	F. R.	19,0000	R*m	Temperatura	37,00	°C	
						Peso	0,0000	Kg	Talla
									0,0000
									Mt

SO2	98,0000	IMC	0,0000	Kg/m2
-----	---------	-----	--------	-------

Apertura Ocular	Espontánea	Rpta. Verbal	Orientado	Rpta. Motora	Obedece
-----------------	------------	--------------	-----------	--------------	---------

Glasgow	15,0000
---------	---------

Estado General	NORMAL
----------------	--------

Cráneo Facial	NORMAL
---------------	--------

Cuello y Columna	NORMAL
------------------	--------

Cardiopulmonar y Torax	NORMAL	TORAX SIMEITRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS PULMOANRES, DOLOR LEVE A LA PALPACION EN REIGON DORSAL IZQUIERDA NO EQUIMOSIS, NO HEMAOTMAS, NO ERITEMA, NO ENFISEMA.
------------------------	--------	--

Abdomen	NORMAL
---------	--------

Extremidades	NORMAL
--------------	--------

Neurológico y Mental	NORMAL
----------------------	--------

Genital Rectal	NORMAL
----------------	--------

Piel y Faneras	NORMAL
----------------	--------

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento		
1770911	31/01/2019 07:33	39617606		
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS			
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA			
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo: Femenino Estado Civil: Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección: KR1 NO 7 30 I Teléfono: 3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS			
Folio:	62	Fecha Folio:	31/01/2019 08:12:56 a.m.	

**DATOS DEL INGRESO** FOLIO N° 62 (Fecha: 31/01/2019 08:12 a.m.)  
**Responsable:** PACIENTE INGRESA SOLO **Teléfono Resp:**  
**Dirección Resp:** N° Ingreso: 1770911 Fecha: 31/01/2019 07:33:29 a.m.  
**Finalidad Consulta:** No\_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad\_General

**DIAGNOSTICO:** M549 DORSALGIA, NO ESPECIFICADA

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS CONOCIDOS QUIEN INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLÍNICO DE 10 HORAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR EN REGIÓN DORSAL IZQUIERDA, REFIERE ESTABA RECOSTADA DURMIENDO Y AL DESPERTARSE HACE UN MOPVIMINTO Y POSTERIOR DOLOR A DICHA MOVILIZACIÓN. NO NÁUSEAS, NO EPISODOS EMÉTICOS, NO DISEPSICONE SIDARREICAS, NO PICOS FEBRILES, NO TOS, NO SINTOMAS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. NO SE AUTOMEDICÓ POR LO CUAL CONSULTA. EN EL MOMENTO PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ALERTA, REINTADA, HIDRATADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN FÍSICO TORAX SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS PULMONARES, DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN EN REGIÓN DORSAL IZQUIERDA NO EQUIMOSIS, NO HEMATOMAS, NO ERITEMA, NO ENFISEMA. PAICNETE EN EL MOMENTO SIN SIRS, CLÍNICA Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ASINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR, RESPIRATORIO, GASTROINTESTINAL Y NEUROLÓGICO QUIEN CURSA CON DORSALGIA POR CONTRACTURA MUSCULAR QUIEN NO AMERITA MANEJO MEDICO INTRAHOSPITALARIO POR LO CUAL SE DA EGRESO CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR, FORMULA MEDICA AMBULATORIA. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

EGRESO DICILOFEANO 75 MG IM AHORA DEXAMETASONA 4 MG IM AHORA NAPROXENO 250 MG CADA 8 HORAS SI DOLOR DICILOFENACO 50 MG CADA 12 HORAS SI DOLOR METOCARBAMOL 750 MG CADA 12 HORAS POR 3 DIAS SE DAN RECOMENDACIONES NUTRICIONALES Y DE ESTILO DE VIDA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS, FIEBRE MAYOR A 38.5 QUE NO CEDA CON ACETAMINOFEN, VÓMITO Y DIARREA MAS DE 6 EN DIA CON PRESENCIA DE MOCO O ANGRE, DOLOR ABDOMINAL, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR EN EL PECHO O DOLOR ABDOMINAL, ARDOR AL ORINAR, TOS CON FLEMAS VERDES O PINTAS DE SANGRE. REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDUCTA.

**Profesional** LEYTON RINCON LINA ALEXANDRA  
**Registro Medico:** 1032435167  
**Especialidad** MEDICINA GENERAL

# CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD

## CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD

N° Historia Clínica: 39617606

### DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606 Sexo: Femenino  
Fecha Nacimiento: 02/abril/1967 Edad Actual: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días Estado Civil: Soltero  
Dirección: KR1 NO 7 30 Teléfono: 3213068443  
Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación:

### DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: Régimen: Regimen\_Simplificado  
Plan Beneficios: 491 - CONVIDA EPSS I NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY CAPITADO Nivel - Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A  
DATOS DEL INGRESO FOLIO N° 63 (Fecha: 14/02/2019 09:52 a.m.)

Responsable: Teléfono Resp:  
Parentesco Resp: N° Ingreso: 1782691 Fecha: 14/02/2019 08:53:00 a.m.  
Acompañante: Telefonó Acomp:  
Fund Consulta: No\_Aplica Causa Externa: Enfermedad\_General

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Religión: Ocupación: AMA DE CADA Require atención espiritual y/o emocional:  
¿Cua?: Paciente con discapacidad: NO ¿Cual?: Mujer o menor víctima de maltrato: NO  
Víctima de violencia sexual: NO Tos con expectoración mayor a 15 días: NO Sintomático de piel: NO

### TIPO DE CONSULTA

MC: "HE TENIDO DOLOR DE CABEZA"

### ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 51 AÑOS, PACIENTE QUIEN REFIERE UN CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN CEFALEA FRONTAL, NIEGA NAUSEAS O VOMITO, REFIERE PERDIDA DE LA VISION IZQUIERDA, SE ENCUENTRA EN PROCESO CON OFTALMOLOGIA PARA CIRUGIA, CON DEMORA POR CUESTIONES DE SU EPS, REFIERE QUE CEFALEA NO SEDE CON ACETAMINOFEN, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA

### REVISION POR SISTEMA:

CEFALEA FRONTAL

### ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: NIEGAALERGICOS:NIEGATRAUMATICOS:NIEGAQUIRURGICOS: APENDICECTOMIA, HERNIA UMBILICAL, TUBECTOMIAGINECOLOGICOS: G3P3 MENARQUIA: 14 AÑOS, MENARQUIA: 49 AÑOS

### VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL

Ubicación de desplazamiento: No desplazado Programa SAN: Ninguno  
Conducta: Nuevo en el programa Micronutrientes: Ninguno Complementación: NO  
Tipo de población: No aplica Actividad física: Ligera Talla adulto mayor: No aplica  
Educación nutricional: NO

Tipo	Detalle	Fecha Registro
------	---------	----------------

SIGNOS VITALES: FC: 78 x min FR: 18 x min TEMP: 36,10 TA: 120 / 80 mmHg PESO 79,10 KG TALLA: 1,62 Mts

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional CADAVID MESA MIGDALIA MARCELA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL AL TACTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Cuello y columna:	NORMAL	MOVIL SIN ADENOPATIAS
Abdomen:	NORMAL	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALAPCION PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Neurologico y mental:	NORMAL	SIN DIFICIT NEUROLOGICO, SIN FOCALIZACION
Craneo facial:	NORMAL	NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	RCSRS SIN SOPLO, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS
Extremidades:	NORMAL	SIMETRICA, SIN EDEMAS, PULSOS PEDIOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDO
Genital rectal:	NORMAL	NO SE EVALUA
Piel y faneras:	NORMAL	SIN ALTERACIONES

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PACIENTE CON EN SU SEXTA DECADA DE LA VIDA, QUIEN SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CIFRAS TENSIONALES EN RANGO DE NORMALIDAD, QUIEN PRESENTA CEFALEA FRONTAL ESPORADICA, SIN MEJORIA CON ACETAMINOFEN, ADEMÁS EN PROCESO CON OFTALMOLOGIA POR DESPRENDIMIENTO DE RETINA, CONSIDERANDO CUADRO DE CEFALEA TENSIONAL DEBIDO AL DEFECTO VISUAL SE DA ORDEN DE ANALGESIA CON DICLOFENACO Y METOCLOPRAMIDA, SE LE INSISTE A LA PACIENTE QUE DEBE CONSULTAR PRONTAMENTE CON OFTALMOLOGIA, SE LE EXPLICA A LA PACIENTE LA CONDUCTA A SEGUIR, DICE ENTENDER Y ACEPTA, SE LE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA POR LOS QUE DEBA CONSULTAR POR URGENCIAS.

**ORDENES MÉDICAS:**

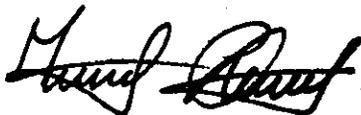
DICLOFENACO 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

METOCLOPRAMIDA 1 TABLETA CADA 8 HORAS POR 3 DIAS

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
R51X	CEFALEA	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453



Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional CADAVID MESA MIGDALIA MARCELA

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

175 ~~24~~  
96

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA**  
**890680025**

Fecha Actual : lunes, 16 diciembre 2019

Página 1/1

**HISTORIA CLÍNICA**  
**ATENCION MEDICA PARA SENO**

N° Historia Clínica: 39617606

**DATOS PERSONALES**

**Nombre Paciente:** INES RODRIGUEZ CARDENAS      **Identificación:** 39617606      **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 02/abril/1967      **Edad Actual:** 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días      **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** KRI NO 7 30      **Teléfono:** 3213068443  
**Procedencia:** FUSAGASUGA      **Ocupación:**

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** CONVIDA E.P.S.      **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** CONVIDA EPSS I NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY      **Nivel - Estrato:** REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A  
**CAPITADO**

**DATOS DEL INGRESO**

**FOLIO N° 64**

**(Fecha: 14/02/2019 09:59 a.m.)**

**Responsable:**      **Teléfono Resp:**  
**Dirección Resp:**      **N° Ingreso:** 1782697      **Fecha:** 14/02/2019 08:54:23 a.m.  
**Finalidad Consulta:** No\_Aplica      **Causa Externa:** Enfermedad\_General

**Fecha la atención:** 14/02/2019      **Mujer o menor víctima de maltrato:** NO      **Víctima de violencia sexual:** NO  
12:00:00 a.m.

**Índice riesgo (gail):**

**Consulta atención medica para seno:**

**Primera vez en la vida:**       **Control:**       **Seguimiento anual:**

**Motivo consulta:**

TAMIZAJE DE SENO

**SINTOMAS**

**Dolor:** NO      **Periodico:**  
**Continuo:**

**Secreción por el pezón:** NO      **Sanguinolenta:**

**Secreción espontanea:** NO      **Serosa:**

**Secreción durante el autoexamen:** NO      **Purulenta:**

**Mancha el brassier:** NO      **Lechosa:**

**Percepción masas:** NO

**Pezón invertido:** NO

**ANTECEDENTES PERSONALES**

**Antecedentes de cáncer:** NO      **Cáncer de ovario:** NO      **Edad de primera menstruación:** 14 AÑOS

**Cáncer de seno:** NO      **Cáncer endometrio:** NO      **Fecha de ultima menstruación:** 49

**Nombre reporte :** HCRPHistoBase

**Usuario:** 1069712453

Cáncer de colon: NO

Otros: NO

Edad del primer embarazo: 18 AÑOS

Numero de hijos: 3

Anticonceptivos: POMEROY

Tiempo de utilización: -

Histerectomía: NO

Mamografía anterior: NO

Reemplazo hormonal: NO

Ecografía anterior: NO

Realiza su autoexamen: NO

Premenopausia: NO

### ANTECEDENTES FAMILIARES

#### *Cáncer de seno*

Madre: NO

Abuela: NO

Total familiares con cáncer de seno: NINGUNO

Tias: NO

Hermanas: NO

### EXAMEN FISICO

#### *Inspección/tamaño*

Simétricos: NO

Medianos: NO

Pequeños: NO

Grandes: SI

#### *Color piel*

Sin signos patológicos: NO

Localización: NO

Cambio de color: NO

Pezones: PEZONES PEQUEÑOS, SIN CAMBIOS EN LA PIGMENTACION, EVERTIDOS, SIN SECRECION.

### VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL

Condición de desplazamiento: No desplazado

Programa SAM: Ninguno

Conducta: Nuevo en el programa

tableCell8

Micronutrientes: Ninguno

Complementación:  Tipo de población: No aplica

Actividad física: Ligero

Talla adulto mayor: Ninguno

Actividad física:

### PALPACION

#### *Masas*

Localización por cuadrantes: NO

Tamaño en centímetros: NO

Formas y contornos: NO

Consistencia: NO

Sensibilidad: NO

Movil o fija:

### SISTEMA LINFATICO

Lechosa: NO

Sin signos patológicos: NO

Sanguinolenta: NO

Cambio de color: NO

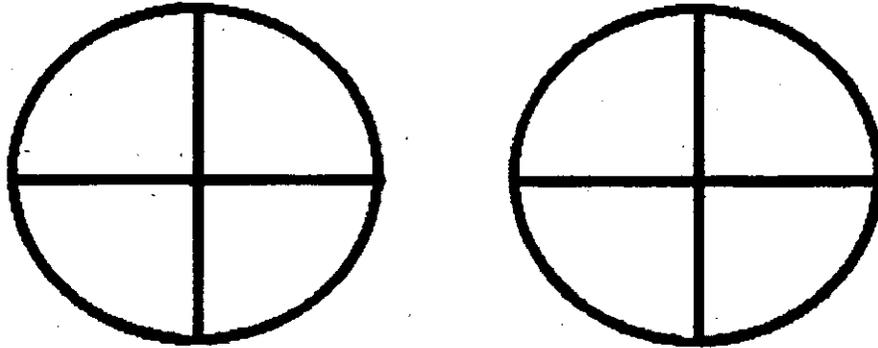
Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

176  
97  
87

Observaciones: TAMIZAJE NORMAL, NO SE PALPAN MASAS, NI QUISTES, NO SECRECION.



**IMPRESION DIAGNOSTICA**

*Solicitud de apoyo DX*

Mamografia tamizaje: NO

BACAF: NO

Mamografia diagnostica: NO

Otros:

Ecografia: NO

**RESULTADO**

Control:

Fecha:

Mamografia:

Ecografia:

CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD

CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD

N° Historia Clínica: 39617606

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS

Identificación: 39617606

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 02/abril/1967 Edad Actual: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Días

Estado Civil: Soltero

Dirección: KR1 NO 7 30

Teléfono: 3213068443

Procedencia: FUSAGASUGA

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:

Régimen: Regimen\_Simplificado

Plan Beneficios: 491 - CONVIDA EPSS I NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY CAPITADO

Nivel - Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

DATOS DEL INGRESO

FOLIO N° 65

(Fecha: 08/03/2019 08:56 a.m.)

Folio Asociado: 63

Responsable:

Teléfono Resp:

Parentesco Resp:

N° Ingreso: 1803041 Fecha: 08/03/2019 08:30:59 a.m.

Acompañante:

Telefonó Acomp:

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Religión: Ocupación: AMA DE CASA

Require atención espiritual y/o emocional: NO

¿Cua?: Paciente con discapacidad: NO ¿Cual?:

Mujer o menor víctima de maltrato: NO

Victima de violencia sexual: NO Tos con expectoración mayor a 15 días: NO

Sintomatico de piel: NO

MOTIVO DE CONSULTA

SIGO CON EL BROTE

ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE DE 51 AÑOS QUIEN REFEIRE CUADRO DE RASH PAPULAS EN MMII PRURIGINOSO NO MEJORA CON LORATADINA NI BETAMETASONA.

REVISION POR SISTEMA:

CEFALEA FRONTAL

ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: NIEGAALERGICOS:NIEGATRAUMATICOS:NIEGAQUIRURGICOS: APENDICECTOMIA, HERNIA UMBILICAL, TUBECTOMIAGINECOLOGICOS: G3P3 MENARQUIA: 14 AÑOS, MENARQUIA: 49 AÑOS

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL

Condición de desplazamiento: No desplazado

Programa SAN: Ninguno

Conducta: Nuevo en el programa

Micronutrientes: Ninguno

Complementación: NO

Tipo de población: No aplica

Actividad fisica: Ligera

Talla adulto mayor: No aplica

Educación nutricional: NO

Tipo

Detalle

Fecha Registro

SIGNOS VITALES: FC: 76 x min FR: 16 x min TEMP: 36,40 TA: 120 / 80 mmHg PESO 79,10 KG TALLA: 1,62 Mts

P.Cintura 97,0000

P.Muñeca: 18,0000

IMC: 30,14

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional VELASCO HENAO NATALIA

*Natalia Velasco Henao*

AT 28

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL AL TACTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Cuello y columna:	NORMAL	MOVIL SIN ADENOPATIAS
Abdomen:	NORMAL	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALAPCION PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Neurologico y mental:	NORMAL	SIN DIFICULTAD NEUROLOGICA, SIN FOCALIZACION
Craneo facial:	NORMAL	NORMOCEFALO. ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	RSCRS SIN SOPLO, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS
Extremidades:	NORMAL	SIMETRICA, SIN EDEMAS, PULSOS PEDIOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDO
Genital rectal:	NORMAL	NO SE EVALUA
Piel y faneras:	NORMAL	PLACAS ERITEMATOSAS EN GLUTEOS Y MUSLOS DE GRAN TAMAÑO BORDES NO DEFINIDOS, PAPULAS ERITEMATOSAS EN ZONA DE TOBILLOS.

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PACIENTE DE 51 AÑOS QUIEN REFIERE CUADRO DE RASH PAPULAS EN MMII PRURIGINOSO NO MEJORA CON LORATADINA NI BENZONATO DE DEXAMETASONA. EN EL MOMENTO CLINICAMENTE ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA NORMOTENS CON LESIONES DESCRITAS SE CONSIDERA PACIENTE CON CUADRO DE URTICARIA ALERGICA SE INDICA ANTIHISTAMINICO INTRAMUSCULAR ASOCIADO A CORTICOIDE. VALORACION POR DERMATOLOGIA. SE DAN RECOMENDACIONES DE HIGIENE CUIDADO SIGNOS DE ALARMA

**ORDENES MÉDICAS:**

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
L509	URTICARIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional VELASCO HENAO NATALIA

*Natalia Velasco Henao*

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1822107	27/03/2019 19:55	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Dias
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	66	Fecha Folio:	27/03/2019 09:04:35 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 66

(Fecha: 27/03/2019 09:04 p.m.)

Responsable: LISETH DIAZ

Teléfono Resp: 3142661324

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1822107 Fecha: 27/03/2019 07:55:53 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**INFORMACION DE PACIENTE**

Hemoclasiificación:	No Sabe	Religion		Ocupacion	
Empresa donde Trabaja:					
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo Consulta	"TENGO UNA ALERGIA"
Enfermedad actual	PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE SEIS DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRURITO, REFIERE TRATAMIENTO TOPICO CON HIDROCORTISONA Y BETAMETASONA, ANTIHISTAMINICO, SIN EMBARGO COMENTA QUE NO HA PRESENTADO MEJORIA, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE

Nombre reporte : HCRPHistoBase



178  
25

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1822107	27/03/2019 19:55	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS		
Folio:	66	Fecha Folio:	27/03/2019 09:04:35 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 66

(Fecha: 27/03/2019 09:04 p.m.)

Responsable: LISETH DIAZ

Teléfono Resp: 3142661324

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1822107 Fecha: 27/03/2019 07:55:53 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Piel y Faneras	NO REFIERE	Trauma	No
		Lesión por causa externa	No

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**  
NIT: 890680025-1

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1822107	27/03/2019-19:55	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	66	Fecha Folio:	27/03/2019 09:04:35 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 66

(Fecha: 27/03/2019 09:04 p.m.)

Responsable: LISETH DIAZ

Teléfono Resp: 3142661324

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1822107 Fecha: 27/03/2019 07:55:53 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**EXAMEN FÍSICO**

**SIGNOS VITALES**

Estado General	BUENO	Sistolica	155,000	mmH	Diastólic	75,000	mmH	Media	0,000
				g	a		g		
F. C.	69,0000	L*m	F. R.	16,0000	R*m	Temperatura	36,00	°C	
							00		
						Peso	0,0000	Kg	Talla
									0,0000
									Mt

SO2	98,0000	IMC	0,0000	Kg/m2
Apertura Ocular	Espontánea	Rpta. Verbal	Orientado	Rpta. Motora
				Obedece
Glasgow	15,0000			
Estado General	NORMAL	ADECUADO ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.		
Cráneo Facial	NORMAL	NORMOCEFALA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL NO MASAS.		
Cuello y Columna	NORMAL			
Cardiopulmonar y Torax	NORMAL	SIMETRICO, NORMOEXPANDIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN SOBREGREGADOS.		
Abdomen	NORMAL	RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA.		
Extremidades	NORMAL	MOVILES, NO EDEMAS, PULSOS PRESENTES.		
Neurológico y Mental	NORMAL	GLASGOW 15/15, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO.		
Genital Rectal	NORMAL	NO VALORADO.		
Piel y Faneras	NORMAL	SE OBSERVA A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES Y GLUTEOS, LESIONES URTICARIFORMES QUE CEDEN A LA DIGITOPRESION.		

DIAGNOSTICO:	L500	URTICARIA ALERGICA
--------------	------	--------------------

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Transversal 12 No. 22-51 Barrio San Mateo, Fusagasugá, Cundinamarca - PBX: 8733000



179 ~~180~~

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1822107	27/03/2019 19:55	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS		
Folio:	66	Fecha Folio:	27/03/2019 09:04:35 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 66

(Fecha: 27/03/2019 09:04 p.m.)

Responsable: LISETH DIAZ

Teléfono Resp: 3142661324

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1822107 Fecha: 27/03/2019 07:55:53 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE SEIS DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN PRURITO, REFIERE TRATAMIENTO TOPICO CON HIDROCORTISONA Y BETAMETASONA, ANTIHISTAMINICO, SIN EMBARGO COMENTA QUE NO HA PRESENTADO MEJORIA, NIEGA PICOS FEBRILES, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO, SE OBSERVA A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES Y GLUTEOS, LESIONES URTICARIFORMES QUE CEDEN A LA DIGITOPRESION. PACIENTE CON CUADRO CLINICO DESCRITO, SE INGRESA PARA MANEJO ANTIHISTAMINICO INTRAMUSCULAR, MANEJO CON CORTICOIDE SISTEMICO. SE SOLICITA HEMOGRAMA.

*Yesid Buendía.*

Profesional BUENDIA ABRIL YESID MAURICIO

Registro Medico: 1049614642

Especialidad MEDICINA GENERAL



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA . II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1822107	27/03/2019 19:55	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha: **02/04/1967**      **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento:      Edad:  
 Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Entidad:      **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS**

**FOLIO Nº 67**

Fecha: 27/03/2019 23:20

Pagina 1/2

Realizado por: GINA MARCELA MURCIA CHAVES

MEDICINA GENERAL

TP: 1136880255

### Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
L500	URTICARIA ALERGICA	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> Fo

Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional?      Cuál

### Información Subjetiva del Paciente

REVALORACION  
 PACIENTE FEMENINA DE 51 AÑOS DE EDAD CON IDX::  
 I.URTICARIA  
 S/PACIENTE REFIERE MEJORIA DE CUADRO CLINICO

### Examen Físico

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS. NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS, NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HIDRATADA. CUELLO MOVIL, NO ADENOPATIAS, NO INGURGITACION YUGULAR, NO MEGALIAS. MURMULLO VESICULAR PRESENTE, NO AGREGADOS PULMONARES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE BUEN TONO, SIN SOPLOS, NO REFORZAMIENTOS. RUIDOS INTESTINALES POSITIVOS, ABDOMEN, BLANDO, DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO VISCEROMEGALIAS. MOVILIZA 4 EXTREMIDADES, NO EDEMA, BUENA PERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES. LLENADO CAPILAR 3 SEG.. ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, NO SIGNOS MENINGEOS, FUERZA CONSERVADA, ROT ++/++++, NO SIGNOS DE HIPERTENSION ENDOCRANEANA, NO DEFICIT NEUROLOGICO.

TA= 120 / 70 mmHg	TA media= 87 mmHg	FC= 84 lat/min	FR= 16 resp/min	Temp= 36,3 °C
Peso= ,00 Kg	Talla= ,00 mts	IMC= 93,00 Kg/m2	Spo2= 93,00 00	Glasgow= 15

Estado General: BUENO

Hallazgos Positivos:

### Analisis y Plan de Manejo

SE REVALORA PACIENTE QUIEN INGRESA POR CAUDRO CLINICO DE 6 DIAS DE EVOLUCION DE PRURITO GENERALIZADO, EN EL MOMENO PACIENTE CON MEJORIA DE CUADRO CLINICO, HIDRATDA, A FEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SOBRECARGA HIDRICA, SIN EDEMA LARINGEO O FACIAL; HEMOGRAMA SIN ALTERACIONES. CONSDIERO POR EVOLUCION CLINICA FAVORABLE ERGESO HOSPITALRIO, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES.

180  
107



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

### EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1822107	27/03/2019 19:55	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 67**

Fecha: 27/03/2019 23:20

Pagina 2/2

Realizado por: GINA MARCELA MURCIA CHAVES

MEDICINA GENERAL

TP: 1136880255

**Profesional** MURCIA CHAVES GINA MARCELA  
**Registro Medico:** 1136880255  
**Especialidad** MEDICINA GENERAL

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

**CONSULTA EXTERNA Y MEDICINA GENERAL PUESTOS DE SALUD**

N° Historia Clínica: 39617606

**DATOS PERSONALES**

**Nómbre Paciente:** INES RODRIGUEZ CARDENAS **Identificación:** 39617606 **Sexo:** Femenino  
**Fecha Nacimiento:** 02/abril/1967 **Edad Actual:** 52 Años \ 8 Meses \ 14 Dias **Estado Civil:** Soltero  
**Dirección:** KRI NO 7 30 **Teléfono:** 3142661324  
**Procedencia:** FUSAGASUGA **Ocupación:**

**DATOS DE AFILIACIÓN**

**Entidad:** **Régimen:** Regimen\_Simplificado  
**Plan Beneficios:** 491 - CONVIDA EPSS 1 NIVEL FUSA-PASCA-TIBACUY CAPITADO **Nivel - Estrato:** REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**DATOS DEL INGRESO**

**FOLIO N° 68** **(Fecha: 01/04/2019 10:37 a.m.)** **Folio Asociado: 65**  
**Responsable:** **Teléfono Resp:**  
**Parentesco Resp:** **N° Ingreso:** 1825954 **Fecha:** 01/04/2019 10:00:38 a.m.  
**Acompañante:** **Telefonó Acomp:**  
**Finalidad Consulta:** No\_Aplica **Causa Externa:** Enfermedad\_General

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**Religión:** **Ocupación:** AMA DE CASA **Require atención espiritual y/o emocional:** NO  
**¿Cua?:** **Paciente con discapacidad:** NO **¿Cual?:** **Mujer o menor víctima de maltrato:** NO  
**Victima de violencia sexual:** NO **Tos con expectoración mayor a 15 dias:** NO **Sintomatico de piel:** NO

**MÓTIVO DE CONSULTA**

SIGÓ CON LA PIQUIÑA

**ENFERMEDAD ACTUAL:**

PACITE CON CUADRO CLINC DE 2 MESES CONSIENTE EN APARCION INTERMITENTE DE LESIONES HABONOSOSAS EN MMEBROS INFERIORES Y ASOCIADO A PRURITO SIN OTRO SINTOMAS ASOCIADOS

**REVISION POR SISTEMA:**

CEFALEA FRONTAL

**ANTECEDENTES:**

PATOLOGICOS: NIEGAALERGICOS:NIEGATRAUMATICOS:NIEGAQUIRURGICOS: APENDICECTOMIA, HERNIA UMBILICAL, TUBECTOMIAGINECOLOGICOS: G3P3 MENARQUIA: 14 AÑOS, MENARQUIA: 49 AÑOS

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ALIMENTARIO Y NUTRICIONAL**

**Condición de desplazamiento:** No desplazado **Programa SAN:** Ninguno  
**Conducta:** Nuevo en el programa **Micronutrientes:** Ninguno **Complementación:** NO  
**Tipo de población:** No aplica **Actividad fisica:** Ligera **Talla adulto mayor:** No aplica  
**Educación nutricional:** NO

<b>Tipo</b>	<b>Detalle</b>	<b>Fecha Registro</b>
-------------	----------------	-----------------------

**SIGNOS VITALES:** **FC:** 76 x min **FR:** 16 x min **TEMP:** 36,40 **TA:** 120 / 80 mmHg **PESO** 79,10 **KG** **TALLA:** 1,62 Mts

**P.Cintura** 97,0000 **P.Muñeca:** 18,0000 **IMC:** 30,14

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

**Especialidad** MEDICINA GENERAL

**Profesional** PEÑA PIÑEROS JONATHAN ALEXANDER

181 20 102

**EXAMEN FISICO**

Estado general:	NORMAL	BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL AL TACTO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
Cuello y columna:	NORMAL	MOVIL SIN ADENOPATIAS
Abdomen:	NORMAL	BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Neurologico y mental:	NORMAL	SIN DIFICULTAD NEUROLOGICA, SIN FOCALIZACION
Craneo facial:	NORMAL	NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS ISOCORICAS
Cardiopulmonar y torax:	NORMAL	RSCRS SIN SOPLO, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS
Extremidades:	NORMAL	SIMETRICA, SIN EDEMAS, PULSOS PEDIOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDO
Genital rectal:	NORMAL	NO SE EVALUA
Piel y faneras:	NORMAL	PLACAS ERITEMATOSAS EN GLUTEOS Y MUSLOS DE GRAN TAMAÑO BORDES NO DEFINIDOS,

**ANÁLISIS Y PLAN:**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 2 MESES CONSISTENTE EN APARICION INTERMITENTE DE LESIONES TIPO HABONOSAS PRURIGINOSAS SIN OTROS SINTOMAS ADICIONALES QUIEN HA PRESENTADO MULTIPLES TRATAMIENTOS CON CORTICOSTEROIDES TÍPICOS ANTIHISTAMINICOS SIN RESOLUCION DE PATOLOGIA EN EL MOMENTO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES CON AHAZGOS DESCRITOS AL EXAMEN FISICO SE INDICA VALORACION POR SERVICIO DE DERMATOLOGIA Y SE INDICA NUEVO CICLO CON ANTIHISTAMINICO SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES Y SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR

**ORDENES MÉDICAS:**

DERMATOLOGIA

DIAGNOSTICOS			
CIE-10	DIAGNOSTICOS	PRINCIPAL	TIPO
R688	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	<input type="checkbox"/>	Presuntivo
L509	URTICARIA, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/>	Presuntivo

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: 1069712453

Especialidad MEDICINA GENERAL

Profesional PEÑA PIÑEROS JONATHAN ALEXANDER

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1943534	22/07/2019 19:33	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	69	Fecha Folio:	22/07/2019 08:31:56 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 69

(Fecha: 22/07/2019 08:31 p.m.)

Responsable: LILIANA CARDENAS

Teléfono Resp: 3123585504

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1943534 Fecha: 22/07/2019 07:33:02 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**INFORMACION DE PACIENTE**

Hemoclasiificación:	No Sabe	Religion		Ocupacion	
Empresa donde Trabaja:	NO TRABAJA				
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo Consulta	" ME DUELE LAS PIERNAS "
Enfermedad actual	PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DISCOPATIA, QUIEN ACUDE CON CUADRO CLINICO DE TRES DIAS DE EVOLUCION DADO POR DOLOR URENTE A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES, EL CUAL SE INTENSIFICA CON LA ACTIVIDAD FISICA Y MEJORA CON EL REPOSO, -NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE

Nombre reporte : HCRPHistoBase



182 183

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1943534		22/07/2019 19:33		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
				Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
				Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS				
Folio:	69	Fecha Folio:	22/07/2019 08:31:56 p.m.		

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 69

(Fecha: 22/07/2019 08:31 p.m.)

Responsable: LILIANA CARDENAS

Teléfono Resp: 3123585504

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1943534 Fecha: 22/07/2019 07:33:02 p.m.

Finalidad Consulta: No Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Piel y Faneras	NO REFIERE	Trauma	No
		Lesión por causa externa	No

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1943534	22/07/2019 19:33	39617606
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>		
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>		
Fecha Nacimiento:	Edad:	Sexo:
02/04/1967	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Femenino
Estado Civil:		Soltero
Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección:
FUSAGASUGA	URB SAN ANTONIO	KR1 NO 7 30 I
Entidad:		Telefono:
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		3142661324
Folio:	Fecha Folio:	
69	22/07/2019 08:31:56 p.m.	

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 69

(Fecha: 22/07/2019 08:31 p.m.)

Responsable: LILIANA CARDENAS

Teléfono Resp: 3123585504

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1943534 Fecha: 22/07/2019 07:33:02 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**EXAMEN FÍSICO**

**SIGNOS VITALES**

Estado General	BUENO	Sistolica	140,000	mmHg	Diastólic	80,000	mmHg	Media	100,000
F. C.	80,000	L*m	F. R.	18,000	R*m	Temperatura	36,00	°C	
						Peso	0,000	Kg	Talla
									0,000
									Mt

SO2	96,0000	IMC	0,0000	Kg/m2	
Apertura Ocular	Espontánea	Rpta. Verbal	Orientado	Rpta. Motora	Obedece
Glasgow	15,0000				
Estado General	ANORMAL				
Cráneo Facial	NORMAL				
Cuello y Columna	NORMAL				
Cardiopulmonar y Torax	NORMAL				
Abdomen	NORMAL				
Extremidades	ANORMAL				
Neurológico y Mental	NORMAL				
Genital Rectal	NORMAL				
Piel y Faneras	NORMAL				

DIAGNOSTICO:	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO
--------------	------	-------------------------

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

Nombre reporte : HCRPHistoBase



183  
109

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:		Fecha Ingreso:		No Documento	
1943534		22/07/2019 19:33		39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>					
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>					
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días	Sexo:	Femenino
				Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
				Telefono:	3142661324
Entidad: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS					
Folio:	69	Fecha Folio:	22/07/2019 08:31:56 p.m.		

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 69

(Fecha: 22/07/2019 08:31 p.m.)

Responsable: LILIANA CARDENAS

Teléfono Resp: 3123585504

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1943534 Fecha: 22/07/2019 07:33:02 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DISCOPATIA, QUIEN ACUDE CON CUADRO CLINICO DE TRES DIAS DE EVOLUCION DADO POR DOLOR URENTE A NIVEL DE MIEMBROS INFERIORES, EL CUAL SE INTENSIFICA CON LA ACTIVIDAD FISICA Y MEJORA CON EL REPOSO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. AL INGRESO PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SOMA EXTREMIDADES EUTROFICAS Y SIMETRICAS NO EDEMAS, LASAGUE Y BRAGARD POSITIVO. DADOS LOS ANTECEDENTES Y CUADRO CLINICO SE CONSIDERA PACIENTE EN CONTEXTO DE LUMBAGO EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE ALARMA, RAZON POR LA CUAL SE DECIDE MANEJO AMBULATORIO CON RECOMENDACIONES GENERALES, FORMULA MEDICA Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR. SE LE EXPLICA LA CONDUCTA A LA PACIENTE QUIEN ACEPTA Y ENTIENDE.

Profesional RODRIGUEZ BENAVIDEZ JOSE VICENTE

Registro Medico: 1031127135

Especialidad MEDICINA GENERAL



Historia Clínica de Oftalmología

Nº Historia Clínica 39617606 Folio: 70 Pagina 1/1

Fecha de Registro: 14/08/2019 9:06

**Datos Personales** Nombre del Paciente: INES RODRIGUEZ CARDENAS Identificación: 39617606

Genero: Femenino Fecha Nacimiento: 02/04/1967 12:00:00 Edad: 52 Años \ 8 Meses \ 14 Dí Estado Civil: Soltero

Teléfono: 3142661324 Dirección Residencia: KR1 NO 7 301

Procedencia: FUSAGASUGA Ocupación: Religión:

**Datos de Afiliación** Entidad: 560 - EPS FAMISANAR SAS- CONTRIBUTIVO  
Tipo Régimen: Contributivo Nivel Estrato: REGIMEN CONTRIBUTIVO - CATEGORIA A

**Datos del Ingreso:** Nombre del Acudiente: Teléfono del Acudiente:

Dirección Acudiente: Ingreso: 1965575

Fecha de Ingreso: 14/08/2019 07:28:57 a.m. Causa Externa: Enfermedad\_General Finalidad de Consulta: No\_Aplica

**I. Motivo De La Consulta y Enfermedad Actual**

PACIENTE ASISTE PARA CAPSULOTOMIA OD,

**II. Antecedentes Personales**

Patológicos

Quirúrgicos

Oftálmicos Usa anteojos desde:

Familiares

**III. Exámen Externo**

Hirschber: Simetrico

Cover test: Ortoforico: X:

E:

ET:

(E)T:

(X)

Pcc: 0,0000 cm

XT:

T:

Movimientos Oculares:

Anexos:

Exámen Pupilar:

**IV. Agudeza Visual**

Lejos:

Cerca:

Sc	OD
Cc	OD

OI
OI

J
J

**V. Queratometría**

OD

OI

**VI. Refracción**

Objetiva

Subjetiva

OD

OI

OD

OI

Adición:

**VII. Biomicroscópica**

**VIII. Tonometría**

OD

mm de Hg

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



184 78 107

Historia Clinica de Oftalmología

APUNTA

OI

mm de Hg

IX. Fundoscopia

X. Conducta

CAPSULOTOMIA :

x ANESTESIA: LOCAL TOPICA EN  
 GOTASDESCRIPCION: EXPLICACION PREVIA AL PACIENTE DE COMO ES EL PROCEDIMIENTO,  
 DILATACION PREVIA DE IRIS CON TROPICAMIDA AL 1%, (FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO)  
 COLOCACION DE MENTON EN MENTONERA DE LA LAMPARA DE HENDIDURA, SE VALORA EL GRADO DE  
 OPACIDAD DE LA CAPSULA POSTERIOR PARA DETERMINAR EL PODER DEL LASER, SE APUNTAN LAS MIRAS  
 DEL LASER SOBRE EL AREA CENTRAL DE LA CAPSULA POSTERIOR OPACA, SE REALIZAN DISPAROS DE  
 LASER HASTA PERFORAR LA CAPSULA POSTERIOR Y DEJAR CLARA LA ZONA DEL EJE VISUAL CENTRAL,  
 SE TERMINA EL PROCEDIMIENTO CON EXITO, SIN COMPLICACIONES Y SE EXPLICAN FACTORES DE RIESGO  
 Y/O ALARMA PARA TENER EN CUENTA EN EL POSTOPERATORIO, SE ENTREGA FORMULA MEDICA Y CITA  
 DE CONTROL.OJO DERECHO PODER: 2.0\_ NUMERO DE  
 DISPAROS: 5\_

Antecedentes  
Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
Z961	PRESENCIA DE LENTES INTRAOCULARES	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>

Medicamentos

Nombre	Cantidad	Duración (días)	Administración
TIMOLOL 0,50% GOTAS	1	20	Ninguno
	1	0	Ninguno

Profesional CONTRERAS PARRA JUAN CARLOS  
 Registro Profesional 79654935  
 Especialidad OFTALMOLOGIA

"RESOLUCIÓN 1995 DE 1999. ARTÍCULO 18. DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. Los prestadores de servicios de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados, mediante códigos, indicadores u otros medios que reemplacen la firma y sello de las historias en medios físicos, de forma que se establezca con exactitud quien realizó los registros, la hora y fecha del registro."

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1979620	28/08/2019 19:29	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	71	Fecha Folio:	28/08/2019 08:21:13 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 71

(Fecha: 28/08/2019 08:21 p.m.)

Responsable: ARMANDO RODRIGUEZ

Teléfono Resp: 3209790592

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1979620 Fecha: 28/08/2019 07:29:59 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**INFORMACION DE PACIENTE**

Hemoclasiificación:	A+	Religion	CATOLICA	Ocupacion	AMA DE CASA
Empresa donde Trabaja:	AMA DE CASA				
Requiere Soporte Espiritual y/o emocional	No				
El Paciente Presenta Alguna Discapacidad	No	Cual:			

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

MotivoConsulta

"ME DUELE MUCHO EL ESTOMAGO"

Enfermedad actual

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO TIPO URENTE DE INTENSIDAD 10/10 QUE SE ACOMPAÑA DE DISTENCION ABDOMINAL, METEORISMO Y EN OCASIONES DISNEA. AUTOMEDICACION CON OMEPRAZOL Y RANITIDINA SIN MEJORIA. NIEGA EMESIS, NO PICOS FEBRILES.

**REVISIÓN POR SISTEMAS**

Organos de los sentidos	NO REFIERE		
Cabeza y Cuello	NO REFIERE	Cardiorespiratorio	NO REFIERE
Gastrointestinal	NO REFIERE	Genitourinario	NO REFIERE
Osteomuscular	NO REFIERE	Neurológico	NO REFIERE

Nombre reporte : HCRPHistoBase



185  
106

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1979620	28/08/2019 19:29	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	71	Fecha Folio:	28/08/2019 08:21:13 p.m.

**DATOS DEL INGRESO.**

FOLIO N° 71

(Fecha: 28/08/2019 08:21 p.m.)

Responsable: ARMANDO RODRIGUEZ

Teléfono Resp: 3209790592

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1979620 Fecha: 28/08/2019 07:29:59 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

Ptel y Faneras	NO REFIERE	Trauma	No
		Lesión por causa externa	No

**ANTECEDENTES**

TIPO:	Médicos	FECHA:	13/07/2014 12:59:49 p.m.
HERNIA DISCAL ESCOLIOSIS APLASTAMIENTO VERTEBRAL ALERGIA TRAMADOL CX POMEROY HERNIORRAFIA UMBILICAL APENDICECTMIA, FUM 14/06/2014 CICLOS IRREGULARES, ETS NO, PLANIFICA SI			
TIPO:	Médicos	FECHA:	11/08/2016 02:07:50 p.m.
HERNIA DISCALES A NIVEL L5-S1			
TIPO:	Médicos	FECHA:	02/09/2017 10:11:18 p.m.
PATOLOGICO NEIGAALERGICO: NIEGA QUIRURGICO: APENDICECTOMIA HERNIA UMBILICAL POMEROY CATARATA			
TIPO:	Otros	FECHA:	03/09/2017 02:29:25 a.m.
ANTECEDENTES PATOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA + POMEROY + HERNIORRAFIA UMBILICAL + FACO BILATERAL FARMACOLOGICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA FAMILIARES: GLAUCOMA: MADRE, CA CERVIX: ABUELA PATERNA, TIA MATERNA TOXICOS: CIGARRILLO OCASIONAL ACTUAL NO			
TIPO:	Médicos	FECHA:	31/01/2019 08:12:56 a.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGAALERGICOS: TRAMADOL QUIRURGICOS: POMEROY, HERNIORRAFIA UMBILICAL, CATARATAS, APENDICECTOMIA OCUPACION: HOGAR.			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
TRAMADOL			
TIPO:	Médicos	FECHA:	27/03/2019 09:04:35 p.m.
NIEGA			
TIPO:	Médicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
PATOLOGICOS: NIEGA FARMACOLOGICOS: NIEGA QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA - POMEROY - FAQUECTOMIA HOSPITALARIOS: NIEGA TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			
TIPO:	Alérgicos	FECHA:	28/08/2019 08:21:13 p.m.
TOXICOALERGICOS: TRAMAL - DEXAMETASONA			

Nombre reporte : HCRPHistoBase



**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1979620	28/08/2019 19:29	39617606	
Paciente: <b>INES RODRIGUEZ CARDENAS</b>			
Servicio: <b>URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA</b>			
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Direccion:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	71	Fecha Folio:	28/08/2019 08:21:13 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO Nº 71

(Fecha: 28/08/2019 08:21 p.m.)

Responsable: ARMANDO RODRIGUEZ

Teléfono Resp: 3209790592

Dirección Resp:

Nº Ingreso: 1979620 Fecha: 28/08/2019 07:29:59 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**EXAMEN FÍSICO**

**SIGNOS VITALES**

Estado General	BUENO	Sistolica	110,000	mmHg	Diastolic	69,000	mmHg	Media	496,6667
				g	a		g		
F. C.	70,000	L*m	F. R.	17,000	R*m	Temperatura	37,00	°C	
						Peso	65,000	Kg	Talla
									160,00
									00

SO2	95,0000	IMC	0,0025	Kg/m2	
Apertura Ocular	Espontánea	Rpta. Verbal	Orientado	Rpta. Motora	Obedece
Glasgow	15,0000				
Estado General	ANORMAL	PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, ALGICA			
Cráneo Facial	NORMAL	CABEZA: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA			
Cuello y Columna	NORMAL	CUELLO: NO SE EVIDENCIAN MASAS NI MEGALIAS, NO INGURGITACION YUGULAR			
Cardiopulmonar y Torax	NORMAL	CARDIOPULMONAR TORAX NORMOEXPANSIVO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO PRESENTE, SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION PULMONAR			
Abdomen	ANORMAL	ABDOMEN DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS			
Extremidades	NORMAL	EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS, MOVILES, NO DOLOR A LA MOVILIZACION, SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS			
Neurológico y Mental	NORMAL	SNC NEUROLOGICO SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, ISOCORICAS, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS +++/++++, NO DEFICIT APARENTE.			
Genital Rectal	NORMAL	NO EXPLORADO			
Piel y Faneras	NORMAL	NORMAL			

DIAGNOSTICO:	R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR
--------------	------	--

Nombre reporte : HCRPHistoBase



106 107

**HISTORIA CLINICA INGRESO A URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento	
1979620	28/08/2019 19:29	39617606	
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS		
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA		
Fecha Nacimiento:	02/04/1967	Edad:	52 Años \ 8 Meses \ 14 Días
		Sexo:	Femenino
		Estado Civil:	Soltero
Municipio:	FUSAGASUGA	Barrio o Vereda:	URB SAN ANTONIO
	A	Dirección:	KR1 NO 7 30 I
		Telefono:	3142661324
Entidad:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS		
Folio:	71	Fecha Folio:	28/08/2019 08:21:13 p.m.

**DATOS DEL INGRESO**

FOLIO N° 71

(Fecha: 28/08/2019 08:21 p.m.)

Responsable: ARMANDO RODRIGUEZ

Teléfono Resp: 3209790592

Dirección Resp:

N° Ingreso: 1979620 Fecha: 28/08/2019 07:29:59 p.m.

Finalidad Consulta: No\_Aplica

Causa Externa: Enfermedad\_General

**Análisis e interpretación de apoyo diagnóstico**

NO APORTA

**Análisis y Plan de Manejo Inicial**

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO TIPO URENTE DE INTENSIDAD 10/10 QUE SE ACOMPAÑA DE DISTENSION ABDOMINAL, METEORISMO Y EN OCASIONES DISNEA. AUTOMEDICACION CON OMEPRAZOL Y RANITIDINA SIN MEJORIA. NIEGA EMESIS, NO PICOS FEBRILES. AL EXAMEN FISICO ESTABLE CLINICAMENTE, ALGICA, DOLOR A LA PALPACION EN EPIGASTRIO E HIPOCONDRIO DERECHO. PACIENTE CON CUADRO DESCRITO, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO Y TOMA DE PARACLINICOS. SE EXPLICA A PACIENTE, QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA AMBULATORIOL. RIGNER 80 CC HORA OMEPRAZOL 40 MG IV AHORASS: HEMOGRAMA, PERFIL HEPATICO REVALORAR

Profesional LADINO SIERRA MARIA FERNANDA  
Registro Medico: 1022386162  
Especialidad MEDICINA GENERAL



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

**EVOLUCION DE URGENCIAS**

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1979620	28/08/2019 19:29	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha Nacimiento: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
 Municipio: **FUSAGASUGA** Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO Nº 72** Fecha: **28/08/2019 23:04** Pagina 1/2  
 Realizado por: **MARIA FERNANDA LADINO SIERRA** MEDICINA GENERAL TP: **1022386162**

**Diagnósticos**

Código	Descripción	Dx Principal
R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> Fo

Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional? **Cuál**

**Información Subjetiva del Paciente**

REVALORACION  
 PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE  
 1. DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO  
 1.1 COLICO BILIAR

PACIENTE EN EL MOMENTO REFIERE PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL.

**Examen Físico**

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO CABEZA: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO: NO SE EVIDENCIAN MASAS NI MEGALIAS, NO INGURGITACION YUGULAR CARDIOPULMONAR TORAX NORMOEXPANSIVO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO PRESENTE, SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION PULMONAR ABDOMEN DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS, MOVILES, NO DOLOR A LA MOVILIZACION, SIN EDEMA, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS SNC NEUROLOGICO SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ, ISOCORICAS, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS +++/++++, NO DEFICIT APARENTE. LEUCOS: 8170 N:54.9 HGB:12.9 HCTO:37.5 PLQT:341.000 AMILASA:129 FA:106 AST:20.5 ALT:21.2 BT:0.33 BD:0.09 BI:0.24 GLU:100

TA=	/	mmHg	TA media=	mmHg	FC=	lat/min	FR=	resp/min	Temp=	,0	°C	
Peso=	,00	Kg	Talla=	,00	mts	IMC=	,00	Kg/m2	Spo2=	0,000	Glasgow=	0

Estado General: **BUENO**  
 Hallazgos Positivos:

**Análisis y Plan de Manejo**

PACIENTE FEMENINA DE 52 AÑOS ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION DE DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN EPIGASTRIO TIPO URENTE DE INTENSIDAD 10/10 QUE SE ACOMPAÑA DE DISTENSION ABDOMINAL, METEORISMO Y EN OCASIONES DISNEA. AUTOMEDICACION CON OMEPRAZOL Y RANITIDINA SIN MEJORIA. NIEGA EMESIS, NO PICOS FEBRILES. A LA REVALORACION MANIFIESTA PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL. AL EXAMEN FISICO ESTABLE CLINICAMENTE, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, DOLOR EN HIPOCONDRIOS DERECHO. REPORTE DE PARACLINICOS SIN LEUCOCITOSIS, NO NEUTROFILIA, NO ANEMIAS, NO ALTERACIONES PLAQUETARIAS, FUNCION HEPATICA SIN ALTERACIONES. PACIENTE CON CUADRO DESCRITO, EN QUIEN ANTE PERSISTENCIA DE DOLOR ABDOMINAL INDICO ANALGESIA Y SOLICITO ECOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL A DESCARTAR COLECISTITIS. SE EXPLICA A PACIENTE, QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA

AMBULATORIO CAMILLA  
 RINGER 80 CC HORA  
 HIOSCINA COMPUESTA IV AHORA  
 SS: ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

**EVOLUCION DE URGENCIAS**

107 108

Nº Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1979620	28/08/2019 19:29	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTO - OBSERVACION	

Fecha: **02/04/1967**      **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento:      Edad:  
 Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Entidad:      **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 72**      Fecha: 28/08/2019 23:04      Pagina 2/2  
 Realizado por: **MARIA FERNANDA LADINO SIERRA**      **MEDICINA GENERAL**      TP: 1022386162

**Plan de Manejo**

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
Butil bromuro + Dipirona (compuesto) Amp					AHORA	1
Solucion Ringer x 500 ml					L. RIGNER 80 CC HORA	2

**Exámenes**

31109      ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL, INCLUYE: HÍGADO, PÁNCREAS, VESÍCULA, VÍAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS      1

**Profesional**      LADINO SIERRA MARIA FERNANDA  
**Registro Medico:**      1022386162  
**Especialidad**      MEDICINA GENERAL



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

## EVOLUCION DE URGENCIAS

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1979620	28/08/2019 19:29	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA	

Fecha: **02/04/1967** Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días** Sexo: **Femenino** Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento: Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO** Direccion: **KR1 NO 7 30 I** Telefono: **3142661324**  
 Municipio: **FUSAGASUGA**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS**

**FOLIO N° 73** Fecha: 29/08/2019 09:01 Pagina 1/2  
 Realizado por: **RONY RAFAEL COLMENARES PEÑA** MEDICINA GENERAL TP: 1140421508

### Diagnósticos

Código	Descripción	Dx Principal
K528	OTRAS COLITIS Y GASTROENTERITIS NO INFECCIOSAS ESPECIFICADAS	Ppal <input checked="" type="checkbox"/> Fo

Requiere Soporte Espiritual y/o Emocional? **Cuál**

### Información Subjetiva del Paciente

PACIENTE REFIERE MEJORIA DEL DOLOR.

### Examen Físico

PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, TABIQUE NASAL CENTRAL, MUCOSA NASAL SIN SANGRADO, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN ADENOPATIAS NI MASAS, TIROIDES SIN ALTERACIONES. SIN SOPLOS CAROTIDEOS. TORAX NORMOEXPANSIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, NI GALOPE. RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS PULMONARES. ABDOMEN NO DISTENDIDO, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS CONSERVADOS. CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. PIEL SIN ALTERACIONES EN LA COLORACION, SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL, NI LESIONES EVIDENTES.

TA= 120 / 78 mmHg	TA media= 92	mmlHg	FC= 71	lat/min	FR= 17	resp/min	Temp= 37,0 °C
Peso= ,00 Kg	Talla= ,00	mts	IMC= 99,00	Kg/m2	Spo2= 99,00	Glasgow= 15	

Estado General: **BUENO**

Hallazgos Positivos:

### Analisis y Plan de Manejo

PACIENTE QUIEN REFIERE MEJORIA CLINICA, RESULTADOS DE ECOGRAFIA ABDOMINAL SIN ALTERACIONES EVIDENTES, RESULTADOS DE HEMOGRAMA SIN ALTERACIONES, NO NEUTROFILIA NO LEUCOCITOSIS, PERFIL HEPATOBILIAR SIN ALTERACIONES, EN VISTA DE LA MEJORIA CLINICA SE DECIDE DAR SALIDA CON MANEJO MEDICO AMBULATORIO Y CONTROL CON MEDICO DE EPS

### Plan de Manejo

Medicamento	Dosis	Via	Frec	Prior	Observaciones	Cant.
Butil bromuro x 10 mg tableta					TOMAR UNA CADA 8 HORAS SI HAY DOLOR ABDOMINAL	21
Omeprazol x 20 mg capsula					TOMAR UNA CADA DIA	21
Hidroxido Alum.+Mg+Simeticona. Frasco					TOMAR UNA CUCHARADA DESPUES DE 1	

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]



**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
DE FUSAGASUGA - II NIVEL

**EVOLUCION DE URGENCIAS**

N° Ingreso:	Fecha Ingreso:	No Documento
1979620	28/08/2019 19:29	39617606
Paciente:	INES RODRIGUEZ CARDENAS	
Servicio:	URGENCIAS ADULTOS - CONSULTA	

188  
169

Fecha: **02/04/1967**      Edad: **52 Años \ 8 Meses \ 14 Días**      Sexo: **Femenino**      Estado Civil: **Soltero**  
 Nacimiento:      Municipio: **FUSAGASUGA**      Barrio o Vereda: **URB SAN ANTONIO**      Direccion: **KR1 NO 7 30 I**      Telefono: **3142661324**  
 Entidad: **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS**

**FOLIO N° 73**

Fecha: 29/08/2019 09:01

Pagina 2/2

Realizado por: **RONY RAFAEL COLMENARES PEÑA**

**MEDICINA GENERAL**

TP: 1140421508

**CADA COMIDA**

**Exámenes**

39141      Consulta ambulatoria de medicina general

1      CONTROL AMBULATORIO

**Profesional**      COLMENARES PEÑA RONY RAFAEL  
**Registro Medico:**      1140421508  
**Especialidad**      MEDICINA GENERAL



Hospital San Rafael de Fusagasugá

"Hospital humano, hospital comprometido"

E.S.E - II NIVEL

189

Doctora

**GLORIA LETICIA URREGO MEDINA**

**JUEZ TERCERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE GIRARDÓT.**

Ciudad.-

28 FEB 2020

D. 24 A7

3700000

**NATURALEZA:**  
**RADICACION:**  
**DEMANDANTE:**  
**DEMANDADA:**

**ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA**  
**253073333003-2019-00200-00**  
**INES RODRIGUEZ CARDENAS**  
**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**

**ASUNTO:**

**LLAMAMIENTOS EN GARANTIA**



**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**, mayor de edad, vecina y domiciliada en la ciudad de Fusagasugá, Abogada Titulada y en Ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía número 39'628.135 expedida en Fusagasugá y portadora de la Tarjeta Profesional de Abogada número 165.334 otorgada por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de Apoderada Judicial de la Empresa Social del Estado **HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**, ante su Despacho respetuosamente acudo para presentar escrito de llamamiento en garantía dentro de la acción de Reparación Directa relacionada en la referencia, situación esta que se fundamenta en los siguientes:

**HECHOS**

- 1.- La llamada en garantía, **VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S** identificada con Nit. 900839270-9, Representada legalmente por **JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA**, identificado con la cedula de ciudadanía No 79'654.935, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nos. 509-2016, de fecha primero (1) de marzo de 2016 con objeto "...prestar los servicios especializados en el subproceso de de oftalmología ...", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.
- 2.- La llamada en garantía Compañía **SEGUROS DEL ESTADO**, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 12-44-101135932, vigente desde el 01/03/2016 hasta el 01/11/2016, amparó el Contrato de prestación de servicios número 509-2016, de fecha primero (1) de marzo de 2016 con objeto "...prestar los servicios especializados en el subproceso de de oftalmología ...",
- 3.- La llamada en garantía, **VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S** identificada con Nit. 900839270-9, Representada legalmente por **JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA**, identificado con la cedula de ciudadanía No 79'654.935, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nos. 390-2017, de fecha dos (2) de enero de 2017 con objeto "...prestar los servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.
- 4.- La llamada en garantía Compañía **SEGUROS DEL ESTADO**, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 12-44-101150399, vigente desde el 03/01/2017 hasta el 03/08/2018, amparó el Contrato de prestación de servicios número 390-2017, de fecha 2 de enero de 2017 relacionado con "...prestar los servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...",
- 5.- La llamada en garantía, **VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S** identificada con Nit. 900839270-9, Representada legalmente por **JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA**, identificado

Dirección: Transversal 12 No 22 - 51 Fusagasugá - Cundinamarca - Colombia  
Email: juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co / Oficina Gerencia: 8733000 Ext 15



con la cedula de ciudadanía No 79'654.935, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nos. 828-2017, de fecha primero (1) de julio de 2017 con objeto "*...prestar los servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...*", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.

6.- La llamada en garantía Compañía SEGUROS DEL ESTADO, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 12-44-101155923, vigente desde el 01/07/2017 hasta el 01/09/2018, amparó el Contrato de prestación de servicios número 828-2017, de fecha 1 de julio de 2017 relacionado con "*...prestar los servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...*",

7.- La llamada en garantía, **VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S** identificada con Nit. 900839270-9, Representada legalmente por JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, identificado con la cedula de ciudadanía No 79'654.935, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nos. 1035-2017, de fecha primero (1) de septiembre de 2017 con objeto "*...prestar los servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...*", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.

8.- La llamada en garantía Compañía SEGUROS DEL ESTADO, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 12-44-101033180, vigente desde el 01/09/2017 hasta el 04/02/2019, amparó el Contrato de prestación de servicios número 1035-2017, de fecha 1 de septiembre de 2017 relacionado con "*...prestar los servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...*",

9.- La llamada en garantía, **VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S** identificada con Nit. 900839270-9, Representada legalmente por JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, identificado con la cedula de ciudadanía No 79'654.935, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nos. 275-2018, de fecha dos (2) de enero de 2018 con objeto "*...prestar los servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...*", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.

10.- La llamada en garantía Compañía SEGUROS DEL ESTADO, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 12-40-101035131, vigente desde el 02/01/2018 hasta el 02/12/2018, amparó el Contrato de prestación de servicios número 275-2018, de fecha 2 de enero de 2018 relacionado con "*...prestar los servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...*",

11.- La llamada en garantía, **SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MF J IPS SAS** identificada con Nit. 900065662, Representada legalmente por MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, identificado con la cedula de ciudadanía No 79'157.475, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No. 1310-2016, de fecha primero (1) de agosto de 2016 con objeto "*...servicio de oftalmología en el macroproceso misional...*", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.

12.- La llamada en garantía Compañía SEGUROS DEL ESTADO, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 420216000033, vigente desde el 01/08/2016 hasta el 01/08/2017, amparó el Contrato de prestación de servicios número Profesionales No. 1310-2016, de fecha primero (1) de agosto de 2016 con objeto "*...servicio de oftalmología en el macroproceso misional...*",

154



13.- La llamada en garantía, **SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MF J IPS SAS** identificada con Nit. 90065662-1, Representada legalmente por MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, identificado con la cedula de ciudadanía No 79'157.475, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nos. 391-2017, de fecha dos (2) de enero de 2017 con objeto "...prestación de servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA ...", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.

14.- La llamada en garantía Compañía SEGUROS DEL ESTADO, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 21-40-1011011930, vigente desde el 02/01/2017 hasta el 02/01/2018, amparó el Contrato de prestación de servicios número 391-2017, de fecha dos (2) de enero de 2017 con objeto "...prestación de servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA ...",

15.- La llamada en garantía, **SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MF J IPS SAS** identificada con Nit. 90065662-1, Representada legalmente por MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, identificado con la cedula de ciudadanía No 79'157.475, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nos. 1032-2017, de fecha primero (1) de septiembre de 2017 con objeto "...prestación de servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.

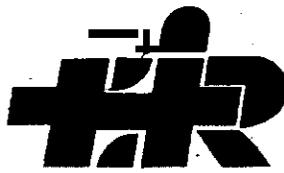
16.- La llamada en garantía Compañía SEGUROS DEL ESTADO, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 21-40-101111265, vigente desde el 01/09/2017 hasta el 31/12/2018, amparó el Contrato de prestación de servicios número 1032-2017, de fecha primero (1) de septiembre de 2017 con objeto "...prestación de servicios especializados de oftalmología en la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA ..."

17.- La llamada en garantía, **SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MF J IPS SAS** identificada con Nit. 90065662-1, Representada legalmente por MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, identificado con la cedula de ciudadanía No 79'157.475, o por quien haga sus veces al momento de la notificación del presente Llamado en Garantía, en virtud de Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nos. 276-2018, de fecha dos (2) de enero de 2018 con objeto "...prestación de servicios especializados como oftalmología de la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...", empresa que prestó sus servicios a la entidad para la época de los hechos.

18.- La llamada en garantía Compañía SEGUROS DEL ESTADO, mediante Póliza de Seguro de cumplimiento entidad estatal número 21-40-101115925, vigente desde el 01/01/2018 hasta el 30/11/2018, amparó el Contrato de prestación de servicios número 276-2018, de fecha dos (2) de enero de 2018 con objeto "...prestación de servicios especializados como oftalmología de la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA...".

18.- En desarrollo de las labores y actividades a ejecutar consignadas en los Contratos relacionados en los numerales anteriores, Doctor MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, desempeñaba su actividad como médico oftalmólogo en el servicio de oftalmología de la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

19.- La llamada en garantía, **SEGUROS DEL ESTADO** identificada con Nit. Número 860.009.578-6, representada legalmente por el Doctor JUAN SEBASTIAN HERNANDEZ MOLINA o quien haga sus veces al momento de la notificación del presente llamamiento en virtud de la siguiente **Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil servidores públicos número 17-03-101000972** con vigencia del 17 de mayo de 2016 al 24 de febrero de 2017, **1703-**



192

**101000972** con vigencia del 24 de febrero de 2017 al 24 de febrero de 2018 y **1703-101000972** con vigencia del 24 de febrero de 2018 al 24 de febrero de 2019 **mediante la cual la compañía llamada en garantía amparó "... los perjuicios patrimoniales causados al hospital San Rafael de Fusagasugá Empresa Social del Estado y/o terceros como consecuencia de acciones u omisiones culposas y/o error negligente y/o culpa grave imputable a uno o varios funcionarios que ocupen los cargos asegurados, la cobertura se extiende a cubrir los gastos de defensa en los que deban incurrir los asegurados para su defensa en cualquier tipo de investigación y/o proceso en el que este defendiendo su responsabilidad..."**

### PRUEBAS

Aporto al proceso las siguientes:

- 1.- Copia de los Contrato de Prestación de servicios Suscritos entre **VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S** y la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, relacionados en los hechos del llamamiento, junto con las pólizas.
- 2.- Certificado de Existencia y Representación Legal de **VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S**, expedida por la Cámara de Comercio de Bogotá sede Fusagasugá.
- 3.- Contrato de Prestación de Servicios Suscritos entre **SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MF J IPS SAS** y la E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, relacionados en los hechos del llamamiento, junto con las pólizas
- 4.- Certificado de Existencia y Representación Legal de **SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MF J IPS SAS**, expedida por la Cámara de Comercio de Bogotá sede Fusagasugá.
- 5.- Copia de la póliza de seguro de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales, número 17-03-101000972 con vigencia desde el 17/05/2017 hasta el 24/02/2017, expedida por la Compañía de Seguros del Estado.
- 6.- Certificado de Existencia y Representación Legal de la compañía de Seguros del Estado S. A., expedido por la Súper Intendencia Financiera de Colombia.

### FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento el presente llamamiento en garantía en el Artículo 55 y s.s., del Código de Procedimiento Civil y demás normas concordantes.

### NOTIFICACIONES

Las notificaciones serán recibidas así:

La demandada Empresa Social del Estado, Hospital San Rafael de Fusagasugá y la suscrita Abogada, recibiremos notificaciones en la Transversal 12 No. 22 - 51 Barrio San Mateo del Municipio de Fusagasugá, teléfonos: (57 1) 867 8404, e-mail: [juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co](mailto:juridica@hospitaldefusagasuga.gov.co), celular 3006553496.

La llamada en garantía **VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S**, en su dirección General ubicada en calle 57 No. 36 A- 47 OFICINA 302 de la ciudad de Bogotá e- mail:[jccp2000@gmail.com](mailto:jccp2000@gmail.com).

JCC



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**

*"Hospital humano, hospital comprometido"*

**E.S.E - II NIVEL**

193

La Llamada en Garantía **SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MF J IPS SAS** podrá ser notificada en la carrera 7 No. 72-64 casa 219 de la ciudad de Bogotá , e-mail:asesoriascontablespma@hotmail.com.

La llamada en garantía Seguros del Estado, podrá ser notificada en la calle 83 No. 19-10, teléfono 6917963 de la ciudad de Bogotá, D.C.

De la Señora Juez,

Atentamente,



**MONICA ALEJANDRA PACHON CASTILLO**  
C.C. No. 39'628.135 de Fusagasugá  
T.P. No. 165.334 del C. S. la J.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

**CONTRATO DE APOYO A LA GESTION No. 509-2016**

<b>CONTRATISTA</b>	<b>VISION HUMANA INTEGRAL SAS</b>
<b>IDENTIFICACION</b>	<b>900.839.270-9</b>
<b>DIRECCION</b>	<b>CALLE 48 No.26-30 AP.504</b>
<b>TELEFONO</b>	<b>3168477678</b>
<b>OBJETO</b>	<b>Prestar los servicios especializados en el subproceso de oftalmología</b>
<b>VALOR</b>	<b>\$200.000.000</b>
<b>PLAZO DE EJECUCION</b>	<b>CUATRO (4) MESES</b>
<b>FECHA</b>	<b>MARZO 1 DE 2016</b>

Entre los suscritos a saber **JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.442.689 de Bogotá, actuando en calidad de Gerente y como tal representante legal de **LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSA**, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nomenclación No. 0200 de Julio 4 de 2012 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 087 de Julio 9 de 2012, facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos de la presente orden, se denominará **LA EMPRESA**, por una parte y por la otra **JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA** mayor de edad, con domicilio en Bogotá, Cundinamarca, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía Número 79.654.935, de Bogotá, quien en condición de director médico y representante legal de **VISION HUMANA INTEGRAL SAS**, con NIT: 900.839.270-9, como figura en el certificado de Cámara de Comercio de Bogotá con matrícula 02563358, quien para los efectos del presente contrato de Prestación de Servicios Profesionales se denominará el **CONTRATISTA**; hemos acordado celebrar la presente orden, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Resolución No. 206 del 7 de Diciembre de 2015, el Consejo Superior de Política Fiscal de Cundinamarca "CONFISCUN" aprobó el Presupuesto de Ingresos y Gastos de las Empresas Sociales del Departamento de Cundinamarca, para la vigencia fiscal de 2016.2) Que **LA EMPRESA** efectuó el estudio de oportunidad y conveniencia para la contratación de un **OFTALMOLOGO**. 3) Que la Subgerencia Científica, solicita la contratación de personal externo que no genere vínculo laboral con **LA EMPRESA**, certificando que no existe personal suficiente e idóneo en la planta de personal para la realización de las operaciones asistenciales en la prestación de los servicios especializados en oftalmología. 4) Que **EL CONTRATISTA** presentó propuesta a **LA EMPRESA** como **OFTALMOLOGO**. 5) Que la propuesta presentada se ajusta a los términos establecidos en el estudio de oportunidad y conveniencia. 6) Que existe disponibilidad presupuestal para efectuar la presente orden. 7) Que con el fin de cumplir con los requerimientos del área asistencial se hace necesario proceder a la contratación de personal externo que no genere vínculo laboral, a fin de prestar una adecuada y oportuna prestación del servicio, en los términos de los fines del estado implícitos en el artículo 2 de la Constitución Política de Colombia. 8) Que el artículo 209 de la Constitución establece entre otras cosas, la primacía del interés general sobre el particular, la ley 100 de 1993 en concordancia con el decreto 1876 de 1994 establece el régimen de contratación privado para las Empresas Sociales del Estado y el modo de contratación directa incito el artículo 25 del Acuerdo 008 de 2014 que establece los casos específicos de contratación directa conforme lo señala el Literal h. "Cuando se trate de contratos de prestación de servicios o de apoyo a la Gestión, incluidos los contratos de este tipo que se hagan por el sistema de productividad.". 9). Que mediante oficio Nro. 00448 de fecha marzo 22 de 2012 el MINISTERIO DEL TRABAJO Y LA PROTECCION SOCIAL en relación con el talento humano en el Sector Salud permiten que hasta tanto se realicen los estudios y análisis mencionados y se adelante su implementación progresiva, en aras de garantizar la prestación del servicio de salud a la población, las Empresas Sociales del Estado deben evaluar las necesidades para la



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

gestión del talento humano y adoptar las medidas transitorias correspondientes, sin desconocer los lineamientos de la Corte Constitucional contenidos en la Sentencia C-614.2009, pudiendo utilizar entre otras la figura de contratación de prestación de Servicios profesionales. 10) Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar la presente orden, la cual se regirá por el régimen privado y demás normas reglamentarias. **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO:** Apoyar a LA EMPRESA en prestar los servicios especializados en el subproceso de oftalmología. **CLAUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En desarrollo del objeto de la presente orden, El CONTRATISTA se compromete para con el Hospital dentro de sus instalaciones a

1. La prestación de los servicios deberá ser realizada por médicos especialistas en OFTALMOLOGIA, egresados de Universidad reconocida por el Estado a través del ICFES o con validación nacional a títulos obtenidos en el exterior.
2. Acreditar experiencia laboral como especialista certificada en el área mínimo de un (1), año en IPS Públicas o privadas.
3. Es importante aclarar que los pacientes cuyas EPS que sean atendidos en las Instalaciones y que no tengan ningún tipo de vinculación contractual con la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá serán cargados en su totalidad al contratista.
4. Garantizar una cobertura del servicio continua y presencial de acuerdo con la oferta de Servicios, establecida por la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá y que será concertada con la Subgerencia Científica mediante acta suscrita y validada en el área jurídica.
5. Ofrecer con oportunidad el Servicio a todos los pacientes que lo requieran, buscando una cobertura integral del usuario de acuerdo con la infraestructura y capacidad tecnológica de la Institución.

**CONDICIONES DEL DESARROLLO DE LOS PROCESOS Y SUBPROCESOS:**

El Contratista en desarrollo del subproceso objeto de la presente contratación debe garantizar el cubrimiento al 100% del mismo, con equipos propios y personal técnico asistencial y profesional, incluyendo auxiliares y secretaria, para lo cual deberá cumplir con las siguientes actividades:

1. Consulta externa especializada
2. Valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos.
3. Cirugía programada y de urgencias
4. Atención del paciente hospitalizado en caso de requerirse; de acuerdo a la demanda del servicio, se puede ampliar el proceso.
5. El desarrollo del subproceso requiere de la participación en los comités creados en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá
6. Para ejecutar el proceso el contratista debe aportar los equipos de computo que se requieran, para el diligenciamiento de Historias clínicas
7. Se deben cumplir los preceptos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, como principio rector.
8. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de éstas por cada servicio habilitado.
9. En desarrollo del subproceso el contratista debe brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud, sin delegar esta responsabilidad.
10. Para garantizar el 100% del subproceso el contratista debe responder las interconsultas que sean solicitadas en máximo una (1) hora.
11. Se debe cumplir con las normas de talento humano del sector salud, para efectos del cubrimiento del subproceso objeto de la invitación.
12. Presentar reporte ejecución del subproceso en edio magnético y escrito, discriminadas por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por el Departamento.
13. El subproceso comprende las actividades docentes asistenciales que se programen en



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.023-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

- los periodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos en la E.S.E. Hospital San Rafael de Fusagasugá.
14. En desarrollo del subproceso se debe participar de los comités Técnico Científicos de Auditoría y seguimiento al riesgo.
  15. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital
  16. Debe mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente
  17. Diligenciar las Historias Clínicas de conformidad con la Resolución 1995 de 1.999 y el sistema implementado por la Institución. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital
  18. Elaborar mensualmente un cuadro con la programación de turnos en el que figuren los médicos especialistas vinculados a la sociedad que van a prestar el servicio con sus respectivos horarios, dentro de los cinco (5), primeros días del mes. Dichos cuadros serán avalados periódicamente por la Subgerencia Científica.

Para el desarrollo del subproceso se requieren de las siguientes actividades relacionadas a continuación:

#### CONSULTA ESPECIALIZADA

Exámenes diagnósticos y de tratamiento:

Biometría ocular

Interferometría ocular,

Recuento de células endoteliales

Ecografía ocular y orbitaria modo a-b

Angiografía digital de retina

Fotografía de segmento anterior y posterior

Queratometría ocular

Campimetría visual computarizada (formato 10.2, 24.2, 60.2, azul-amarillo)

Paquimetría ocular

Tomografía ocular

Procedimientos con laser:

Casulotomía yag laser

Iridectomía yag laser

Trabeculoplastia selectiva yag laser

Sinequiolisis yag laser

#### PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS:

Cirugía de segmento anterior:

Cirugía de catarata por técnica de facoemulsificación y extra capsular convencional,

Implante de lentes faquicos, Resección de pterigio mas injerto libre de conjuntiva,

Resección de tumores de conjuntiva benignos y malignos, Iridoplastias. Lavados y biopsia

de cámara anterior, Reconstrucción de cámara anterior,

Sinequiolisis posteriores y anteriores de segmento anterior, Inyecciones intracamerulares

Cirugía de párpado:

Reconstrucción de párpado, resección de tumores benignos y malignos, corrección de

ectropión, corrección de entropión, dilatación y sondeo de vía lagrimal, punto plastia,

blefaroplastia de párpado superior e inferior, corrección de ptosis de párpado superior con

resección de musculo elevador de párpado, tarsorafía, electrolisis de pestañas, oclusión de

puntos lagrimales, resección de chalazión

Cirugía de glaucoma:

Trabeculectomía, iridectomía, trabeculoplastias

Cirugía de estrabismo:

Corrección de estrabismos horizontales

Cirugía de retina:

Inyecciones intravítreas de medicamentos y antiangiogénicos, biopsias de retina y vítreo,



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.023-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

19-7

- Debe mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. - Diligenciar las historias clínicas de conformidad con la resolución 1995 de 1999 y el sistema implementado por la Institución. Los registros clínicos serán objetos de revisión y auditoría permanente por parte del hospital. - Debe atender solo los pacientes que facturen en la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá. - Elaborar mensualmente un cuadro con la programación de turnos en el que figuren los médicos especialistas vinculados a la sociedad que van a prestar el servicio con sus respectivos horarios, dentro de los cinco (5) días del mes. Dichos cuadros serán avalados periódicamente por la subgerencia científica.

- Los contratistas deberán realizar acompañamiento y ceñirse al desarrollo de las resoluciones 2003 de 2014, resolución 123 de 2012, resolución 1445 de 2006 y decreto 1011 de 2006, y demás normas concordantes que aclaren modifiquen sobre el sistema de garantía de calidad. - El contratista deberá dar lectura y adherirse a las guías y protocolos de los diferentes servicios donde desarrolle su objeto contractual. - El contratista deberá hacer parte de los procesos de mejora continua que adelanta la ESE san Rafael de Fusagasugá.

**CLÁUSULA TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento de la orden a través del Profesional Especializado Área Salud ó quien haga sus veces, en las diferentes sedes de LA EMPRESA. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor de la presente orden en la oportunidad y forma aquí establecida.

**CLÁUSULA CUARTA: TERMINO DE EJECUCION:** El término de ejecución de la presente orden se fija en CUATRO (4) MESES.

**CLÁUSULA QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor de la presente orden se estima en la suma de DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000.00) M/CTE.

Se descontara el (1.5%) por ciento para servicios públicos.

PROCEDIMIENTO	% CONTRATISTA	% HOSPITAL
CONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA E INTERCONSULTA DE OFTALMOLOGIA-	60%	40%
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS CON EQUIPOS PROPIOS	70%	30%
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS CON EQUIPOS DEL HOSPITAL	40%	60%
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN QUIROFANOS PARA HONORARIOS MEDICOS	70%	30%

**NOTA:** Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las EPS.

**PARAGRAFO UNO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudantía, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este caso, cuando el Hospital suministre los servicios profesionales de anestesiólogo o ayudantía quirúrgica, el valor de estos honorarios debe ser para la Institución.

**PARAGRAFO DOS:** En el valor de los derechos de Salas no se reconocerá para el contratista, los materiales de sutura y curación que normalmente los suministra el Hospital deben ser exclusivos para la Institución razón por la cual no se otorgará porcentaje por estos a favor del CONTRATISTA.

**PARAGRAFO TRES:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente preste, de acuerdo con el nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con a EPS por evento. **PARAGRAFO CUATRO:** Cuando el CONTRATISTA suministre los insumos (Lentes Intraoculares, Visco elástico Ampolla), serán reconocidos por el Hospital así:

INSUMO	Valor Contratista
Lente Intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$40.000
Lente Intraocular de cámara anterior	\$ 60.000
Visco elástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$ 22.000
Sutura Nylon 10.0	\$ 22.000
Vicryl 7.0	\$ 34.000



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.023-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

198

Para certificación de los insumos el CONTRATISTA deberá presentar soporte por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por el Jefe de Quirófanos. En el caso que se suministre insumo adicional el CONTRATISTA se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO CINCO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **CLASULA SEXTA: FORMA DE PAGO:** LA EMPRESA pagará a EL CONTRATISTA el valor fijado en la cláusula quinta. Por mensualidad vencida contra presentación de factura y los soportes a la oficina de costos de la institución para su respectiva verificación y certificación. Será requisito para el pago la presentación del informe de ejecución de las operaciones realizadas acompañado de la certificación de cumplimiento expedida por el Supervisor y la respectiva acreditación del pago de aportes de seguridad social establecido en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 828 de 2003, pago de ARP, a su turno el pago estará supeditado al PAC y Flujo de caja. **PARAGRAFO UNO** El Contratista deberá presentar la cuenta mensualmente para su respectivo pago. De las cuentas presentadas por el contratista se descontará un ocho por ciento (08%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se les prestan los servicios. Esta suma de dinero se reembolsará al contratista una vez se certifique por parte de la oficina de Auditoría Médica de la Institución que el período que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron. Los pagos se realizarán en forma mensual. El pago inicial se realizará a 90 días. **PARAGRAFO DOS:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad de EL CONTRATISTA y no tendrá por ello lugar al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **CLASULA SEPTIMA: IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** El valor de la presente orden se respalda por el CDP No. 419 de fecha 26 de febrero de 2016 y con cargo al rubro presupuestal B: Gastos de Operación Comercial 212 Insumos y suministros Hospitalarios, 21209 Otros Insumos y suministros Hospitalarios, 212090801 Compra de Servicios a Terceros del presupuesto de la vigencia fiscal del 2016. **CLASULA OCTAVA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** La presente orden de apoyo estará a cargo de SUBGERENCIA CIENTIFICA o quien haga sus veces. **CLASULA NOVENA: CESIÓN Y SUBCONTRATOS:** EL CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente la presente orden, ni subcontratar con persona natural o jurídica los derechos y obligaciones emanados de la presente orden, sin que medie autorización previa, expresa y por escrito por parte del HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. **CLASULA DECIMA: SUSPENSIÓN:** Las partes contratantes podrán suspender temporalmente la presente orden, mediante la suscripción de un acta en donde conste tal evento, cuando medie alguna de las siguientes causales: 1) Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobadas. 2) A solicitud debidamente sustentada presentada por una de las partes. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución de la orden, ni dará derecho a exigir indemnización sobre costos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en la orden. **CLASULA DECIMA PRIMERA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:** 1) **MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas de la presente orden EL CONTRATISTA autoriza expresamente a LA EMPRESA para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total de la orden, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) de la orden. 2) **PENAL PECUNIARIA:** EL CONTRATISTA se obliga a pagar a LA EMPRESA una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden, a título de indemnización por los perjuicios que ocasionen en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. 3) **CADUCIDAD:** LA EMPRESA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

199

declarará la caducidad de la presente orden, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas, de igual forma **EL CONTRATISTA** autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontadas del valor a pagar de la orden, autorización que se entiende dada con la firma de la presente orden. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN:** La presente orden se dará por terminada en cualquiera de los siguientes eventos: 1) Por el cumplimiento a satisfacción de las prestaciones derivadas de la misma. 2) A solicitud del **CONTRATISTA**, debidamente sustentada, presentada al Supervisor por lo menos con quince (15) días hábiles de antelación. 3) Por acuerdo bilateral. 4) Por caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobados. En cualquiera de los anteriores eventos se deberá suscribir un Acta donde conste el respectivo hecho. Una vez terminada la Orden se procederá a su liquidación, siempre y cuando exista saldo presupuestal a liberar. Para el efecto el Supervisor debe presentar solicitud en tal sentido dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de terminación, anexando: a) Estado de cuenta; b) Certificado de cumplimiento, c) Informe final de ejecución y d) Certificado sobre el cumplimiento o incumplimiento por parte del **CONTRATISTA**. La Liquidación se realizará de común acuerdo dentro de los dos (2) meses siguientes a la terminación. Si vencido este plazo **EL CONTRATISTA** no se presenta a la Liquidación o las partes no llegan a un acuerdo sobre el contenido de la misma, será practicada en forma directa y unilateral por **LA EMPRESA**, la cual se adoptará mediante Acto Administrativo motivado, susceptible de Recurso de Reposición. **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** **EL CONTRATISTA** desarrollará el objeto de la presente orden con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto la orden no genera relación laboral ni prestaciones sociales por parte de la entidad contratante, de conformidad con lo estipulado por el Estatuto General de Contratación **CLÁUSULA DECIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** **EL CONTRATISTA**, con la firma de la presente orden, afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurrido en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9° de la ley 80 de 1993. **CLÁUSULA DECIMA QUINTA: TERMINACIÓN ANTICIPADA:** **LA EMPRESA** se reserva el derecho a dar por terminado en forma unilateral y anticipada el plazo de ejecución de la presente Orden, por la ocurrencia de una o varias de las siguientes causales originadas por **EL CONTRATISTA:** a) Por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones, pactadas en este documento. b) Por incapacidad física, parcial o permanente, certificada por autoridad médica competente. c) Por la imposibilidad de cumplir cualquiera de las actividades inherentes a su profesión u oficio, debido a la falta de idoneidad, destreza o experiencia para desarrollarlas, a juicio del funcionario que ejerce la Supervisión para la debida ejecución de esta Orden. d) Por las reiteradas quejas de los pacientes o de los usuarios de **LA EMPRESA**, relacionadas con el trato a los mismos. **CLÁUSULA DECIMA SEXTA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento de la presente orden que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de ésta, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 de la ley 80 de 1993. **PARÁGRAFO: CLÁUSULA DECIMA SEPTIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá Cundinamarca. **CLÁUSULA DECIMA OCTAVA: REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** La presente orden se entiende perfeccionada con la suscripción de la misma por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1) La existencia del registro presupuestal correspondiente, conforme al artículo 71 del decreto 111 de 1996. **CLÁUSULA DECIMA NOVENA: - NORMATIVIDAD APLICABLE:** De conformidad código de comercio. En caso contrario, se aplicará la disposición civil comercial y aquellas disposiciones concordantes.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

**CLÁUSULA VIGESIMA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución de la presente orden con ocasión de él, se intentará inicialmente por los mecanismos de conciliación, transacción o amigable composición, de acuerdo con la normatividad que regula la solución alternativa de conflictos. **CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: DOCUMENTOS DE LA ORDEN:** Forman parte integral de la presente orden, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio de oportunidad y conveniencia. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) Los presentados por EL CONTRATISTA en su propuesta; d) Registro presupuestal. e) Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA: GARANTIA ÚNICA:** EL CONTRATISTA, deberá constituir a favor de la empresa, la Garantía única abierta otorgada a través de una Compañía de Seguros cuya Póliza Matriz este aprobada por la Superintendencia Bancaria que ampare los siguientes riesgos: a) De cumplimiento en cuantía Equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato y cuatro (04) meses más. b) Calidad En cuantía equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato y cuatro (4) meses más. c) De responsabilidad Civil médica profesional. Para asegurar el pago de los perjuicios que el contratista ocasione a terceros por razón de la ejecución del contrato. En cuantía equivalente al cinco por ciento (5%) del valor del contrato o a 200 SMMLV si el porcentaje no alcanza este valor, vigente por un año. **Parágrafo I. No Debe Excluir Taxativamente La Mal Praxis.** **Parágrafo II-** Si el Hospital es demandado o recibe una reclamación por un hecho derivado de la ejecución del presente contrato por el cual el contratista deba responder deberá hacerlo saber inmediatamente al contratista con el fin de que este se pueda hacer parte y responda a la reclamación, el contratista de manera inmediata exonera al hospital de cualquier tipo de responsabilidad asumiendo la defensa. **Parágrafo:** En caso de llegarse a prorrogar el término contractual, el contratista se compromete a extender las garantías únicas de acuerdo al término prorrogado. **CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA INDEMNIDAD:** Será obligación del CONTRATISTA mantener libre e indemne a la ESE HOSPITAL de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes, de conformidad en las normas vigentes sobre la materia y las que lo modifiquen, sustituyan o adicione. **CLAUSULA VIGESIMA CUARTA GASTOS.** EL CONTRATISTA asumirá todos los gastos que se requieran para el perfeccionamiento de la presente orden. **VIGESIMA SEGUNDA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad.

Para constancia se firma en el Municipio de Fusagasugá - Cundinamarca, al primero (1) de marzo de Dos Mil Dieciséis (2016).

LA EMPRESA

JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES  
GERENTE

EL CONTRATISTA

VISION HUMANA INTEGRAL SAS

GERMAN ALFREDO MANCERA BARRERA  
COORDINADOR Y JURIDICO DE LA UNIDAD DE CONTRATACION

Elaboro: Nancy Laverde



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE APOYO A LA GESTION No. 609-2016	
CONTRATISTA	VISION HUMANA INTEGRAL SAS
IDENTIFICACION	900.839.270-9
DIRECCION	CALLE 46 No.26-30 AP.504
TELEFONO	3168477676
OBJETO	Prestar los servicios especializados en el subproceso de oftalmología
VALOR	\$200.000.000
PLAZO DE EJECUCION	CUATRO (4) MESES
FECHA	MARZO 1 DE 2016

En Fusagasugá Cúndinamarca, al primero (1) de marzo de Dos Mil dieciséis (2016), se reunieron las siguientes personas: El Subgerente científico en calidad de Supervisor de la Empresa, y la Doctor JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA identificado con CC: 79.654.935 en calidad de Contratista se reunieron con el fin de dejar constancia del inicio de la orden.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída y en constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

LUZ HELENA TOBON ACERO  
Supervisor

JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA  
Contratista



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

Fusagasugá, MARZO 1 DE 2016

Doctor (a)  
**LUZ HELENA TOBON ACERO**  
Subgerencia científica

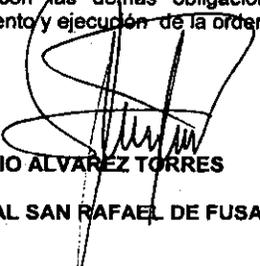
**REF.: CONTRATO DE APOYO A LA GESTION No. 509-2016.**

De manera atenta me permito comunicarle que ha sido usted designado como SUPERVISOR de la orden de la referencia, el cual me permito adjuntarle vía e mail.

Sus funciones como SUPERVISOR corresponden a:

1. Expedir los cumplidos relacionados con la documentación allegada por parte del contratista.
2. Exigir al contratista, la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado.
3. Buscar el cumplimiento de los fines de la presente orden.
4. La correcta ejecución del objeto de la orden de la referencia.
5. Verificar que los pagos efectuados se hagan en desarrollo de lo establecido en la orden.
6. Informar a la Gerencia las modificaciones que deban producirse en desarrollo de la misma para su correcta ejecución.
7. Proteger los derechos de la empresa, del contratista y de los terceros que se puedan ver afectados con la ejecución del objeto contratado.
8. Informar a la Gerencia de la empresa, la fecha de vencimiento del plazo de ejecución de la presente orden.
9. Reportar al contratista, por escrito las fallas o anomalías presentadas en la ejecución del objeto de la orden.
10. Proyectar el acta de liquidación del contrato.
11. Verificar el cumplimiento del contratista, respecto del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales, cajas de compensación familiar (SENA, e ICBF), e informar de ello.
12. Suscribir las Actas de Iniciación y de corte cuando a ello haya lugar.
13. Cumplir con las demás obligaciones que contribuyan a garantizar el cabal cumplimiento y ejecución de la orden.

Atentamente,

  
**JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES**  
GERENTE  
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

203



PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1062 DE 2015

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.			Sucursal CENTRO INTERNACIONAL			Cod. Sucursal 12	No. Póliza 12-44-101135632	Anexo 9	
Fecha Expedición		Vigencia Desde		A las		Tipo de Movimiento			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Horas	Día	Mes	Año
01	03	2016	01	03	2016	00:00	01	11	2016
						09:00			
MISION ORIGINAL									

**DATOS DEL TOMADOR/GARANTIZADO**

Nombre o Razón Social: VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S      Identificación: 900.639.270-9

Dirección: CL 46 NRO. 26 - 30      Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA      Teléfono: 3115228238

**DATOS DEL ASEGURADO/BENEFICIARIO**

Asegurado / Beneficiario: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA      Identificación: 900.680.025-1

Dirección: TV 12 22 51 P 1 SN MATEO      Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA      Teléfono: 8678106

**OBJETO DEL SEGURO**

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan SC00108, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada anexo, Seguros del Estado S.A., garantiza:

EL AMPARAR LOS SERVICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFILIADO EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE APOYO NUMERO 109-2016, DE FECHA 01 DE MARZO DE 2016, CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN EL SUBPROCESO DE OBTENCION DE...

**AMPAROS**

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ANUAL/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/03/2016	01/11/2016	\$20.000.000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	01/03/2016	01/11/2016	\$40.000.000.00

**OBSERVACIONES**

**TEASEGUROS LTDA.**  
SEGUROS GENERALES Y DE VIDA  
Tel: 867 85 29 - 313 890 72 39  
Info: fusa@teaseguros.com  
Calle 6 N° 7 - 63 Piso 1

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
\$ 80,547.00	\$ 7,000.00	\$ 14,007.00	\$ 101,554.00	\$ 60,000,000.00	/ /

INTERMEDIARIO		DISTRIBUCION COMISIONES	
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	VALOR ASEGURADO
TALVICOS EN SEGUROS Y CIA LTDA TEAS	4380	100.00	

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Avenida 39 No 7-88 - Teléfono: 2861882 - BOGOTÁ, D.C.

12-44-101135632

FORMA AUTOGRAFADA, Escrito legible - Garantía de Fianza

(615)770998021167 (6020)110001085168271 (501) 611001555 (907) 26170381

REFERENCIA PAGO:  
1100110661882-7

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186877      CL.P0043600

16  
204



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.R.**

GRAN AVENIDA DE LAS AMERICAS 1000, BOGOTÁ, COLOMBIA

LA ENTIDAD ASEGURADA DEBE OTORGAR LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA Y LA GARANTÍA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO, LAS CUALES DEBERÁN SER GARANTIZADAS POR LA ENTIDAD ASEGURADA A TRAVÉS DE LA PRESENTACIÓN DE LA OFERTA DE LA ENTIDAD ASEGURADA A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES UNITARIAS O SOCIALES, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1082 DE 2015.

NO. \_\_\_\_\_ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

CONTRATO DE GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA Y DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO

**1. AMPAROS.**  
LAS ENTIDADES ASEGURADAS AL CONTRATAR CON EL SEGURO DE GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA Y DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO, SE OTORGAN A LA ENTIDAD ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CONSIGUIERAN LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN O OMISIÓN, PRODUJERE EN LA ENTIDAD ASEGURADA, EN SU CASO, APLICANDO LAS REGLAS DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA Y DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS, RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS, SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.** CUBRE LA ENTIDAD ASEGURADA, EN SU CASO, APLICANDO LAS REGLAS DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA Y DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRORROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES DESDE LA FECHA DE LA OFERTA, EN SU CASO, APLICANDO LAS REGLAS DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA Y DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.
- 1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS, VINCULADO AL HECHO DE QUE LA ENTIDAD ASEGURADA NO HUBIERA OTORGADO LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA Y DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.
- 1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO. CUBRE A LA ENTIDAD ASEGURADA, EN SU CASO, APLICANDO LAS REGLAS DE LA GARANTÍA DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUE A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

17  
205

 **SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**  
NIT. 860.009.578-6

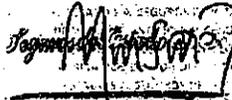
**CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION  
POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA**

Hacemos constar, que la póliza N° 101135932, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTÁ, D.C. a los 01 días del mes de MARZO de 2016

**TEASEGUROS LTDA.**  
SEGUROS GENERALES Y DE VIDA  
Tel: 807 85 29 - 313 890 72 39  
Info.Usa@teaseguros.com  
Calle 8 N° 7 - 63 Piso 1



12-44-101-106932-177-10772177  
FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Gerente de Planes

10  
206

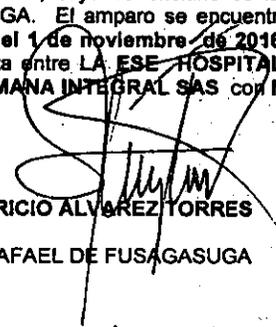


EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1

Fusagasugá, Cundinamarca 01 de marzo de 2016

HACE CONSTAR

Que LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA NIT 890-680.025-1 dio aprobación a la Póliza No. 12-44-101135932 de la entidad aseguradora SEGUROS DEL ESTADO S.A., con Nit. 860.009.578-6, riesgos que ampara CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO y CALIDAD DEL SERVICIO, respectivamente, cuyo beneficiario es la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. El amparo se encuentra estipulado desde el 1 de marzo de 2016 hasta el 1 de noviembre de 2016; con el fin de garantizar la Orden 509-2016 suscrita entre LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA y VISION HUMANA INTEGRAL SAS con Nit. 800.839.270-9

  
JOSE MAURICIO ALVAREZ TORRES  
GERENTE  
ESE SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

Elaboro. Nancy Laverde  
Reviso. Germán Mancera Barbosa

6  
207



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA**

**NIT: 890680025 -1**

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

**EL RESPONSABLE DEL ÁREA DE PRESUPUESTO**

**CERTIFICA**

SECCIÓN 111 REGIONAL 11  
UNIDAD EJECUTORA 11 ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL 419 FECHA DISPONIBILIDAD 26/02/2016  
11:14:30 a.m. FECHA DE VENCIMIENTO 31/12/2016 11:59:59 p.m.**

AÑO FISCAL: 2016 ESTADO: Confirmado

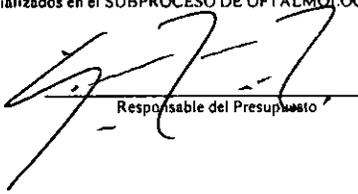
**EL SUSCRITO RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO**

**CERTIFICA**

Que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en el (los) siguiente(s) rubros presupuestal(es).

GASTO	RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR DISPONIBLE	VALOR
212	2120908	01	COMPRA DE SERVICIOS A TERCEROS	3138400000,0000	200.000.000,00
TOTAL:			\$ 200.000.000,00		\$ 200.000.000,00

OBJETO CDP: Servicios Especializados en el SUBPROCESO DE OFTALMOLOGIA.

  
Responsable del Presupuesto

Nombre reporte :  
PSRPGDisponibilidad

Usuario:  1432

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025-1]

20  
208



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT: 890680025

REGISTRO PRESUPUESTAL

Registro 709  
Presupuestal:

Estado : Confirmado

Fecha : 01/03/2016

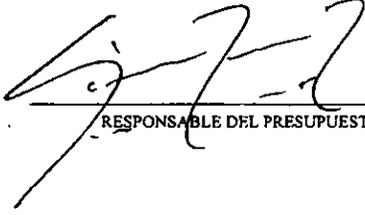
Tercero: 900839270 VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S.

Documento: Otro 509-2016

Objeto Compromiso: Servicios Especializados en el SUBPROCESO DE OFTALMOLOGIA. - Plaz. Ejec. 4 Meses.

Se hizo el registro de el (los) siguiente(s) compromiso(s):

RUBROS					
Disponibilidad	Código	Nombre	Recurso	Tipo de Gasto	Valor
419	2120908	COMPRA DE SERVICIOS A TERCEROS	01 RECURSOS PROPIOS	212 INSUMOS Y SUMINISTROS HOSPITALARIOS	\$ 200.000.000,00
Total Compromiso :					\$ 200.000.000,00

  
RESPONSABLE DEL PRESUPUESTO

Nombre reporte : PSRPGCompromiso

Usuario: 235432

LICENCIADO A: [HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA] NIT [890680025 1]



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1

21  
209

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 390-2017	
CONTRATISTA	VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S.
IDENTIFICACION	NIT 900839270-9
DIRECCION	Calle 57 No. 36 A - 47 Oficina 302 Bogotá, D.C.
CORREO ELECTRONICO	iccp2000@gmail.com
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E., HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
VALOR	\$150.000.000.00
PLAZO DE EJECUCION	SEIS (6) MESES
VIGENCIA	Igual a la ejecución y un (1) mes mas
FECHA	2 DE ENERO DE 2017

Entre los suscritos a saber JOHN CASTILLO MARTINEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará LA EMPRESA y la señor (a) JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 79.654.935; obrando en su condición de representante legal de la VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S., NIT 900839270-9, con matrícula número 02563358 del 16 de abril de 2015; quién para los efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Acuerdo No. 029 del 23 de diciembre de 2016 la Junta Directiva aprobó la desagregación y liquidación del presupuesto. 2) Que LA EMPRESA efectuó el estudio previo para atender la presente contratación, solicitando la contratación de personal externo que no genere vínculo laboral con LA EMPRESA, certificando que no existe personal suficiente e idóneo en la planta de personal, para atender la necesidad descrita. 3) Que EL CONTRATISTA presentó propuesta la cual forma parte integral del presente compromiso y se ajusta a los términos establecidos en el estudio previo. 4) Que existe disponibilidad presupuestal para atender el gasto. 5) Que con el fin de cumplir con los requerimientos del área científica se hace necesario proceder a la contratación de personal externo a fin de prestar una adecuada y oportuna prestación del servicio a cargo de la Institución. 6) Que el artículo 209 de la Constitución Política establece la primacía del Interés general sobre el particular, la ley 100 de 1993 en concordancia con el decreto 1876 de 1994 establece el régimen de contratación privado para la EMPRESA y el modo de contratación directa está indicado en el artículo 32 del Acuerdo 008 de 2014. 7) Que mediante oficio No. 042578 del 22 de marzo de 2012, suscrito por el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, se indica que hasta tanto se realicen los estudios de análisis que permitan dar alternativas para que operen las relaciones laborales en el sector Salud y se adelante su implementación, las entidades deben adoptar medidas transitorias, sin desconocer los lineamientos de la Corte Constitucional contenidos en la Sentencia C-614 de 2009, en consecuencia se podrán utilizar como formas de vinculación, la contratación con terceros y Contratos de prestación de servicios. 8) Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar el presente compromiso, el cual se registrará por las siguientes CLAUSULAS. PRIMERA: OBJETO. PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E., HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA: En desarrollo del objeto del presente contrato, EL CONTRATISTA se obliga para con LA EMPRESA en general, a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigentes y en especial a realizar las siguientes operaciones: 1. Ejecutar el objeto del presente contrato garantizando equipos propios y personal técnico asistencial y administrativo. 2. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 3. Garantizar la entrega de soportes para el proceso de facturación que permitan el adecuado cobro ante las EPS por parte de LA EMPRESA. 4. Cuando se presenten glosas por los servicios del subproceso, deberá dar respuesta y soportar las mismas. 5. Valoración de pacientes. 6. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 7. Valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos. 8. Cirugía programada y de urgencias. 9. Atención del paciente hospitalizado y de urgencia en caso de requerirse; de acuerdo a la demanda del servicio. 10. Participación en los comités creados en LA EMPRESA. 11. Realizar diligenciamiento de Historias clínicas, de conformidad con los lineamientos establecidos por la normatividad vigente. 12. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de éstas por cada servicio habilitado. 13. Brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud. 14. Responder las interconsultas que sean solicitadas en máximo una (1)

TRANSVERSAL 12 No 22-51 B/ SAN MATEO  
Email: hospifusa.adquisiciones@gmail.com

16

John



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NT 890.680.025-1

22  
210

hora. 15. Presentar reporte ejecución del contrato, discriminando por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por LA EMPRESA. 16. Participar y realizar las actividades docente asistencial que se programen en los periodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos por LA EMPRESA. 17. Participar de los comités Técnico Científicos de Auditoría y seguimiento al riesgo. 18. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital. 19. Mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. 20. Ejecutar el proceso de manera integral de acuerdo a los lineamientos de la política de humanización de LA EMPRESA. 21. Ejecutar los procedimientos con fundamento en los lineamientos establecidos en la política de calidad LA EMPRESA. 22. Ejecutar las actividades atendiendo los lineamientos institucionales de seguridad del paciente. 23. Realizar las demás actividades propias de acuerdo con el desarrollo del objeto contractual. **PARRAGAFO UNO:** El contratista se compromete a tener el siguiente Personal mínimo requerido: Profesional del área del conocimiento ciencias de la salud, núcleo básico del conocimiento medicina. Título de postgrado modalidad especialización en Oftalmología. Experiencia profesional no menor de cinco (5) años: Equipo mínimo requerido: Microscopio para cirugía facoemulsificación de catarata y de retina y vítreo, Laser yag, Angiografía digital de retina, Ecógrafo digital, Regla biométrica ocular digital, Queratometro marco, Caja de prismas, Oftalmoscopio, Caja de pruebas de lentes, Lente de argón laser, Especuloscopio. **PARAGRAFO DOS:** Prestar el apoyo necesario para el cumplimiento de las normas relacionadas con el manejo de archivo, tablas de retención documental, gestión documental y soporte documental, desde las actividades de su competencia, en virtud del desarrollo de las actividades y obligaciones propias del presente compromiso, especialmente las contenidas en la Ley 594 de 2000. **TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento del compromiso a través del funcionario designado por la Gerencia. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor del presente contrato en la oportunidad y forma aquí establecida. **CUARTA: TERMINO DE EJECUCION Y VIGENCIA:** SEIS (6) MESES a partir del acta de inicio. **VIGENCIA:** Igual a la ejecución y un (1) mes más, contado a partir de la suscripción del contrato. **QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$150.000.000.00). **SEXTA: FORMA DE PAGO:** LA EMPRESA, pagará al contratista el valor fijado en mensualidades de acuerdo a la certificación que emita el supervisor contra presentación de Factura y los soportes para su respectiva verificación. De la cuenta presentada se descontará al contratista un OCHO POR CIENTO (8%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se les prestan los servicios. La suma de dinero se reembolsará al contratista una vez se certifique por parte de la Oficina de Cuentas Médicas de la Institución que el periodo que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron y no fueron aceptadas por el Hospital. Adicionalmente, se descontará EL CINCO POR CIENTO (5%), por concepto de servicios públicos. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica, los servicios solicitados serán, los relacionados a continuación:

PROCEDIMIENTO	% Contratista	% Hospital
Consulta por medicina especializada e interconsulta de oftalmología	50%	50%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos propios	60%	40%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos del Hospital	40%	60%
Procedimientos realizados en Quirófanos, por Honorarios Médicos	70%	30%

NOTA: Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las EPS.

Cuando el contratista suministre Lentes intraoculares, Visco elástico Ampolla, serán reconocidos por LA EMPRESA así:

INSUMO	Valor Contratista
Lente Intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$ 40.000,00
Lente Intraocular de cámara anterior	\$ 80.000,00
Viscoelástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$ 22.000,00
Sutura Nylon 10.0	\$ 22.000,00
Viscyl 7.0	\$ 34.000,00

**PARAGRAFO UNO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudantía, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este caso, cuando el Hospital suministre los servicios profesionales de anestesiólogo o ayudantía quirúrgica, el valor de estos honorarios debe ser para la institución. **PARAGRAFO DOS:** Al valor de los derechos de Salas no se reconocerá para el contratista, los materiales de sutura y curación que normalmente los suministra el Hospital deben ser exclusivos para la Institución razón por la cual no se otorgará porcentaje por, estos a favor del CONTRATISTA. **PARAGRAFO TRES:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente preste, de acuerdo con el nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con la EPS por evento. **PARAGRAFO CUATRO:** Para certificación de los insumos el CONTRATISTA deberá presentar soporte

*José R.*



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.0251

211

por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por el Jefe de Quirófanos. En el caso que se suministre insumo adicional el CONTRATISTA se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO QUINTO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla de pago del sistema general de seguridad social integrada (Salud, pensión y riesgos nivel III) conforme lo señala el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828, Informe de actividades, el pago estará supeeditado al PAC y flujo de Caja. **PARAGRAFO SEXTO:** Para el último pago se debe anexar Paz y salvo debidamente diligenciado, donde se certifique la devolución de activos fijos a su cargo utilizados y proporcionados para el desarrollo del objeto contractual y de propiedad de la Empresa, si a esto hubiera lugar. En el evento de continuar su contratación el paz y salvo no será necesario. **SEPTIMA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El valor del presente compromiso se respalda con el certificado de disponibilidad presupuestal No. 141 de fecha 2 DE ENERO DE 2017. Rubro 2120908, concepto: COMPRA DE SERVICIOS A TERCEROS con cargo al Presupuesto de la vigencia fiscal de 2017. **OCTAVA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** El presente contrato será supervisado por el titular de la subgerencia científica, quien con la suscripción del acta de inicio se entenderá notificado de la presente designación y cumplirá las obligaciones indicadas en el artículo 44 del acuerdo 08 de 2014 y resolución 035 de 2015 emitida por la Gerencia. **NOVENA: CESIÓN Y SUBCONTRATOS:** EL CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato; ni subcontratar con persona natural o jurídica los derechos y obligaciones emanados del presente contrato, sin que medie autorización previa, expresa y por escrito por parte de la EMPRESA. **DECIMA: SUSPENSIÓN:** Las partes contratantes podrán suspender temporalmente el compromiso, según los lineamientos del artículo 48 del Estatuto de Contratación de la EMPRESA. **DECIMA PRIMERA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:** 1. **MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente compromiso EL CONTRATISTA autoriza expresamente a LA EMPRESA para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total del compromiso, sin que la sumatoria de las mismas supere el diez por ciento (10%) del valor del compromiso. Para hacer efectiva la multa deberá mediar no menos de 5 días desde la fecha del requerimiento realizado al CONTRATISTA, siempre y cuando su respuesta no sea satisfactoria y se sea realizado dentro del término otorgado por la EMPRESA, el cual no podrá ser superior a 3 días. 2. **PENAL PECUNIARIA:** EL CONTRATISTA se obliga a pagar a LA EMPRESA una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del compromiso, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, las que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. 3. **CADUCIDAD:** LA EMPRESA declarará la caducidad del presente contrato, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARAGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas, de igual forma EL CONTRATISTA autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontadas del valor a pagar del compromiso, autorización que se entiende dada con la firma del presente documento. **DECIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se dará por terminada en cualquiera de los siguientes eventos: 1. Por el cumplimiento a satisfacción de las prestaciones derivadas de la misma y/o expiración del plazo de vigencia sin que medie adición o prórroga. 2. Por acuerdo bilateral. 3. Por caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobados. En los eventos de los numerales numerados con 2 y 3, se deberá suscribir acta donde conste tal hecho. Una vez terminado el compromiso se procederá a su liquidación, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 47 del Acuerdo 08 de 2014. **PARAGRAFO:** LA EMPRESA, podrá disponer la terminación anticipada de manera discrecional del compromiso, cuando sobrevengan circunstancias que atenten contra la prestación de los servicios a cargo de la Institución. **DECIMA TERCERA: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** EL CONTRATISTA desarrollará el objeto del presente contrato con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto el compromiso no genera relación laboral ni pago de prestaciones sociales por parte de la EMPRESA. **DECIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma del presente contrato, afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9° de la Ley 80 de 1993. **DECIMA QUINTA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento del presente contrato que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de ésta, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993. **PARAGRAFO:** LA EMPRESA se reserva el derecho a dar por terminado en forma unilateral y anticipada el plazo de ejecución del presente contrato, por la ocurrencia de una o varias de las siguientes causales originadas por EL CONTRATISTA: a) Por el



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA,  
NIT 890.680.025-1

incumplimiento de las obligaciones, pactadas en este documento. b) Por incapacidad física, parcial o permanente, certificada por autoridad médica. c) Por la imposibilidad de cumplir cualquiera de las actividades inherentes a su profesión u oficio, debido a la falta de idoneidad, destreza o experiencia para desarrollarlas; a juicio del funcionario que ejerce la Supervisión para la debida ejecución del compromiso. d) Por las reiteradas quejas de los pacientes o de los usuarios de LA EMPRESA, relacionadas con el trato a los mismos. **DECIMA SEXTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá - Cundinamarca. **DECIMA SEPTIMA.- REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato, se entiende perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1. La existencia del registro presupuestal correspondiente. 2. La presentación de pólizas cuando a ello hubiere lugar. **DECIMA OCTAVA:- NORMATIVIDAD APLICABLE:** La legislación de derecho privado, y las disposiciones especiales en materia de contratación para las E.S.E., y especialmente Acuerdo 008 de 2014. **DECIMA NOVENA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución del presente contrato o con ocasión de él, se intentará inicialmente mediante los mecanismos alternativos para la solución de conflictos, de conciliación. **VIGESIMA: DOCUMENTOS DEL COMPROMISO:** Forman parte integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio previo. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) La Propuesta y documentos presentados por EL CONTRATISTA; d) Registro presupuestal. e) Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **VIGESIMA PRIMERA: INDEMNIDAD:** Será obligación del CONTRATISTA mantener libre e indemne a la EMPRESA de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de modifiquen, sustituyan o adicione. **VIGESIMA SEGUNDA GASTOS:** EL CONTRATISTA asumirá todos los gastos que se requieran para el perfeccionamiento del presente contrato. **VIGESIMA TERCERA: NOTIFICACIONES:** El CONTRATISTA manifiesta que para efectos de cualquier clase de notificación AUTORIZA al HOSPITAL, para que todos los actos que se emitan y expidan en virtud del compromiso contractual suscrito le sean notificados electrónicamente al correo jccp2000@gmail.com de acuerdo con lo previsto en los artículos 53, 56 y 67 numeral 1 de la Ley 1437 de 2011. **VIGESIMA CUARTA: POLITICA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:** Mediante la suscripción del presente compromiso las partes declaran: 1) Cumplen con las normas generales y particulares sobre control y prevención de Lavado de Activos. 2) Adoptaron medidas, códigos de conducta y demás requerimientos para la prevención de Lavado de activos y Financiación de Terrorismo. 3) En el desarrollo de la actividad objeto del presente contrato, desplegarán todos sus esfuerzos para cumplir estrictamente con todas las normas de precaución y prevención de lavado de activos y financiación de Terrorismo. 4) Mantendrá soportes documentales de todas las normas, procedimientos y manuales que a su interior desarrolle para la prevención y control de lavado de activos, en desarrollo de lo mencionado en puntos anteriores. **VIGESIMA QUINTA: POLIZAS:** El CONTRATISTA, se compromete a constitución una póliza a favor de la Institución que cubra los siguientes amparos: A) CUMPLIMIENTO en cuantía equivalente al 10% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y 4 meses más. B) CALIDAD DEL SERVICIO, en cuantía equivalente al 15% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y 1 año más. C) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACTA CONTRACTUAL. En cuantía equivalente al 30% del valor del compromiso y cuya vigencia será igual a la del contrato y tres (3) meses más. D) POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. En cuantía equivalente a 500 salarios mínimos mensuales legales vigentes y cuya vigencia será igual a la del contrato y un (1) año más. **VIGESIMA SEXTA: MANIFESTACIÓN:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad del juramento que las obligaciones y actividades consignadas en el presente compromiso, las desarrollará atendiendo los criterios de idoneidad y veracidad de la información. Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad. Para constancia se firma en el municipio de Fusagasugá - Cundinamarca, a los dos (02) días del mes de enero de dos mil diecisiete (2017).

LA EMPRESA

JOHN CASTILLO MARTINEZ  
GERENTE

EL CONTRATISTA

JOAN CARLOS CONTRERAS PARRA  
C.C. No. 79.984.936  
Representante  
VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S.

Preparado y Revisado: *[Firma]*  
Revisado: *[Firma]*  
Dra. Zaira Patricia Rodríguez  
Coordinadora Gestión Jurídica



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1

ACTA DE INICIO

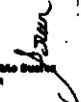
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 390-2017	
CONTRATISTA	VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S.
IDENTIFICACION	NIT 900839270-9
DIRECCION	Calle 57 No. 36 A - 47 Oficina 302 Bogotá, D C.
CORREO ELECTRONICO	Jccp2000@gmail.com
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E., HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
VALOR	\$150.000.000.00
PLAZO DE EJECUCION	SEIS (6) MESES
VIGENCIA	Igual a la ejecución y un (1) mes mas
FECHA	2 DE ENERO DE 2017

En Fusagasugá Cundinamarca, a los dos (02) días del mes de enero de dos mil diecisiete (2017), se reunieron las siguientes personas: el subgerente Científico como supervisor del compromiso designado por la gerencia y el señor (a) JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, con C.C. No. 78.654.935, representante legal de la VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S., con NIT 900839270-9 como contratista, con el fin de dejar constancia del inicio de las operaciones objeto contractual.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída, en constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

  
ANDREI ROJAS MARTÍNEZ  
SUPERVISOR DEL CONTRATO

  
JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA  
Representante Legal  
VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S.  
CONTRATISTA

  
Proyectista y Revisor  
Lider de Contratación

214 26  
# 72

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.			Sucursal CENTRO INTERNACIONAL			Cod. Sucursal 12	No.Póliza 12-44-101150399	Anexo 0
Fecha Expedición Día Mes Año 01 02 2017			Vigencia Desde Día Mes Año 03 01 2017			A las Horas 00:00	Vigencia Hasta Día Mes Año 03 08 2018	
						A las Horas 00:00	Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

Nombre o Razon Social: VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S. Identificación: 900.839.270-9

Dirección: CL 46 NRO. 26 - 30 Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA Teléfono: 3116226236

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

Asegurado / Beneficiario: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Identificación: 890.880.025-1

Dirección: TV 12 22 51 P 1 8N MATEO Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA Teléfono: 8676106

**OBJETO DEL SEGURO**

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan ECU010B, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada amparo, Seguros del Estado S.A., garantiza:

SE AMARAN LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFIANZADO EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 390-2017, DE FECHA 02 DE ENERO DE 2017, CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OPTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGU/ACTUAL
	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	03/01/2017	03/12/2017	\$15,000,000.00
	CALIDAD DEL SERVICIO	03/01/2017	03/08/2018	\$22,500,000.00

**OBSERVACIONES**  
ADRIANA MARTINEZ.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Hospital San Rafael Fusagasuga

12-44-101150399

PROBADA

Valor Prima Neta \$ *****197,178.00	Gastos Expedición \$ *****7,000.00	IVA \$ *****38,793.00	Total a Pagar \$ *****242,971.00	Valor Asegurado Total \$ *****37,500,000.00	Fecha Límite de Pago / /
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TECNICOS EN SEGUROS Y CIA LTDA TEAS	4380	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Avenida 39 No 7-85 - Teléfono: 2881662 - BOGOTÁ, D.C.

*M. S. M.*



REFERENCIA PAGO:  
1100110617689-0

*[Signature]*

12-44-101150399  
FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas

FIRMA TOMADOR

215 27  
73

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.			Sucursal CENTRO INTERNACIONAL			Cod. Sucursal 12		No. Póliza 12-40-101030860		Anexo 0	
Fecha Expedición Día Mes Año 01 02 2017			Vigencia Desde Día Mes Año 03 01 2017			A las Horas 00:00		Vigencia Hasta Día Mes Año 03 11 2017		A las Horas 00:00	
Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

Nombre o Razon Social: **VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S** Identificación: 900.839.270-9

Dirección: Cra. 90-20 - 30 Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA Teléfono: 3116226238

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

Asegurado / Beneficiario: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA** Identificación: 890.880.025-1

Dirección: TV 12-22 51 P 1 SN MATEO Ciudad: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA Teléfono: 8676106

**OBJETO DEL SEGURO**

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan E-RCE-002A REDIS 04-09 / E-RCE-001A, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada amparo, Seguros del Estado S.A., garantiza:

SE AMPLÍAN LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFIANZADO EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 390-2017, DE FECHA 02 DE ENERO DE 2017, CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

NOTA: BENEFICIARIOS TERCEROS AFECTADOS.

**AMPAROS**

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	03/01/2017	03/11/2017	\$45.000.000.00

DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV

**OBSERVACIONES**

ADRIANA MARTINEZ.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Hospital San Rafael Fusagasuga

Póliza No. 12-40-101030860

**APROBADA**

Prima

Valor Prima Neto	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
\$ *****149,917.00	\$ *****0.00	\$ *****28,484.00	\$ *****178,402.00	\$ *****45,000,000.00	01 / 02 / 2017

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TECNICOS EN SEGUROS Y CIA LTDA TEAS	4380	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Avenida 39 No 7-88 - Telefono: 2881662 - BOGOTA, D.C.

*Manuel Sarmiento*



REFERENCIA PAGO:  
1100110617694-8

*[Signature]*



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
 "Hospital humana, hospital comprometido"  
 E.S.E - H NIVEL

**PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 828-2017**

<b>CONTRATISTA</b>	<b>VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S</b>
<b>IDENTIFICACION</b>	<b>NIT 900839270-9</b>
<b>DIRECCION</b>	<b>CALLE 67 No. 36* -47 Oficina 302 Bogotá D.C.</b>
<b>OBJETO</b>	<b>PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
<b>VALOR</b>	<b>CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50.000.000) M/CTE</b>
<b>PLAZO DE EJECUCION</b>	<b>02 Dos Meses</b>
<b>FECHA</b>	<b>01 DE JULIO DE 2017</b>

Entre los suscritos a saber JOHN CASTILLO MARTINEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521 de Villota - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará LA EMPRESA Y JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.79.654.935, obrando en su condición de representante legal de la VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S NIT. No. 900839270-9, sociedad debidamente constituida según consta en el Certificado de Existencia y Representación aportado y que cuenta con matrícula No 02563358 del 16 de abril de 2015, quién para los efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Acuerdo No. 029 del 23 de diciembre de 2016 la Junta Directiva aprobó la desagregación y liquidación del presupuesto. 2) Que LA EMPRESA efectuó el estudio previo para atender la presente contratación, con el fin de atender la necesidad descrita. 3) Que EL CONTRATISTA presentó propuesta la cual forma parte integral del presente compromiso y se ajusta a los términos establecidos en el estudio previo. 4) Que existe disponibilidad presupuestal para atender el gasto. 5) que la presente contratación se rige por lo establecido el artículo 32 del Acuerdo 008 de 2014. 6). Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar el presente compromiso, el cual se regirá por las siguientes CLAUSULAS. PRIMERA: OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA: 1. Ejecutar el objeto del presente contrato garantizando equipos propios y personal técnico asistencial y administrativo 2. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 3. Garantizar la entrega de soportes para el proceso de facturación que permitan el adecuado cobro ante las EPS por parte de LA EMPRESA 4. Cuando se presenten glosas por los servicios del subproceso, deberá dar respuesta y soportar las mismas. 5. Realizar la Valoración de pacientes. 6. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 7. Valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos. 8. Realizar las Cirugías programadas y de urgencias. 9. Atender al paciente al paciente hospitalizado y de urgencias en caso de requerirse; de acuerdo a la demanda del servicio. 10. Participación en los comités creados en LA EMPRESA. 11. Realizar diligenciamiento de Historias clínicas, de conformidad con los lineamientos establecidos por la normatividad vigente. 12. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de éstas por cada servicio habilitado. 13. Brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud. 14. Responder las interconsultas que sean solicitadas en máximo una (1) hora. 15. Presentar reporte ejecución del contrato, discriminando por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por LA EMPRESA. 16. Participar y realizar las actividades docente asistencial que se programen en los periodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos por LA EMPRESA. 17. Participar de los comités Técnico Científicos de Auditoría y seguimiento al riesgo. 18. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital. 19. Mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. 20. Ejecutar el proceso de manera integral de acuerdo a los lineamientos de la política de humanización de LA EMPRESA. 21. Ejecutar los procedimientos con fundamento en los lineamientos establecidos en la política de calidad LA EMPRESA. 22. Ejecutar las actividades atendiendo los lineamientos institucionales de seguridad del paciente. 23. Realizar las demás actividades propias de acuerdo con el desarrollo del objeto contractual. TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA: 1) Ejercer el control sobre el

TRANSVERSAL 12 No 22-51 B/ SAN MATEO  
 Email: [hospifusa.aduisiones@gmail.com](mailto:hospifusa.aduisiones@gmail.com)

28  
216



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
 "Hospital humano, hospital comprometido"  
 E.S.E - II NIVEL

cumplimiento del compromiso a través del funcionario designado por la Gerencia. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor del presente contrato en la oportunidad y forma aquí establecida. **CUARTA: TERMINO DE EJECUCION Y VIGENCIA: HASTA EL 31 DE DICIEMBRE** a partir del acta de inicio. **QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50.000.000) **M/CTE SEXTA: FORMA DE PAGO: LA EMPRESA.** La E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá, pagará al contratista el valor fijado en mensualidades de acuerdo a la certificación que emita el supervisor contra presentación de factura y los soportes para su respectiva verificación. De la cuenta presentada se descontará al contratista un Ocho por ciento (8%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se le prestan los servicios. La suma de dinero se reembolsará la contratista una vez se certifique por parte de la Oficina de Cuentas Médicas de la Institución que el periodo que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron y no fueron aceptadas por el Hospital. Se descontará el cinco (5%), por concepto de servicios públicos. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica y los servicios solicitados serán, los relacionados a continuación:

PROCEDIMIENTO	%CONTRATISTA	% HOSPITAL
Consulta por medicina especializada e interconsulta de Oftalmología.	50%	50%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos propios	60%	40%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos del Hospital	40%	60%
Procedimientos realizados en Quirófanos por Honorarios Médicos	70%	30%

**NOTA:** Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las E.P.S Cuando el CONTRATISTA suministre los insumos (Lentes Intraoculares, Viscoelástico Ampolla, Sutura Nylon 10/0, Vicryl 7/0, Lente Plegable, Cuchillete 15G, Cuchillete 15G, Cuchillete 2.75 y Azul Trepan de Catarata), serán reconocidos por la Empresa, así:

INSUMO	VALOR CONTRATISTA
Lente intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$40.000
Lente Intraocular de cámara posterior	\$60.000
Viscoelástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$22.000
Sutura Nylon 10/0	\$22.000
Vicryl 7/0	\$34.000
Lente Plegable	\$80.000
Cuchillete 15G	\$23.000
Cuchillete 2.75 G	\$58.500
Azul Trepan de Catarata	\$23.000

**PARAGRAFO UNO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudante, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este caso, cuando el Hospital suministra los servicios profesionales de anestesiólogo o ayudante quirúrgico, el valor de estos honorarios debe ser para la Institución. **PARAGRAFO DOS:** Al valor de los derechos de Salas no se reconocerá para el contratista, los materiales de sutura y curación que normalmente los suministra el Hospital deben ser exclusivos para la Institución razón por la cual no se otorgará porcentaje por estos a favor del CONTRATISTA. **PARAGRAFO TRES:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente presta, de acuerdo con el nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con la EPS por evento. **PARAGRAFO CUATRO** Para certificación de los insumos el CONTRATISTA deberá presentar soporte por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por la Jefe de Quirófanos. En el caso que se suministre insumo adicional el CONTRATISTA se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO QUINTO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello el pago de intereses o



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. - N NIVEL

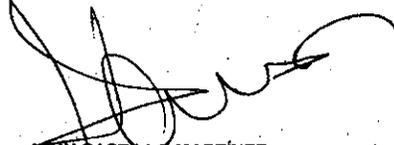
Compensación de ninguna naturaleza. Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla de pago del sistema general de seguridad social integrada (Salud, pensión y riesgos nivel III) conforme lo señala el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828, informe de actividades, el pago estará supeditado al PAC y flujo de Caja. **SEPTIMA IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato se respalda por el certificado de disponibilidad presupuestal No. 512 de fecha 12 DE JUNIO de 2017, rubro 2120908, concepto: COMPREA SERVICIOS A TERCEROS, del presupuesto de la vigencia fiscal 2017. **OCTAVA SUPERVISION:** Estará a cargo del subgerente científico o de quien delegue la gerencia para tal efecto, quien cumplirá las obligaciones indicadas en el artículo 44 del acuerdo 08 de 2014 y resolución 035 de 2015 emitida por la Gerencia. **NOVENA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio de oportunidad y conveniencia. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) Los presentados por EL CONTRATISTA en su propuesta; d) Registro presupuestal. e) Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **DECIMA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO: 1) MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente contrato EL CONTRATISTA, autoriza expresamente a la Empresa para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total de la orden, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) de la orden. 2) PENAL PECUNJARIA: EL CONTRATISTA, se obliga a pagar a LA EMPRESA, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaración de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, las que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. 3) CADUCIDAD: LA EMPRESA declarará la caducidad de la presente orden, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas de igual forma el contratista autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontados del valor a pagar de la orden, autorización que se entiende dada con la firma de la presente orden. **DECIMA PRIMERA: AUSENCIA DE RELACION LABORAL:** EL CONTRATISTA, desarrollará el objeto de la orden con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto el presente compromiso no genera relación laboral ni prestaciones sociales por parte de la Entidad contratante, respecto del contratista o del personal que utilice para el desarrollo del objeto. **DECIMA SEGUNDA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma de este contrato afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9° de la ley 80 de 1993. **DECIMA TERCERA: INTERPRETACION, MODIFICACION Y TERMINACION UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento de la orden que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de éste, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 de la ley 80 de 1993. **DECIMA CUARTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá Cundinamarca. **DECIMA QUINTA: REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1) La existencia del registro presupuestal correspondiente, conforme al artículo 71 del decreto 111 de 1996 y acta de inicio. 2) Aprobación de la póliza, si a ello hubiere lugar. **DECIMA SEXTA: INDEMNIDAD:** El proveedor, acuerda y se obliga en forma irrevocable a mantener indemne al a la empresa de cualquier tipo de reclamación proveniente de terceros, que tenga como causa las actuaciones del proveedor, en desarrollo del objeto contractual. **DECIMA SEPTIMA: POLIZAS:** el CONTRATISTA, se compromete a constituir una póliza a favor de la institución que cubra los siguientes amparos: A) CUMPLIMIENTO en cuantía equivalente al 10% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y cuatro meses más B) CALIDAD DEL SERVICIO y/o BIEN, en cuantía equivalente al 15% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y un (1) año más. C) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRATUAL: en cuantía equivalente al 20% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y tres (3) meses más. **DECIMA OCTAVA: NOTIFICACIONES.** El CONTRATISTA manifiesta que para efectos de cualquier clase de notificación AUTORIZA al HOSPITAL, para que todos los actos que se emitan y expidan en virtud del compromiso contractual suscrito le sean notificados electrónicamente al correo [correoiccp2000@gmail.com](mailto:correoiccp2000@gmail.com), de acuerdo con lo previsto en los artículos



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

53, 56 y 67 numeral 1 de la Ley 1437 de 2011. **DECIMA NOVENA: POLITICA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:** Mediante la suscripción del presente compromiso el contratista declara que: 1) Cumple con las normas generales y particulares sobre control y prevención de Lavado de Activos. 2) Adoptara medidas, códigos de conducta y Demás requerimientos para la prevención de Lavado de activos y Financiación de Terrorismo. 3) En el desarrollo de la actividad objeto del presente contrato, desplegara todos sus esfuerzos para cumplir estrictamente con todas las normas de precaución y prevención de lavado de activos y financiación de Terrorismo. 4) Mantendrá soportes documentales de todas las normas, procedimientos y manuales que a su interior desarrolla para la prevención y control de lavado de activos, en desarrollo de lo mencionado en puntos anteriores. **VIGESIMA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución del presente contrato o con ocasión de él, se intentará inicialmente mediante los mecanismos alternativos para la solución de conflictos, de conciliación. **VIGESIMA PRIMERA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad.

LA EMPRESA



**JOHN CASTILLO MARTÍNEZ**  
Gerente

Proyectó y Revisó:  
Revisó:

Amy Katherine Medellín  
Departamento de Contratación  
Diana Marcela Castilla,  
Lider proceso de Contratación

EL CONTRATISTA



**JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA**  
C.C. N°79.664.936  
VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S.



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

30  
218

ACTA DE INICIO

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 828-2017	
CONTRATISTA	VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S
IDENTIFICACION	NIT 900839270-9
DIRECCION	CALLE 67 No. 38* -47 Oficina 302 Bogotá D.C.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGÍA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
VALOR	CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$50.000.000) M/CTE
PLAZO DE EJECUCION	02 Meses
FECHA	01 DE JULIO DE 2017

En Fusagasugá Cundinamarca, el día primero (01) del mes de julio de dos mil diecisiete (2017), se reunieron las siguientes personas: el Doctor ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ, supervisor del contrato y el señor JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, identificado con cedula de ciudadanía No 79.654.936 en calidad de representante legal de VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S ,contratista, con el fin de dejar constancia del inicio de las operaciones objeto contractual.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída, en constancia se firma por quienes en ella intervinieron

  
ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ  
SUPERVISOR

  
JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA  
C.C. No 79.654.936  
VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S.

Proyectó y Revisó: Ana Katherine Medellín  
Departamento de Contratación  
Revisó: Diana Marcela Cañabate  
Lider proceso de Contratación

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
 NIT. 090.008.578-5

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**  
 DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.		SUCURSAL CENTRO INTERNACIONAL		COD. SUC.	NO. POLIZA	ANEXO
FECHA EXPEDICIÓN DIA MES AÑO 07 07 2017		VIGENCIA DESDE DIA MES AÑO 01 07 2017		VIGENCIA HASTA DIA MES AÑO 31 06 2018		A LAS HORAS 24:00

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**  
 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S. IDENTIFICACIÓN NIT: 900.838.270-9  
 DIRECCIÓN: CL. 44 NRO. 26 - 30 CIUDAD: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 3178226238

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**  
 ASEGURADO / BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA IDENTIFICACIÓN NIT: 890.880.028-1  
 DIRECCIÓN: TV. 12-22-51 P. 1 SN. MATED CIUDAD: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA TELÉFONO: 8878108

**OBJETO DEL SEGURO**  
 CON SUjeción a las condiciones generales de la póliza que se anexa, se garantiza el pago de las sumas aseguradas que el asegurado y el tomador decidieran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada anexo, seguros del estado S.A., ORIGINARIA.  
 SE ANEXAN LAS PERICIAS, DECLARACIONES DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADICIONALES POR EL APLICADO EN EL DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 838-2017, DE FECHA 01 DE JULIO DE 2017, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ORTOFONIA DE LA S.E.S. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

**ANEXOS**

ANEXO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASES/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO CALIDAD DEL SERVICIO	02/07/2017	02/07/2017	\$ 21.500.000,00
	02/07/2017	02/02/2018	\$ 21.500.000,00

**ACLARACIONES**

**TEASEGUROS LTDA**  
 SEGUROS GENERALES Y DE VIDA  
 TEL: 8678579 Cel: 311 890 7239  
 info.fusa@teaseguros.com

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ 25.088,00	\$ 17.000,00	\$ 1.700,00	\$ 43.788,00	\$ 43.000,00	31/06/2018

**PLAN DE PAGO** CONTADO  
 QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AVENIDA 79 NO 7-88 - TELÉFONO: 2811842 - BOGOTÁ, D.C.

*[Firma]*

**TEASEGUROS**  
 12-44-1011580-2

REFERENCIA PAGO: 1100110844708-2

1100110844708-2

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 19-38 BOGOTÁ D.C. TELÉFONO: 2811842



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT 860.009.578-6

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN  
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

No. \_\_\_\_\_ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES
- 1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.
- 1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.
- 1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO, PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS

219-27

ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

- 5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.
- 5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.
- 5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.
- 5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERÁN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

#### 6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL

ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

#### 7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADÉRA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

#### 8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

#### 9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

220

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO  
RCE CONTRATOS

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.		SUCURSAL CENTRO INTERNACIONAL		COD SUC 12	NO. POLIZA 12-00-101032482	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 04 07 2017	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 01 07 2017	A LAS HORAS 24:00	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 01 07 2017	A LAS HORAS 24:00	TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S** IDENTIFICACIÓN: **MIT: 800.800.875**

DIRECCIÓN: **CL 36 NRO. 28 - 30** CIUDAD: **FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **317822258**

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA** IDENTIFICACIÓN: **MIT: 800.800.875**

DIRECCIÓN: **TV 42-22 61 P 1 EN MATEO** CIUDAD: **FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **8876108**

ADICIONAL: **BENEFICIARIO: 88080025 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**

**OBJETO DEL SEGURO**

LOS SERVICIOS Y LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA QUE SE APLICAN A LOS SERVICIOS QUE PRESTAN LOS SERVIDORES DE LA EMPRESA QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO, SERALADO EN CADA VOUCHER, EMISOS DEL ESTADO S.A. GARANTIA.

SE AMARAN LOS SERVICIOS OBTENIDOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ACREDITADAS POR EL AFIANZADO EN DESEMPEÑO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES JUNIO 828-2017, DE FECHA 01 DE JUNIO DE 2017, CUYO OBJETO ES: PRESTACION DE SERVICIOS RESPONSABILIDAD DE CONTINGENCIA DEL ESTADO S.A.S. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

**AMPAROS**

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASBRO/ACTUAL
RIESGO PRESTACION DE SERVICIOS	01/07/2017	01/07/2017	\$10.809.700.00

REDUCCION DE PRIMAS Y OBLIGACIONES: **0**

REDUCIBLE: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - MÍNIMO: 3.00 MDDV**

**DECLARACIONES**

TEASEGUROS LTDA  
SEGUROS GENERALES Y DE VIDA  
Tel: 8678529 Cel: 313.890.7239  
info.nusa@teaseguros.com  
C.V. CAJASQUEPUNO

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ 20,000.00	\$ 0.00	\$ 3,800.00	\$ 23,800.00	\$ 10,000,000.00	03 / 07 / 2017

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TECHICOS DE SERVICIOS CIA LTDA YEAR	1180-5	100.00			

**PLAN DE PAGO** CONTADO

LA FIRMA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS, SURTE EFECTO CON FUNDAMENTO EN ELA, PRODUCE LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DA FUERZA DE PAGO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXCER EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LAS OBLIGACIONES QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES Y CORRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AVENIDA 38 NO 7-88 - TELEFONO: 281682 - BOGOTÁ, D.C.

*[Firma Autorizada]*

**FIRMA AUTORIZADA**

12-00-101032482

OFICINA PERSONAL: CRA. 11 NO. 36-30 BOGOTÁ D.C. TELÉFONO: 288977

REFERENCIA PAGO: 120110844708-7

12-00-101032482

OFICINA PERSONAL: CRA. 11 NO. 36-30 BOGOTÁ D.C. TELÉFONO: 288977

VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE ECONOMIA



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NT 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
EXTRA CONTRACTUAL PARA CONTRATISTAS DE ENTIDADES ESTATALES  
RCE SEGURESTADO ESTATAL**

**CONDICIONES GENERALES**

No. \_\_\_\_\_

**CLÁUSULA PRIMERA**

**1. AMPAROS**

**1.1 AMPARO BÁSICO: PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

SEGUROS DEL ESTADO S.A. QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO, EN VIRTUD DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE PÓLIZA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE, SIN EXCEDER DEL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA LUCRO CESANTE SE ESTABLECE EN LA CARÁTULA) QUE LE CAUSE EL ASEGURADO, CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AFIANZADO ESTIPULADO EN ESTA PÓLIZA Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, DE CARÁCTER ACCIDENTALES, SÚBITOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES AL ASEGURADO, QUE ORIGINEN LA MUERTE, LESIÓN O MENOSCABO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS Y/O EL DAÑO O LA DESTRUCCIÓN DE BIENES Y/O PERJUICIOS ECONÓMICOS, INCLUYENDO LUCRO CESANTE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE TALES HECHOS.

LA PRESENTE PÓLIZA TIENE COMO PROPÓSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VÍCTIMA, LA CUAL, EN TAL VIRTUD, SE CONSTITUYE EN EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACIÓN, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE SE LE RECONOZCAN AL ASEGURADO (INCLUYENDO LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES A QUE SEA CONDENADO, MEDIANTE SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA, HASTA EL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES ASUMA EL ASEGURADO, ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA).

LA VÍCTIMA TIENE ACCIÓN DIRECTA CONTRA SEGURESTADO. PARA ACREDITAR SU DERECHO ANTE ELLA, LA VÍCTIMA EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA PODRÁ EN UN SOLO PROCESO JUDICIAL, DEMOS-

TRAR TANTO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DEMANDAR LA INDEMNIZACIÓN DE SEGURESTADO, PERO ESTA ÚLTIMA PODRÁ Oponer a LA VÍCTIMA, TODAS LAS EXCEPCIONES QUE HUBIERE PODIDO ALEGAR CONTRA EL TOMADOR O EL ASEGURADO.

SEGURESTADO RECONOCERÁ, AL ASEGURADO, INCLUIDA EN LA SUMA ASEGURADA Y HASTA UN DIEZ POR CIENTO (10%) DE LA MISMA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO JUDICIAL QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA, PARA DECLARARLO CIVILMENTE RESPONSABLE, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA.
2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO JUDICIAL CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEGURESTADO, Y
3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO, ÉSTA SOLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA COTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS, EL AMPARO OTORGADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE LIMITA A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE:

1. LA POSESIÓN, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, EN LOS CUALES EL ASEGURADO EJECUTA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO DESCRITO EN ESTE CONTRATO DE SEGUROS.
2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y OBRAS OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO, INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS. ÉSTA COBERTURA INCLUYE TODOS LOS RIESGOS QUE FORMAN PARTE

SE PACTE EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE OBLIGATORIAMENTE TIENE QUE TENER CONTRATADA EL ASEGURADO, AMPARANDO EL(LOS) VEHÍCULO(S) OBJETO DE ESTA COBERTURA ADICIONAL.

CLÁUSULA SEGUNDA

2. EXCLUSIONES

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA NO OPERAN, CUANDO SE PRESENTEN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1 EXCLUSIONES GENERALES

2.1.1 LOS DAÑOS CAUSADOS VOLUNTARIA E INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO O CON SU COMPLICIDAD, O POR PERSONAS QUE SE ENCUENTREN VINCULADAS CON ÉL, POR UN CONTRATO DE TRABAJO O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CON LA COMPLICIDAD DE LAS MISMAS O COMO CONSECUENCIA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

2.1.2 LOS PERJUICIOS QUE SUFRA EL ASEGURADO EN SU PERSONA O EN LOS BIENES DE SU PROPIEDAD O SOBRE LOS QUE EJERZA POSESIÓN O CUSTODIA.- EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE CUBREN TAMPOCO, LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LOS SOCIOS, DIRECTORES, REPRESENTANTES LEGALES Y EMPLEADOS DE LA MISMA, EN SUS PERSONAS O EN SUS BIENES.

2.1.3 LOS PERJUICIOS CAUSADOS AL CÓNYUGE DIVORCIADO O NO, DEL ASEGURADO, SU COMPAÑERO O COMPAÑERA PERMANENTE O A PERSONAS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD.

2.1.4 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO, LOS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES.- SUS TRABAJADORES Y/O CONTRATISTAS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, O SUS APODERADOS GENERALES, CUANDO ELLOS, NO SE ENCUENTREN EJERCIENDO NINGUNA ACTIVIDAD PROPIA DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO.-

2.1.5 LAS OPERACIONES O LOS PRODUCTOS, EN LOS QUE SE EMPLEEN MATERIALES NUCLEARES O RADIOACTIVOS, ASBESTO EN ESTADO NATURAL O POR SUS PRODUCTOS, POLVO QUE CONTENGA FIBRAS DE AMIANTO, VACUNAS Y SUSTANCIAS TALES COMO DIETILESTILBESTROL, OXIGUINOLINA, Y FORMALDEHÍDO.

2.1.6 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, A RAÍZ DE LA INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES U ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETEN-

TE, DE NORMAS TÉCNICAS O DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

2.1.7 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO, RESPECTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EN GENERAL, DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL.

2.1.8 LAS PÉRDIDAS PATRIMONIALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2.1.9 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR DESLIZAMIENTOS DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALESQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA.

2.1.10 LOS PERJUICIOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR GUERRA DECLARADA O NO, ACTOS TERRORISTAS, SUBVERSIVOS O GUERRILLEROS, MOTINES, HUELGAS O CUALQUIER ACTO QUE PERTURBE LA PAZ Y EL ORDEN PÚBLICO.

2.1.11 LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO, POR SU CULPA GRAVE.- CUANDO ÉSTE SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE AMPARARÁN LOS PERJUICIOS QUE CAUSEN SUS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, TRABAJADORES Y PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APODERADOS GENERALES POR SU CULPA GRAVE.

2.1.12 LA CONTAMINACIÓN Y/O POLUCIÓN GRADUAL O PAULATINA DE CUALQUIER ÍNDOLE, LA POLUCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

2.1.13 LAS OPERACIONES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA Y CANADÁ, ASÍ COMO LA ATENCIÓN Y/O EL RESULTADO DE DEMANDAS EN DICHOS PAÍSES.

2.1.14 LOS PERJUICIOS QUE SE ORIGINEN POR LA APLICACIÓN DE DISPOSICIONES Y ÓRDENES DE AUTORIDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA O POR ASUNTOS INVESTIGATIVOS DE CARÁCTER PENAL.

2.1.15 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR VEHÍCULOS, AERONAVES O EMBARCACIONES.

2.1.16 LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA EXTRACCIÓN, FABRICACIÓN, MANIPULACIÓN Y USO DE ASBESTOS Y/O AMIANTO O SUSTANCIAS QUE CONTENGAN DICHAS MATERIAS.

2.1.17 LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.-

**CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:**

- 2.2.3.1 LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR EN LABORES DE SERVICIO PÚBLICO.
- 2.2.3.2 LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR DE PROPIEDAD DE LOS TRABAJADORES DEL CONTRATISTA ASEGURADO.
- 2.3.3.3 LAS PÉRDIDAS O DAÑOS A LOS VEHÍCULOS AUTOMOTORES MATERIA DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO A SUS ACCESORIOS Y A LOS BIENES TRANSPORTADOS EN TALES VEHÍCULOS, INCLUYENDO LAS OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE LOS RIESGOS NO AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE CUBRAN LOS VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS OBJETO DE COBERTURA BAJO ESTE AMPARO.

LA COBERTURA OTORGADA TAMPOCO TENDRÁ APLICACIÓN CUANDO EL(OS) VEHÍCULO(S) ASEGURADO(S) NO SE ENCUENTRE(N) AMPARADO(S) BAJO UN SEGURO DE AUTOMÓVILES CUBRIENDO EL LÍMITE PRIMARIO, CUYO EXCESO ES OBJETO DE LA COBERTURA BRINDADA POR ESTE AMPARO.

#### CLÁUSULA TERCERA

##### 3. DEDUCIBLE

La presente póliza tiene un deducible, que será del diez por ciento (10%) del valor asegurado enunciado en la carátula de la misma. Tal deducible nunca será superior a 2.000 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

#### CLÁUSULA CUARTA

##### 4. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado deberá dar aviso a SEGURESTADO sobre la ocurrencia de todo hecho que pudiere afectar la presente póliza dentro del término legal de tres (3) días contados a partir de la fecha que haya conocido o debido tener conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

Si contra El Asegurado se iniciare algún procedimiento judicial, o fuere citado a asistir a diligencia de conciliación previa por la ocurrencia de un suceso que pudiere afectar esta póliza, deberá dar aviso inmediato a SEGURESTADO, aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del siniestro.

El Asegurado queda obligado a colaborar en su defensa judicial, a facilitar los documentos y demás medios probatorios que busquen la exoneración de responsabilidad o disminuir el monto de la misma y a concurrir a las citaciones que la ley o SEGURESTADO le solicite.

Queda igualmente obligado a realizar todas las diligencias razonables, tendientes a evitar la agravación o aumento de los perjuicios.

Si El Asegurado, por su culpa o negligencia faltare a alguna de las obligaciones arriba descritas, SEGURESTADO deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le cause.

#### CLÁUSULA QUINTA

##### 5. GARANTÍAS

La presente póliza se expide bajo la condición que El Asegurado cumplirá durante toda la vigencia del seguro con las siguientes garantías y compromisos:

- 5.1 El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de SEGURESTADO aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de la póliza cuando es nominativa, so pena de perder todo derecho bajo este contrato de seguro. Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los gastos necesarios para prestar auxilios médicos, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro y de aquellos encaminados a evitar la agravación de un daño. Le son aplicables al Beneficiario reclamante todas las prohibiciones del Asegurado, que por su naturaleza procedan contra él también.
- 5.2 El Beneficiario reclamante y/o El Asegurado cuando directamente reclame, perderán todo derecho derivado de esta póliza cuando lleguen a formular reclamación en alguna manera fraudulenta.
- 5.3 El Asegurado debe mantener vigentes y válidos todos los documentos y certificaciones exigidos por la autoridad competente, para el ejercicio de su actividad.
- 5.4 El Asegurado dentro de su operación o actividad, descrita en la carátula de la póliza, observará todas las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, que rigen su actividad profesional.
- 5.5 El Asegurado se compromete y obliga a mantener en buen estado de conservación y funcionamiento los bienes con los cuales desarrolla su actividad descrita en la carátula de la póliza y comunicará por escrito a SEGURESTADO cualquier modificación o alteración que ocurra a la propiedad o características de los mismos bienes.
- 5.6 El Asegurado no podrá permitir que se le de a los bienes con los cuales desarrolla su actividad descrita en la carátula de la póliza, un uso diferente al normal y



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano - Hospital comprometido"  
E.S.E - H NIVEL

34  
221

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1035-2017	
CONTRATISTA	VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S
IDENTIFICACION	NIT 900839270-9
DIRECCION	CALLE 57 No. 36* -47 Oficina 302 Bogotá D.C.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
VALOR	CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE (\$100.000.000).
PLAZO DE EJECUCION	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017
FECHA	01 DE SEPTIEMBRE DE 2017

Entre los suscritos a saber JOHN CASTILLO MARTINEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, con NIT 890.680.028-1, según Decreto de Nomenclación No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará LA EMPRESA Y JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.79.654.935, obrando en su condición de representante legal de la VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S Nit. No. 900839270-9, sociedad debidamente constituida según consta en el Certificado de Existencia y Representación aportado y que cuenta con matrícula No 02563358 del 16 de abril de 2015, quien para los efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Acuerdo No. 029 del 23 de diciembre de 2016 la Junta Directiva aprobó la desagregación y liquidación del presupuesto. 2) Que LA EMPRESA efectuó el estudio previo para atender la presente contratación, con el fin de atender la necesidad descrita. 3) Que EL CONTRATISTA presentó propuesta la cual forma parte integral del presente compromiso y se ajusta a los términos establecidos en el estudio previo. 4) Que existe disponibilidad presupuestal para atender el gasto. 5) que la presente contratación se rige por lo establecido el artículo 32 del Acuerdo 008 de 2014. 6). Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar el presente compromiso, el cual se regirá por las siguientes CLAUSULAS. PRIMERA: OBJETO. PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ. SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA: 1. Ejecutar el objeto del presente contrato garantizando equipos propios y personal técnico asistencial y administrativo 2. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 3. Garantizar la entrega de soportes para el proceso de facturación que permitan el adecuado cobro ante las EPS por parte de LA EMPRESA 4. Cuando se presenten glosas por los servicios del subproceso, deberá dar respuesta y soportar las mismas. 5. Realizar la Valoración de pacientes. 6. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 7. Realizar la valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos. 8. Realizar las Cirugías programadas, incluyendo el servicio de urgencias. 9. Atender al paciente hospitalizado y de urgencias en caso de requerirse; de acuerdo a la demanda del servicio. 10. Participar en los comités creados por LA EMPRESA. 11. Realizar diligenciamiento de Historias clínicas, de conformidad con los lineamientos establecidos por la normatividad vigente. 12. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de éstas por cada servicio habilitado. 13. Brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud. 14. Responder las interconsultas que sean solicitadas en máximo una (1) hora. 15. Presentar reporte ejecución del contrato, discriminando por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por LA EMPRESA. 16. Participar y realizar las actividades docente asistencial que se programen en los periodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos por LA EMPRESA. 17. Participar de los comités Técnico Científicos de Auditoría y seguimiento al riesgo. 18. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital. 19. Mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. 20. Ejecutar el proceso de manera integral de acuerdo a los lineamientos de la política de humanización de

TRANSVERSAL 12 No 22-51 B/ SAN MATEO  
Email: [hospifusa.adquisiciones@gmail.com](mailto:hospifusa.adquisiciones@gmail.com)

*[Handwritten signature]*



LA EMPRESA. 21. Ejecutar los procedimientos con fundamento en los lineamientos establecidos en la política de calidad LA EMPRESA 22. Ejecutar las actividades atendiendo los lineamientos institucionales de seguridad del paciente 23. Realizar las demás actividades propias de acuerdo con el desarrollo del objeto contractual. **TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento del compromiso a través del funcionario designado por la Gerencia. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor del presente contrato en la oportunidad y forma aquí establecida. **CUARTA: TERMINO DE EJECUCION Y VIGENCIA: HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017** a partir del acta de inicio. **QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE (\$100.000.000)**. **SEXTA: FORMA DE PAGO: LA EMPRESA.** La E.S.E Hospital San Rafael de Fusagasugá, pagará al contratista el valor fijado en mensualidades de acuerdo a la certificación que emita el supervisor contra presentación de factura y los soportes para su respectiva verificación. De la cuenta presentada se descontará al contratista un Ocho por ciento (8%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se le prestan los servicios. La suma de dinero se reembolsará la contratista una vez se certifique por parte de la Oficina de Cuentas Médicas de la Institución que el periodo que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron y no fueron aceptadas por el Hospital. Se descontará el cinco (5%), por concepto de servicios públicos. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica y los servicios solicitados serán, los relacionados a continuación:

PROCEDIMIENTO	%CONTRATISTA	% HOSPITAL
Consulta por medicina especializada e interconsulta de Oftalmología.	50%	50%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos propios	60%	40%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos del Hospital	40%	60%
Procedimientos realizados en Quirófanos por Honorarios Médicos	70%	30%

NOTA: Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las E.P.S Cuando el CONTRATISTA suministre los insumos (Lentes Intraoculares, Viscoelástico Ampolla, Sutura Nylon 10/0, Vicryl 7.0, Lente Plegable, Cuchillete 15G, Cuchillete 15G, Cuchillete 2.75 y Azul Trepan de Catarata), serán reconocidos por la Empresa, así:

INSUMO	VALOR CONTRATISTA
Lente intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$40.000
Lente intraocular de cámara posterior	\$60.000
Viscoelástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$22.000
Sutura Nylon 10/0	\$22.000
Vicryl 7/0	\$34.000
Lente Plegable	\$80.000
Cuchillete 15G	\$23.000
Cuchillete 2.75 G	\$56.500
Azul Trepan de Catarata	\$23.000

**PARAGRAFO PRIMERO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudantía, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este caso, cuando el Hospital suministre los servicios profesionales de anestesiólogo o ayudantía quirúrgica, el valor de estos honorarios debe ser para la institución. **PARAGRAFO SEGUNDO:** Al valor de los derechos de Salas no se reconocerá para el contratista, los materiales de sutura y curación que normalmente los suministra el Hospital deben ser exclusivos para la institución razón por la cual no se otorgará porcentaje por estos a favor del CONTRATISTA. **PARAGRAFO TERCERO:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente preste, de acuerdo con el nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con la EPS por evento. **PARAGRAFO CUATRO:** Para certificación de los insumos el



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

CONTRATISTA deberá presentar soporte por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por la Jefe de Quirófanos. En el caso que se suministre insumo adicional el CONTRATISTA se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO QUINTO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla de pago del sistema general de seguridad social integrada (Salud, pensión y riesgos nivel III) conforme lo señala el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828, informe de actividades, el pago estará supeditado al PAC y flujo de Caja. **SEPTIMA-IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato es respaldado por el certificado de disponibilidad presupuestal No. 946 de fecha 28 de agosto de 2017, rubro 2120908, concepto: COMPRESA SERVICIOS A TERCEROS, del presupuesto de la vigencia fiscal 2017. **OCTAVA- SUPERVISION:** Estará a cargo del subgerente científico o de quien delegue la gerencia para tal efecto, quien cumplirá las obligaciones indicadas en el artículo 44 del acuerdo 08 de 2014 y resolución 035 de 2015 emitida por la Gerencia. **NOVENA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio de oportunidad y conveniencia. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) Los presentados por EL CONTRATISTA en su propuesta; d) Registro presupuestal. e) Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **DECIMA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO: 1) MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente contrato EL CONTRATISTA, autoriza expresamente a la Empresa para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total de la orden, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) de la orden. 2) PENAL PECUNIARIA: EL CONTRATISTA, se obliga a pagar a LA EMPRESA, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. 3) CADUCIDAD: LA EMPRESA declarará la caducidad de la presente orden, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas de igual forma el contratista autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontados del valor a pagar de la orden, autorización que se entiende dada con la firma de la presente orden. **DECIMA PRIMERA: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** EL CONTRATISTA, desarrollará el objeto de la orden con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto el presente compromiso no genera relación laboral ni prestaciones sociales por parte de la Entidad contratante, respecto del contratista o del personal que utilice para el desarrollo del objeto. **DECIMA SEGUNDA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma de este contrato afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9° de la ley 80 de 1993. **DECIMA TERCERA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento de la orden que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de éste, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 de la ley 80 de 1993. **DECIMA CUARTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá Cundinamarca. **DECIMA QUINTA: REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1) La existencia del registro presupuestal correspondiente, conforme al artículo 71 del decreto 111 de 1996 y acta de inicio. 2) Aprobación de la póliza, si a ello hubiere lugar. **DECIMA SEXTA: INDEMNIDAD:** El proveedor, acuerda y se obliga en forma irrevocable a mantener indemne al a la empresa de cualquier tipo de reclamación proveniente de terceros, que tenga como causa las actuaciones del proveedor, en desarrollo del objeto contractual. **DECIMA SEPTIMA: POLIZAS** el CONTRATISTA, se compromete a constituir una póliza a favor de la institución que cubra los siguientes amparos: A), CUMPLIMIENTO en cuantía equivalente al 10% del valor del contrato con vigencia igual a

TRANSVERSAL 12 No 22-51 B/ SAN MATEO  
Email: [hospitusa.adquisiciones@gmail.com](mailto:hospitusa.adquisiciones@gmail.com)

223

*Chavak*



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

la vigencia del contrato y cuatro meses más B) CALIDAD DEL SERVICIO y/o BIEN, en cuantía equivalente al 15% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y un (1) año más. C) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRATUAL, en cuantía equivalente al 10% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y un años más. D) PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES LABORALES: En cuantía equivalente al 15% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y tres años más. **DECIMA OCTAVA: NOTIFICACIONES.** El CONTRATISTA manifiesta que para efectos de cualquier clase de notificación AUTORIZA al HOSPITAL, para que todos los actos que se emitan y expidan en virtud del compromiso contractual suscrito le sean notificados electrónicamente al [correojccp2000@gmail.com](mailto:correojccp2000@gmail.com), de acuerdo con lo previsto en los artículos 53, 58 y 67 numeral 1 de la Ley 1437 de 2011. **DECIMA NOVENA: POLITICA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:** Mediante la suscripción del presente compromiso el contratista declara que: 1) Cumple con las normas generales y particulares sobre control y prevención de Lavado de Activos. 2) Adoptara medidas, códigos de conducta y demás requerimientos para la prevención de Lavado de activos y Financiación de Terrorismo. 3) En el desarrollo de la actividad objeto del presente contrato, desplegara todos sus esfuerzos para cumplir estrictamente con todas las normas de precaución y prevención de lavado de activos y financiación de Terrorismo. 4) Mantendrá soportes documentales de todas las normas, procedimientos y manuales que a su interior desarrolle para la prevención y control de lavado de activos, en desarrollo de lo mencionado en puntos anteriores. **VIGESIMA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución del presente contrato o con ocasión de él, se intentará inicialmente mediante los mecanismos alternativos para la solución de conflictos, de conciliación. **VIGESIMA PRIMERA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad.

LA EMPRESA



JOHN CASTILLO MARTÍNEZ  
Gerente

EL CONTRATISTA



JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA  
C.C. No 79.654.936  
VISIÓN HUMANA INTEGRAL S.A.S

Proyectó y Revisó: Ana Katherine Medellín- Departamento de Contratación  
Revisó: Diana Marcela Castillo- Líder proceso de Contratación  
Revisó: Supervisor





Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

224

ACTA DE INICIO

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1035-2017	
CONTRATISTA	VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S
IDENTIFICACION	NIT 900839270-9
DIRECCION	CALLE 57 No. 36° -47 Oficina 302 Bogotá D.C.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
VALOR	CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE (\$100.000.000).
PLAZO DE EJECUCION	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017
FECHA	01 DE SEPTIEMBRE DE 2017

En Fusagasugá Cundinamarca, el primer (1) día del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017), se reunieron las siguientes personas: el Doctor ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ, supervisor del contrato y el señor JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, identificado con cedula de ciudadanía C.C 79.654.935 en calidad de representante legal de VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S., contratista, con el fin de dejar constancia del inicio de las operaciones objeto contractual.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída, en constancia se firma por quienes en ella intervinieron

ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ  
SUPERVISOR

JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA  
C.C. No. 79.654.935  
VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S

Proyectó y Revisó: Ana Katherine Medellín- Departamento de Contratación  
Revisó: Diana Marcela Castillo- Líder proceso de Contratación  
Revisó: Supervisor



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - 13 NIVEL

2259

ACTA DE INICIO

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1035-2017	
CONTRATISTA	VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S
IDENTIFICACION	NIT 900839270-9
DIRECCION	CALLE 57 No. 36* -47 Oficina 302 Bogotá D.C.
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
VALOR	CIEN MILLONES DE PESOS M/CTE (\$100.000.000).
PLAZO DE EJECUCION	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017
FECHA	01 DE SEPTIEMBRE DE 2017

En Fusagasugá Cundinamarca, el primer (1) día del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017), se reunieron las siguientes personas: el Doctor ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ, supervisor del contrato y el señor JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA, identificado con cedula de ciudadanía C.C 79.654.935 en calidad de representante legal de VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S., contratista, con el fin de dejar constancia del inicio de las operaciones objeto contractual.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída, en constancia se firma por quienes en ella intervinieron

ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ  
SUPERVISOR

JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA  
C.C. No. 79.654.935  
VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S

Proyectó y Revisó: Ana Katherine Medellín- Departamento de Contratación  
Revisó: Diana Marcela Castillo- Líder proceso de Contratación  
Revisó: Supervisor

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RCE CONTRATOS**

CITY DE EXPEDICION BOGOTA, D.C.		SUCURSAL CENTRO INTERNACIONAL		COD.SUC 12	NO POLIZA 12-40-101033180	ANEXO 9
FECHA EXPEDICION DIA MES AÑO 01 09 2017	VIGENCIA DESDE DIA MES AÑO 01 09 2017	A LAS HORAS 00:00	VIGENCIA HASTA DIA MES AÑO 04 02 2018	A LAS HORAS 23:59	EMISION ORIGINAL	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S. IDENTIFICACION NIT: 900.838.270-3

DIRECCION: CL. AVENIDA 29 - 30 CIUDAD: BOGOTASUGA, CUNDINAMARCA TELEFONO: 3100000000

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA IDENTIFICACION NIT: 890.680.876-1

DIRECCION: AVENIDA 1 P I SIN MATEO CIUDAD: BOGOTASUGA, CUNDINAMARCA TELEFONO: 9677700

ADICIONAL: BENEFICIARIO: 890680025 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA QUE SE AÑADE A SECT-002A REDIS 04-19 Y SECT-001A, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA QUE EL ASEGURADO / TOMADOR DECLARA HABER RECIBIDO Y HAURE RECIBIDO DE VALOR ASGURADO, EMERALADO EN CADA UNO DE LOS SEGUROS DEL ESTADO S.A. GARANTIZADA.

SE AÑADE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFILIADO EN DEBERES DE SERVIDOR DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES REDIS 1033-2017, DE FECHA 04 DE SEPTIEMBRE DE 2017, COMO OBJETO DE PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ESTIMULOTIA DE LA S E S HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

NOTA: BENEFICIARIOS TERCEROS AFECTADOS

**AMPAROS**

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASGURADA
PREDAOS, LABORES Y OPERACIONES	01/09/2017	04/02/2018	\$10,000,000.00

EXCEPTO: 10 00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - MÍNIMO: 1.00 SIMILY

**ACLARACIONES**

SE AÑADE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFILIADO EN DEBERES DE SERVIDOR DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES REDIS 1033-2017, DE FECHA 04 DE SEPTIEMBRE DE 2017, COMO OBJETO DE PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ESTIMULOTIA DE LA S E S HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICION	I.V.A	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ 57.065.00	\$ 0.00	\$ 10.848.00	\$ 67.913.00	\$ 10,000,000.00	01 / 09 / 2017

**FORMA DE PAGO** CONTADO

LA HORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS GANADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y LAS OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AVENIDA 39 NO 7-88 - TELEFONO: 261.992 - BOGOTA, D.C.

*[Firma manuscrita]*

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

REFERENCIA PAGO: 1100110662228-0

141517709990031167 (0020) 1100110662228073

OFICINA PRINCIPAL: CL. 14 NO. 90-30 BOGOTA D.C. TELEFONO: 261.992

VIGILADO POR SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DEL COLOMBIA



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
EXTRACONTRACTUAL PARA CONTRATISTAS DE ENTIDADES ESTATALES  
RCE SEGURESTADO ESTATAL**

**CONDICIONES GENERALES**

No. \_\_\_\_\_

**CLÁUSULA PRIMERA**

**1. AMPAROS**

**1.1 AMPARO BÁSICO: PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

SEGUROS DEL ESTADO S.A. QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO, EN VIRTUD DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE PÓLIZA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE, SIN EXCEDER DEL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA LUCRO CESANTE SE ESTABLECE EN LA CARÁTULA) QUE LE CAUSE EL ASEGURADO, CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AFIANZADO ESTIPULADO EN ESTA PÓLIZA Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, DE CARÁCTER ACCIDENTALES, SÚBITOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES AL ASEGURADO, QUE ORIGIEN LA MUERTE, LESIÓN O MENOSCABO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS Y/O EL DAÑO O LA DESTRUCCIÓN DE BIENES Y/O PERJUICIOS ECONÓMICOS, INCLUYENDO LUCRO CESANTE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE TALES HECHOS.

LA PRESENTE PÓLIZA TIENE COMO PROPÓSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VÍCTIMA, LA CUAL, EN TAL VIRTUD, SE CONSTITUYE EN EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACIÓN, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE SE LE RECONOZCAN AL ASEGURADO (INCLUYENDO LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES A QUE SEA CONDENADO, MEDIANTE SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA, HASTA EL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES ASUMA EL ASEGURADO, ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA).

LA VÍCTIMA TIENE ACCIÓN DIRECTA CONTRA SEGURESTADO. PARA ACREDITAR SU DERECHO ANTE ELLA, LA VÍCTIMA EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA PODRÁ EN UN SOLO PROCESO JUDICIAL, DEMOS-

TRAR TANTO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DEMANDAR LA INDEMNIZACIÓN DE SEGURESTADO, PERO ESTA ÚLTIMA PODRÁ Oponer a la VÍCTIMA, TODAS LAS EXCEPCIONES QUE HUBIERE PODIDO ALEGAR CONTRA EL TOMADOR O EL ASEGURADO.

SEGURESTADO RECONOCERÁ, AL ASEGURADO, INCLUIDA EN LA SUMA ASEGURADA Y HASTA UN DIEZ POR CIENTO (10%) DE LA MISMA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO JUDICIAL QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA, PARA DECLARARLO CIVILMENTE RESPONSABLE, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA.
2. SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO JUDICIAL CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEGURESTADO, Y
3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO, ÉSTA SOLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS, EL AMPARO OTORGADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE LIMITA A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE:

1. LA POSESIÓN, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, EN LOS CUALES EL ASEGURADO EJECUTA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO DESCRITO EN ESTE CONTRATO DE SEGUROS.
2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y OBRAS OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO, INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS. ESTA COBERTURA INCLUYE TODOS LOS RIESGOS QUE FORMAN PARTE

228

DEL RIESGO ASEGURADO Y QUE SON INHERENTES A LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL ASEGURADO EN EL GIRO NORMAL DE LAS ACTIVIDADES OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXOS O CERTIFICADOS DE MODIFICACIÓN DE ELLA, TALES COMO:

- A. POSESIÓN O USO DE ASCENSORES Y ESCALERAS AUTOMÁTICAS.
- B. POSESIÓN O USO DE MÁQUINAS Y EQUIPOS DE TRABAJO, DE CARGUE, DESCARGUE Y DE TRANSPORTE DENTRO DE LOS PREDIOS ASEGURADOS.
- C. OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.
- D. POSESIÓN O USO DE AVISOS Y VALLAS PUBLICITARIAS EN EL TERRITORIO NACIONAL.
- E. POSESIÓN O USO DE INSTALACIONES SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVAS Y LOS EVENTOS QUE EL ASEGURADO, REALICE EN ELLAS.
- F. REALIZACIÓN DE EVENTOS SOCIALES, CULTURALES Y DEPORTIVOS ORGANIZADOS POR EL ASEGURADO.
- G. VIAJES DE FUNCIONARIOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO DENTRO DEL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.-
- H. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN FERIAS Y EXPOSICIONES NACIONALES.
- I. VIGILANCIA DE LOS PREDIOS ASEGURADOS, DONDE SE DESARROLLE EL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO, EJERCIDA POR PERSONAL DE VIGILANCIA EMPLEADO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO EL USO DE ARMAS Y DE PERROS GUARDIANES, PARA TALES PROPÓSITOS.
- J. POSESIÓN O USO DE DEPÓSITOS, TANQUES Y TUBERÍAS DENTRO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE DESARROLLE EL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.
- K. ACTUACIONES DE LOS DIRECTIVOS, Y EMPLEADOS DEL ASEGURADO EN EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES Y DENTRO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO.
- L. POSESIÓN O USO DE CAFETERÍAS, CASINOS Y RESTAURANTES PARA UTILIZACIÓN DE LOS EMPLEADOS DEL ASEGURADO, QUE SE CONTRATEN PARA EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.-

M. INCENDIO Y/O EXPLOSIÓN PRODUCIDOS DENTRO DE LOS PREDIOS EN DONDE SE EJECUTA Y DESARROLLA EL CONTRATO AFIANZADO.-

1.2 AMPARO DE CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES AL SERVICIO DEL CONTRATISTA ASEGURADO

EL PRESENTE AMPARO OTORGA COBERTURA A LOS BENEFICIARIOS POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE LE GENEREN LOS CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES, Y QUE LE SEAN IMPUTABLES AL ASEGURADO, CON OCASIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LABORES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.-

ESTE AMPARO OPERA ÚNICAMENTE EN EL EVENTO DE QUE DICHOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES NO CUENTEN CON UNA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL ESPECÍFICA, CON IGUALES AMPAROS A LOS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA

1.3 AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL

ESTE AMPARO CUBRE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON OCASIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA EN SU CALIDAD DE EMPLEADOR POR MUERTE O LESIONES A LOS EMPLEADOS A SU SERVICIO, DURANTE LAS LABORES A ELLOS ASIGNADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE DE TRABAJO.

ESTE AMPARO OPERA ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN EXCESO DE LAS PRESTACIONES A QUE TENGA DERECHO EL TRABAJADOR BAJO EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, BAJO EL SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y/O DE CUALQUIER OTRO SEGURO INDIVIDUAL O COLECTIVO QUE EL ASEGURADO CONTRATE PARA SUS TRABAJADORES (YA SEA POR PACTOS O CONVENCIONES COLECTIVAS DE TRABAJO).-

1.4 AMPARO DE VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS

ESTE AMPARO OTORGA COBERTURA POR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE CAUSE EL ASEGURADO CON OCASIÓN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE LA UTILIZACIÓN DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE TRANSPORTE TERRESTRE, REMOLQUES O SEMIREMOLQUES, DE SU PROPIEDAD O TOMADOS EN ARRENDAMIENTO, USUFRUCTO O COMODATO, PARA CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO.

ESTE AMPARO OPERA EN EXCESO DE LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL QUE

227

SE PACTE EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE OBLIGATORIAMENTE TIENE QUE TENER CONTRATADA EL ASEGURADO, AMPARANDO EL(LOS) VEHÍCULO(S) OBJETO DE ESTA COBERTURA ADICIONAL.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**2. EXCLUSIONES**

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA NO OPERAN, CUANDO SE PRESENTEN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

**2.1 EXCLUSIONES GENERALES**

- 2.1.1 LOS DAÑOS CAUSADOS VOLUNTARIA E INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO O CON SU COMPLICIDAD, O POR PERSONAS QUE SE ENCUENTREN VINCULADAS CON ÉL, POR UN CONTRATO DE TRABAJO O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CON LA COMPLICIDAD DE LAS MISMAS O COMO CONSECUENCIA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.
- 2.1.2 LOS PERJUICIOS QUE SUFRA EL ASEGURADO EN SU PERSONA O EN LOS BIENES DE SU PROPIEDAD O SOBRE LOS QUE EJERZA POSESIÓN O CUSTODIA. EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE CUBREN TAMPOCO, LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LOS SOCIOS, DIRECTORES, REPRESENTANTES LEGALES Y EMPLEADOS DE LA MISMA, EN SUS PERSONAS O EN SUS BIENES.
- 2.1.3 LOS PERJUICIOS CAUSADOS AL CÓNYUGE DIVORCIADO O NO, DEL ASEGURADO, SU COMPAÑERO O COMPAÑERA PERMANENTE O A PERSONAS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD.
- 2.1.4 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO, LOS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES. SUS TRABAJADORES Y CONTRATISTAS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, O SUS APODERADOS GENERALES, CUANDO ELLOS, NO SE ENCUENTREN EJERCENDO NINGUNA ACTIVIDAD PROPIA DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO.
- 2.1.5 LAS OPERACIONES O LOS PRODUCTOS, EN LOS QUE SE EMPLEEN MATERIALES NUCLEARES O RADIOACTIVOS, ASBESTO EN ESTADO NATURAL O POR SUS PRODUCTOS, POLVO QUE CONTENGA FIBRAS DE AMIANTO, VACUNAS Y SUSTANCIAS TALES COMO DIETILESTILBESTROL, OXIQUINOLINA, Y FORMALDEHÍDO.
- 2.1.6 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, A RAÍZ DE LA INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES U ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETEN-

TE, DE NORMAS TÉCNICAS O DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

- 2.1.7 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO, RESPECTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EN GENERAL, DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL.
- 2.1.8 LAS PÉRDIDAS PATRIMONIALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- 2.1.9 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR DESLIZAMIENTOS DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALESQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA.
- 2.1.10 LOS PERJUICIOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR GUERRA DECLARADA O NO, ACTOS TERRORISTAS, SUBVERSIVOS O GUERRILLEROS, MOTINES, HUELGAS O CUALQUIER ACTO QUE PERTURBE LA PAZ Y EL ORDEN PÚBLICO.
- 2.1.11 LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO, POR SU CULPA GRAVE. CUANDO ÉSTE SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE AMPARARÁN LOS PERJUICIOS QUE CAUSEN SUS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, TRABAJADORES Y PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APODERADOS GENERALES POR SU CULPA GRAVE.
- 2.1.12 LA CONTAMINACIÓN Y/O POLUCIÓN GRADUAL O PAULATINA DE CUALQUIER ÍNDOLE, LA POLUCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.
- 2.1.13 LAS OPERACIONES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA Y CANADÁ, ASÍ COMO LA ATENCIÓN Y/O EL RESULTADO DE DEMANDAS EN DICHS PAÍSES.
- 2.1.14 LOS PERJUICIOS QUE SE ORIGINEN POR LA APLICACIÓN DE DISPOSICIONES Y ÓRDENES DE AUTORIDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA O POR ASUNTOS INVESTIGATIVOS DE CARÁCTER PENAL.
- 2.1.15 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR VEHÍCULOS, AERONAVES O EMBARCACIONES.
- 2.1.16 LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA EXTRACCIÓN, FABRICACIÓN, MANIPULACIÓN Y USO DE ASBESTOS Y/O AMIANTO O SUSTANCIAS QUE CONTENGAN DICHAS MATERIAS.
- 2.1.17 LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.

2.1.18 LOS PERJUICIOS QUE SE CAUSEN ENTRE SI, LAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, QUE SEAN CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS DEL ASEGURADO.

2.1.19 LOS PERJUICIOS A CAUSA DE DAÑOS O LESIONES PERSONALES OCASIONADOS POR PRODUCTOS FABRICADOS, ENTREGADOS O SUMINISTRADOS POR EL CONTRATISTA ASEGURADO, O BIEN POR LOS TRABAJOS EJECUTADOS O POR SERVICIOS PRESTADOS, SI LOS DAÑOS Y LESIONES SE PRODUCIEREN DESPUÉS DE LA ENTREGA A LA QUE SE ENCUENTRA OBLIGADO EL ASEGURADO, POR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO O POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

2.1.20 EL EJERCICIO DE LA POSESIÓN Y USO DE PARQUEADEROS.

2.1.21 LOS DAÑOS Y PERJUICIOS DERIVADOS DE CONTAMINACIÓN ACCIDENTAL, REPENTINA E IMPREVISTA U OTRAS VARIACIONES PERJUDICIALES DE AGUAS, ATMÓSFERA, SUELOS, SUBSUELOS, O BIEN POR RUIDOS.

2.1.22 LOS PERJUICIOS DERIVADOS DE HECHOS OCURRIDOS FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL COLOMBIANO.

2.1.23 LAS OBLIGACIONES LABORALES DEL CONTRATISTA ASEGURADO EN VIRTUD DE LOS CONTRATOS, LEYES O DISPOSICIONES OFICIALES DE TAL NATURALEZA.

2.1.24 LOS PERJUICIOS OCASIONADOS POR LA FABRICACIÓN, ELABORACIÓN, TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN, CARGUE Y DESCARGUE, ASÍ COMO POR LA UTILIZACIÓN DE EXPLOSIVOS Y COMBUSTIBLES.

2.1.25 LOS PERJUICIOS POR DAÑOS MATERIALES O LESIONES PERSONALES CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR REACCIÓN NUCLEAR O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

2.1.26 LOS PERJUICIOS PROVENIENTES DE CIMENTACIÓN Y ANCLAJES (INCLUIDO EL DEBILITAMIENTO DE CIMENTOS Y BASES), ASENTAMIENTOS, VIBRACIÓN O VARIACIÓN DEL NIVEL DEL SUELO Y VARIACIONES DEL NIVEL DE AGUAS SUBTERRÁNEAS.

2.1.27 LOS PERJUICIOS QUE SURJAN DE UNA ERRADA PRÁCTICA PROFESIONAL Y QUE ORIGINEN UNA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL.

2.1.28 LOS DAÑOS CAUSADOS A CONDUCCIONES SUBTERRÁNEAS DE CUALQUIER CLASE.

2.1.29 LOS DAÑOS CAUSADOS A PROPIEDADES ADYACENTES O ESTRUCTURAS EXISTENTES.

2.1.30 LOS PERJUICIOS POR DETERIOROS O DAÑOS OCASIONADOS A BIENES AJENOS EN PODER DEL ASEGURADO BAJO SU CUIDADO, CONTROL, DEPÓSITO, VIGILANCIA O CUSTODIA, COMODATO, PRÉSTAMO, CONSIGNACIÓN O EN COMISIÓN O SOBRE LOS CUALES EL ASEGURADO REALICE UNA ACTIVIDAD INDUSTRIAL O PROFESIONAL (MANIPULACIÓN, TRANSFORMACIÓN, REPARACIÓN, TRANSPORTE, EXAMEN Y SIMILARES).

## 2.2 EXCLUSIONES PARTICULARES

2.2.1 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO EL AMPARO CITADO, NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

2.2.1.1 DAÑOS A PROPIEDADES SOBRE LAS CUALES SE ENCUENTREN O HAYAN LABORADO LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS O SUS EMPLEADOS.

2.2.1.2 DAÑOS CAUSADOS A LA PERSONA O A LOS BIENES DE LOS CONTRATISTAS O SUBCONTRATISTAS O SUS EMPLEADOS.

2.2.1.3 ESTA COBERTURA TAMPOCO SE EXTIENDE A CUBRIR RECLAMACIONES POR RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL ENTRE LOS CONTRATISTAS O ENTRE ESTOS Y LOS SUBCONTRATISTAS INDEPENDIENTES.

2.2.2 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

2.2.2.1 ENFERMEDADES PROFESIONALES, ENDÉMICAS O EPIDÉMICAS, SEGÚN SU DEFINICIÓN LEGAL.

2.2.2.2 ACCIDENTES DE TRABAJO QUE HAYAN SIDO PROVOCADOS DELIBERADAMENTE O POR CULPA GRAVE DEL EMPLEADO.

2.2.3 EXCLUSIONES QUE APLICAN ÚNICAMENTE AL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS:

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE

CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE:

- 2.2.3.1 LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR EN LABORES DE SERVICIO PÚBLICO.
- 2.2.3.2 LA UTILIZACIÓN DE CUALQUIER VEHÍCULO AUTOMOTOR DE PROPIEDAD DE LOS TRABAJADORES DEL CONTRATISTA ASEGURADO.
- 2.3.3.3 LAS PÉRDIDAS O DAÑOS A LOS VEHÍCULOS AUTOMOTORES MATERIA DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO A SUS ACCESORIOS Y A LOS BIENES TRANSPORTADOS EN TALES VEHÍCULOS, INCLUYENDO LAS OPERACIONES DE CARGUE Y DESCARGUE.

LA COBERTURA OTORGADA BAJO ESTE AMPARO NO SE EXTIENDE A CUBRIR LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL, QUE EN SU ORIGEN O EXTENSIÓN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, SEAN CAUSADOS POR O PROVENGAN DE LOS RIESGOS NO AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE CUBRAN LOS VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS OBJETO DE COBERTURA BAJO ESTE AMPARO.

LA COBERTURA OTORGADA TAMPOCO TENDRÁ APLICACIÓN CUANDO EL(OS) VEHÍCULO(S) ASEGURADO(S) NO SE ENCUENTRE(N) AMPARADO(S) BAJO UN SEGURO DE AUTOMÓVILES CUBRIENDO EL LÍMITE PRIMARIO, CUYO EXCESO ES OBJETO DE LA COBERTURA BRINDADA POR ESTE AMPARO.

**CLÁUSULA TERCERA**

**3. DEDUCIBLE**

La presente póliza tiene un deducible, que será del diez por ciento (10%) del valor asegurado enunciado en la carátula de la misma.- Tal deducible nunca será superior a 2.000 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.

**CLÁUSULA CUARTA**

**4. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO**

El Asegurado deberá dar aviso a SEGURESTADO sobre la ocurrencia de todo hecho que pudiese afectar la presente póliza dentro del término legal de tres (3) días contados a partir de la fecha que haya conocido o debido tener conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

Si contra El Asegurado se iniciare algún procedimiento judicial, o fuere citado a asistir a diligencia de conciliación previa por la ocurrencia de un suceso que pudiese afectar esta póliza, deberá dar aviso inmediato a SEGURESTADO, aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del siniestro.

El Asegurado queda obligado a colaborar en su defensa judicial, a facilitar los documentos y demás medios probatorios que busquen la exoneración de responsabilidad o disminuir el monto de la misma y a concurrir a las citaciones que la ley o SEGURESTADO le solicite.

Queda igualmente obligado a realizar todas las diligencias razonables, tendientes a evitar la agravación o aumento de los perjuicios.

Si El Asegurado, por su culpa o negligencia faltare a alguna de las obligaciones arriba descritas, SEGURESTADO deducirá de la indemnización el valor de los perjuicios que dicho incumplimiento le cause.

**CLÁUSULA QUINTA**

**5. GARANTÍAS**

La presente póliza se expide bajo la condición que El Asegurado cumplirá durante toda la vigencia del seguro con las siguientes garantías y compromisos:

5.1 El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de SEGURESTADO aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de la póliza cuando este nominativa, so pena de perder todo derecho bajo este contrato de seguro. Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los gastos necesarios para prestar auxilios médicos, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro y de aquellos encaminados a evitar la agravación de un daño. La son aplicables al Beneficiario reclamante todas las prohibiciones del Asegurado, que por su naturaleza procedan contra él también.

5.2 El Beneficiario reclamante y/o El Asegurado cuando directamente reclame, perderán todo derecho derivado de esta póliza cuando lleguen a formular reclamación en alguna manera fraudulenta.

5.3 El Asegurado debe mantener vigentes y válidos todos los documentos y certificaciones exigidos por la autoridad competente, para el ejercicio de su actividad.

5.4 El Asegurado dentro de su operación o actividad, descrita en la carátula de la póliza, observará todas las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, que rigen su actividad profesional.

5.5 El Asegurado se compromete y obliga a mantener en buen estado de conservación y funcionamiento los bienes con los cuales desarrolla su actividad descrita en la carátula de la póliza y comunicará por escrito a SEGURESTADO cualquier modificación o alteración que ocurra a la propiedad o características de los mismos bienes.

5.6 El Asegurado no podrá permitir que se le de a los bienes con los cuales desarrolla su actividad descrita en la carátula de la póliza, un uso diferente al normal y

autorizado según su tipo y capacidad y se obliga a cumplir con todas las disposiciones legales y técnicas referentes a su mantenimiento y seguridad.

En el evento de violar El Asegurado, una cualquiera de las garantías que se compromete a cumplir y observar, durante el desarrollo y ejecución de este contrato de seguros, faculta a SEGURESTADO, para dar por terminado este contrato de seguros, desde el mismo momento de cometida la infracción.

#### CLÁUSULA SEXTA

##### 6. ESTIPULACIONES SOBRE RECLAMACIONES

Si el monto de las reclamaciones excediere del límite asegurado para cada cobertura o evento, SEGURESTADO solo responderá por los gastos del proceso judicial, en la proporción que haya entre el límite del valor asegurado y el importe total de las reclamaciones, aún cuando se trate de varios juicios resultantes de un mismo acontecimiento. En tales casos SEGURESTADO podrá eximirse de otras reclamaciones mediante el pago del límite asegurado y su participación proporcional en los gastos hasta entonces causados.

Toda indemnización o pago que se haga de conformidad con la presente póliza, originará una disminución igual al valor asegurado. Esta póliza no tiene restitución automática de valor asegurado. Cualquier restitución del mismo, debe ser aprobada previamente por SEGURESTADO, una vez que El Asegurado cumpla los requisitos exigidos por SEGURESTADO para una nueva contratación.

#### CLÁUSULA SÉPTIMA

##### 7. DEFINICIONES

Para los efectos del presente seguro las siguientes expresiones tendrán el significado que se estipula:

7.1 El Asegurado: es la persona natural o jurídica, consorcio o unión temporal conformado por varias personas naturales o jurídicas, que se encarga de ejecutar y cumplir con el objeto del contrato celebrado con la Entidad Estatal. Dentro de la vigencia asegurada quedan amparadas las personas vinculadas a éste, mediante contrato de trabajo. Tendrá también la calidad de Asegurado la Entidad Estatal contratante, limitado ello únicamente a los daños producidos por el Contratista Asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que éste incurra con ocasión de la ejecución del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

7.2 Beneficiario: Los Terceros Afectados que puedan resultar perjudicados y la Entidad Estatal contratante, esta última respecto de la responsabilidad civil extracontractual en que incurra el Contratista Asegurado, con ocasión de la ejecución del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

7.3 Tercero Afectado: es la persona natural o jurídica damnificada por el hecho imputable al Contratista Asegurado, y del cual resulte civilmente responsable, amparado bajo la presente póliza, y que no tenga relación de parentesco directo con el Contratista Asegurado hasta en cuarto grado de consanguinidad, o segundo de afinidad, y tampoco ningún grado de subordinación o dependencia.

7.4 Predios: son los bienes inmuebles donde se ejecuta el contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

7.5 Límite o valor asegurado: es la máxima responsabilidad de SEGURESTADO por cada siniestro y por el total de siniestros que puedan ocurrir durante la vigencia del seguro. Cuando en esta póliza o en su carátula, se fije o establezca un sublímite de valor asegurado, ya sea por persona, daño material, lucro cesante, daño extrapatrimonial, gastos legales, agregado anual o similar, se entenderá que tal sublímite será el valor máximo de responsabilidad de SEGURESTADO, y que forma parte del límite del valor asegurado, no siendo en consecuencia, una adición de este último.

7.6 Vigencia de la cobertura o de la póliza: es el período de tiempo comprendido entre las fechas de iniciación del amparo, colocado en la carátula de esta póliza y terminación de los amparos ofrecidos, que también se indica en la carátula de la póliza. Tal vigencia de los amparos, puede coincidir con la vigencia del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

Para constancia de lo expuesto, y en señal de asentimiento y compromiso con todo lo aquí pactado se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

EL TOMADOR

SEGURESTADO  
SEGUROS DEL ESTADO S.A.

  
FIRMA AUTORIZADA

229

SEGUROS  
DE  
ESTRDO.S.A.  
NT. 800.008.578-8

**CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION  
POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA**

Hacemos constar que la póliza N° 101158281 anexo  
0 no expirara por falta de pago de la prima, ni por  
revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015  
el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTÁ, D.C. a los 04 días del mes de SEPTIEMBRE de 2017

1244-10 **FIRMA AUTORIZADA**  
FIRMA AUTORIZADA: Mayra Sarmiento - Vicepresidenta de Finanzas

FEASECURADORA  
SEGUROS GONZALES Y DE VIDA  
Tel: 8678340 Cel: 313 890 7296  
info.faseg@aseguros.com  
Calle 2 No. 7-63 Providencia

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.		SUCURSAL CENTRO INTERNACIONAL		COD.SUC. 12	NO.PÓLIZA 12-44-101158281	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 04 09 2017	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 01 09 2017	A LAS HORAS 00:00	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 04 01 2021	A LAS HORAS 23:59	TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL	

**DATOS DEL TOMADOR/GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: **VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S** IDENTIFICACIÓN NIT: **900.818.270-9**

DIRECCIÓN: **CL 48 NRO. 28 - 30** CIUDAD: **FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **5115228236**

**DATOS DEL ASEGURADO/BENEFICIARIO**

ASEGURADO/BENEFICIARIO: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA** IDENTIFICACIÓN NIT: **890.860.225-1**

DIRECCIÓN: **TV 2222 51 P 1 SH MATEO** CIUDAD: **FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA** TELÉFONO: **8676108**

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUjeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan aquí, con forma parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada anexo, seguros del estado s.a. garantiza:

se ANEXAN LOS PREJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL AFILIADO EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES NUMERO 1039-2017, DE FECHA 01 DE SEPTIEMBRE DE 2017, CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OPTALMOLOGIA EN LA E. S. E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

**AMPAROS**

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO CON CONTRATO	01/09/2017	04/01/2021	\$10.000.000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	05/02/2017	04/01/2021	\$10.000.000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INCENTIVOS LABORALES	01/09/2017	04/01/2021	\$10.000.000.00

**ACLARACIONES**

**LA SEGUROS LTDA**  
 SEGUROS COMERCIALES DE VIDA  
 TEL: 8676240 Cel: 313 990 7129  
 WWW.LASEGUROS.COM  
 7-296 R.M. 7-63 FUSAGASUGA

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	I.V.A	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ *****220.678.00	\$ *****7.000.00	\$ *****43.296.00	\$ *****271.173.00	\$ *****40.000.000.00	

NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% DE PART	VALOR ASEGURADO
TECNICOS EN SEGUROS Y CIA LTDA TEAS	438C	100.00			

**PLAN DE PAGO** CONTADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AVENIDA 38 NO 7-82 - TELEFONO: 2845482 - BOGOTÁ, D.C.

*[Firma]*

**REFERENCIA PAGO:** 1100110668009-7

141817709980215611802011100110668009711001106680021123112612010668015

FINANCIADA POR: **Financiamiento - Vicepresidencia de Planeación**

WEB: [WWW.SEGUROSDELESTADO.COM](http://WWW.SEGUROSDELESTADO.COM) OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 9-38 BOGOTÁ TEL: 2845482 FAX: 2845483

230



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT 980.009.578-6

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN  
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

No. \_\_\_\_\_ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGUROESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES
- 1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.
- 1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.
- 1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS

PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

**1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.**

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCACIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

**1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.**

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

**1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO**

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCACIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

**1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.**

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES

QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

**2. EXCLUSIONES.**

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

**2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.**

**2.2 DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.**

**2.3 EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.**

**2.4 EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.**

**3. SUMA ASEGURADA.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

**4. VIGENCIA.**

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARÁN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

**5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.**

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y

2383

ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

- 5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.
- 5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.
- 5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.
- 5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

**6. COMPENSACIÓN.**

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL

ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, **SEGURESTADO** TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE **SEGURESTADO**, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE **SEGURESTADO** O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, **SEGURESTADO** RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE **SEGURESTADO**.

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, **SEGURESTADO** DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, **SEGURESTADO** A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A **SEGURESTADO** EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

**10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.**

SEGURO ESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

**11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.**

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

**12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES**

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

**13. COASEGURO**

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

PARA CONSTANCIA DE LO EXPUESTO, Y EN SEÑAL DE ASENTIMIENTO Y COMPROMISO CON TODO LO AQUÍ PACTADO SE FIRMA EN \_\_\_\_\_ A LOS \_\_\_\_\_ ( ) DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_.

44  
252

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humana, hospital comprometido" E.S.E. - H HUEL	Código de Verificación <b>A-GFAD-FT-009 V01</b>
		1 de 7
<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		

<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ</b>  	<b>CONTRATO No.</b>	<b>275-2018</b>
	<b>CONTRATANTE:</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
	<b>NIT.</b>	<b>890.680.025-1</b>
	<b>CONTRATISTA:</b>	<b>VISION HUMANA INTEGRAL SAS</b>
	<b>NIT. No.</b>	<b>900.839.270-9</b>
	<b>OBJETO:</b>	<b>PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO OFTALMOLOGIA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
	<b>PLAZO:</b>	<b>HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2018</b>
	<b>VALOR:</b>	<b>DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000.00) M/CTE</b>
<b>FECHA:</b>	<b>2 DE ENERO DE 2018</b>	

Entre los suscritos a saber **JOHN CASTILLO MARTINEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará **LA EMPRESA** efectos del presente contrato, se denominará **LA EMPRESA** y por la otra parte, **VISION HUMANA INTEGRAL SAS** identificada con NIT 890.680.025-1 representada en este acto por la señor **JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No.79.654.935, obrando en su calidad de representante legal, sociedad con inscripción No. 02563358 del 16 de abril de 2015, quién para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Acuerdo No. 040 del 22 de diciembre de 2017 la Junta Directiva aprobó la desagregación y liquidación del presupuesto. 2) Que **LA EMPRESA** efectuó el estudio previo para atender la presente contratación, solicitando la contratación de personal externo que no genere vínculo laboral con **LA EMPRESA**, certificando que no existe personal suficiente e idóneo en la planta de personal para atender la necesidad descrita. 3) Que **EL CONTRATISTA** presentó propuesta la cual forma parte Integral del presente compromiso y se ajusta a los términos establecidos en el estudio previo. 4) Que existe disponibilidad presupuestal para atender el gasto. 5) Que con el fin de cumplir con los requerimientos del área científica se hace necesario proceder a la contratación de personal externo a fin de prestar una adecuada y oportuna prestación del servicio a cargo de la Institución. 6) Que el artículo 209 de la Constitución Política establece la primacía del interés general sobre el particular, la ley 100 de 1993 en concordancia con el decreto 1876 de 1994 establece el régimen de contratación privado para la **EMPRESA** y el modo de contratación directo está indicado en el artículo 32 del Acuerdo 008 de 2014. 7). Que mediante oficio No. 042578 del 22 de marzo de 2012, suscrito por el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, se indica que hasta tanto se realicen los estudios de análisis que permitan dar alternativas para que operen las relaciones laborales en el sector Salud y se adelante su implementación, las entidades deben adoptar medidas transitorias, sin desconocer los lineamientos de la Corte Constitucional contenidos en la Sentencia C-614 de 2009, en consecuencia se podrán utilizar como formas de vinculación, la contratación con terceros y Contratos de prestación de servicios. 8) Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar el presente compromiso, el cual se registrá por las siguientes **CLAUSULAS. PRIMERA: OBJETO. PRESTACION DE SERVICIOS**

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

233

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E - II NIVEL	Código y Versión <b>A-GRAD-FT-009 V01</b>
		Página <b>2 de 7</b>
	<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 275 - 2018</b>	

**ESPECIALIZADOS COMO OFTALMOLOGIA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA:** En desarrollo del objeto del presente contrato, EL CONTRATISTA se obliga para con LA EMPRESA en general, a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigentes y en especial a realizar las siguientes operaciones: 1. Ejecutar el objeto del presente contrato garantizando equipos propios y personal técnico asistencial y administrativo. 2. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 3. Garantizar la entrega de soportes para el proceso de facturación que permitan el adecuado cobro ante las EPS por parte de LA EMPRESA. 4. Garantizar respuesta y soporte cuando se presenten glosas por los servicios prestados. 5. Realizar valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos. 6. Realizar las drugas programadas y de urgencias. 7. Atender al paciente hospitalizado y de urgencias en caso de requerirse, de acuerdo a la demanda del servicio. 8. Participar en los comités creados en LA EMPRESA. 9. Realizar diligenciamiento de Historias clínicas, de conformidad con los lineamientos establecidos por la normatividad vigente. 10. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de éstas por cada servicio habilitado. 11. Brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud. 12. Responder las interconsultas que sean solicitadas en máximo una (1) hora. 13. Presentar reporte ejecución del contrato, discriminando por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por LA EMPRESA. 14. Participar y realizar las actividades docente asistencial que se programen en los periodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos por LA EMPRESA. 15. Participar de los comités Técnico Científicos de Auditoría y seguimiento al riesgo. 16. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital. 17. Mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. 18. Ejecutar el proceso de manera integral de acuerdo a los lineamientos de la política de humanización de LA EMPRESA. 19. Ejecutar los procedimientos con fundamento en los lineamientos establecidos en la política de calidad LA EMPRESA. 20. Ejecutar las actividades atendiendo los lineamientos institucionales de seguridad del paciente. 21. Realizar control, verificación y seguimiento, así como las solicitudes de los insumos, medicamentos y/o dispositivos requeridos para garantizar la eficiente, efectiva y eficaz prestación de los servicios de salud. 22. Reportar sin retrasos cualquier deficiencia, irregularidad o faltantes de insumos, medicamentos y/o dispositivos al supervisor del contrato para que se adopten los correctivos pertinentes. 23. Asistir a las reuniones y capacitaciones propias del servicio y las programadas por la Institución. 24. Responder por el control, cuidado y buen uso de los inventarios asignados. 25. Garantizar la respuesta oportuna en los términos señalados en la Ley 1755 de 2015 a las PQRS, así como la formulación y ejecución de planes de mejoramiento que sean notificadas a través de la Oficina del SIAU. 26. Conocer y apoyar los procesos del sistema obligatorio de la garantía de calidad en los servicios de salud asignados. 27. Realizar las demás actividades propias de acuerdo con el desarrollo del objeto contractual. **PARAGRAFO PRIMERO:** El Contratista se hará responsable de la glosa presentada, resultado de las actividades propias del contrato. Se entenderá que el contratista conoce y acepta el procedimiento establecido en la Ley 1797 del 2016 y las Resoluciones 3047 del 2008, 6066 de 2016, 332 de 2017 y demás normas vigentes, referentes al procedimiento de glosas. **TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento del compromiso a través del funcionario designado por la Gerencia. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor del presente contrato en la oportunidad y forma aquí establecida. **CUARTA: TERMINO DE EJECUCION Y VIGENCIA:** Hasta el 31 de agosto de 2018. **VIGENCIA:** Igual a la ejecución y un (1) mes más, contado a partir de la suscripción del contrato. **QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000.00)**

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

234

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E - II NIVEL	Código y Versión
		A-GEFAD-FT-009 V01
		3 de 7
<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 275-2018</b>		

**M/CTE. SEXTA: FORMA DE PAGO. LA EMPRESA,** pagará al contratista el valor fijado en mensualidades de acuerdo a la certificación que emita el supervisor contra presentación de factura o cuenta de cobro y los soportes para su respectiva verificación. **PARAGRAFO PRIMERO:** De la cuenta presentada se descontará al contratista un OCHO POR CIENTO (8%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se les prestan los servicios. La suma de dinero se reembolsará al contratista una vez se certifique por parte del Subproceso Auditoría de Cuentas (Glosas) de la Institución que el periodo que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron y no fueron aceptadas por el Hospital. **PARAGRAFO SEGUNDO:** se descontará CINCO POR CIENTO (5%), por concepto de servicios públicos. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica, los servicios solicitados serán, los relacionados a continuación:

PROCEDIMIENTO	% Contratista	% Hospital
Consulta por medicina especializada e interconsulta de Oftalmología	50%	50%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos propios	60%	40%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos del Hospital	40%	60%
Procedimientos realizados en Quirófanos por Honorarios médicos	70%	30%

**PARAGRAFO TERCERO:** Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las EPS. Cuando el CONTRATISTA suministre los insumos (Lentes Intraoculares, Viscoselástico Ampolla, Sutura Nylon 10/0, Vicryl 7.0, Lente Plegable, Cuchillito 15G, Cuchillito 2.75 y Azul Trepan de Catarata), serán reconocidos por LA EMPRESA así:

INSUMO	VALOR CONTRATISTA
Lente Intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$40.000.00
Lente Intraocular de cámara anterior	\$60.000.00
Viscoselástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$22.000.00
Sutura Nylon 10.0	\$22.000.00
Vicryl 7.0	\$34.000.00

**PARAGRAFO CUARTO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudantía, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este caso, cuando el Hospital suministre los servicios profesionales de anestesiólogo o ayudantía quirúrgica, el valor de estos honorarios debe ser para la Institución. **PARAGRAFO QUINTO:** Al valor de los derechos de Salas no se reconocerá para el contratista, los materiales de sutura y curación que normalmente los suministra el Hospital deben ser exclusivos para la Institución razón por la cual no se otorgará porcentaje por estos a favor del CONTRATISTA. **PARAGRAFO SEXTO:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente preste, de acuerdo con el nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con la EPS por evento. **PARAGRAFO SEPTIMO:** Para certificación de los insumos el CONTRATISTA deberá presentar soporte por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por la Jefe de Quirófanos. En

234

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E. - N. NUCEL	A-GFAD-FT-008 V01
		4 de 7

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 275 - 2018**

el caso que se suministre Insumo adicional el CONTRATISTA se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO OCTAVO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **PARAGRAFO NOVENO:** Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla de pago del sistema general de seguridad social integrada (Salud, pensión y riesgos nivel III) conforme lo señala el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828, Informe de actividades, el pago estará supeditado al PAC y flujo de Caja. **CLAUSULA SEPTIMA-DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.** El valor del presente contrato se respalda por el certificado de disponibilidad presupuestal No.275 de fecha 02/01/2018, rubro 2120908, del presupuesto de la vigencia fiscal 2018. **OCTAVA- SUPERVISION:** Estará a cargo del subgerente CIENTIFICO o de quien delegue la gerencia para tal efecto, quien cumplirá las obligaciones indicadas en el artículo 44 del acuerdo 008 de 2014 y resolución 035 de 2015 emitida por la Gerencia. **NOVENA: AFILIACIÓN Y PAGO A LA ARL.** Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el decreto 723 de 2013, EL CONTRATISTA deberá aportar el comprobante de afiliación a una administradora de Riesgos Laborales, lo cual podrá gestionarse de forma libre y espontánea. **DÉCIMA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio de oportunidad y conveniencia. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) Los documentos presentados por EL CONTRATISTA en su propuesta; d) Registro presupuestal. e) Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **DÉCIMA PRIMERA: CONFIDENCIALIDAD:** EL CONTRATISTA se compromete a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato, ni sobre los lugares a los cuales tenga acceso. **DÉCIMA SEGUNDA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO: 1) MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente contrato EL CONTRATISTA, autoriza expresamente a la Empresa para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total de la orden, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) de la orden. **2) PENAL PECUNIARIA:** EL CONTRATISTA, se obliga a pagar a LA EMPRESA, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. **3) CADUCIDAD:** LA EMPRESA declarará la caducidad de la presente orden, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas de igual forma el contratista autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontados del valor a pagar de la orden, autorización que se entiende dada con la firma de la presente orden. **PARAGRAFO PRIMERO: APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen algunas de las sanciones previstas, EL CONTRATISTA dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que EL CONTRATISTA dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no obtener el pago voluntario y una vez se encuentre en firme la resolución que impone la multa, podrá compensarse tomando del saldo a favor del contratista de conformidad con la cláusula que precede. **DÉCIMA TERCERA: AUSENCIA DE RELACION LABORAL:** EL CONTRATISTA, desarrollará el

2

*Quina*

*[Signature]*

238

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humana, hospital comprometido" E.S.E. - H. RAFAEL	Identificación A-GFAD-FT-009 V01
		Hoja No. 5 de 7
<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 275-2018</b>		

objeto de la orden con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto el presente compromiso no genera relación laboral ni prestaciones sociales por parte de la Entidad contratante, respecto del contratista o del personal que utilice para el desarrollo del objeto. **DECIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma de este contrato afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9º de la ley 80 de 1993. **DECIMA QUINTA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento de la orden que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de éste, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15,16 y 17 de la ley 80 de 1993. **DECIMA SEXTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá Cundinamarca. **DECIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contratos entiende perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1) Aprobación de la póliza, si a ello hubiere lugar. 2) La existencia del registro presupuestal correspondiente, conforme al artículo 71 del decreto 111 de 1996 y acta de inicio. **DECIMA OCTAVA: INDEMNIDAD:** El proveedor, acuerda y se obliga en forma irrevocable a mantener indemne al a la empresa de cualquier tipo de reclamación proveniente de terceros, que tenga como causa las actuaciones del proveedor, en desarrollo del objeto contractual. **DECIMA NOVENA: GARANTÍAS:** Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato **EL CONTRATISTA** se obliga a constituir a favor de LA EMPRESA una garantía única de cumplimiento que ampare a) **Cumplimiento de las obligaciones:** Se garantiza el cumplimiento de las obligaciones surgidas del presente contrato, las modificaciones unilaterales o de común acuerdo que a éste se le introduzcan, el pago de la cláusula penal y de las multas, con vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más en cuantía equivalente a 10%. b) **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y servicios:** Se garantiza calidad y correcto funcionamiento de los bienes y servicios, con vigencia igual al plazo de ejecución y un (1) año más en cuantía equivalente a 15%. c) **Pago de salarios y prestaciones sociales e indemnizaciones laborales:** con vigencia igual al plazo de ejecución y tres (3) años más en cuantía equivalente al 5%. d) **Responsabilidad civil extracontractual:** En cuantía equivalente a 200SMLMV con plazo igual a la vigencia del contrato y tres (3) meses más. **VIGESIMA: NOTIFICACIONES.** El CONTRATISTA manifiesta que para efectos de cualquier clase de notificación **AUTORIZA** al **HOSPITAL**, para que todos los actos que se emitan y expladan en virtud del compromiso contractual suscrito le sean notificados electrónicamente al correo electrónico visionhumanaIntegral@gmail.com, de acuerdo con lo previsto en los artículos 53, 56 y 67 numeral 1 de la Ley 1437 de 2011. **VIGESIMA PRIMERA: NOVENA: POLITICA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:** Mediante la suscripción del presente compromiso el contratista declara que: 1) Cumple con las normas generales y particulares sobre control y prevención de Lavado de Activos. 2) Adoptara medidas, códigos de conducta y demás requerimientos para la prevención de Lavado de activos y Financiación de Terrorismo. 3) En el desarrollo de la actividad objeto del presente contrato, desplegara todos sus esfuerzos para cumplir estrictamente con todas las normas de precaución y prevención de lavado de activos y financiación de Terrorismo. 4) Mantendrá soportes documentales de todas las normas, procedimientos y manuales que a su interior desarrolle para la prevención y control de lavado de activos, en desarrollo de lo mencionado en puntos anteriores. **VIGESIMA SEGUNDA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución del presente contrato o con

258

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E. - H. RAFAEL	A-GFAD-FT-009 V01
		6 de 7
		<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 275-2018</b>

ocasión de él, se dirimirán inicialmente mediante los mecanismos alternativos para la solución de conflictos, de conciliación establecidos en la normatividad vigente. **YIGESIMA TERCERA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad.

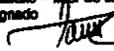
Dado en Fusagasugá a los dos (2) días del mes de enero de 2018

**POR LA EMPRESA**

  
 \_\_\_\_\_  
**JOHN CASTILLO MARTINEZ**  
 Gerente

**POR EL CONTRATISTA:**

  
 \_\_\_\_\_  
**JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA**  
 Representante Legal

Proyectó y Revisó: Diana Marcela Castillo – Jefe de contratación  
 Revisó:  Supervisor designado

80  
239

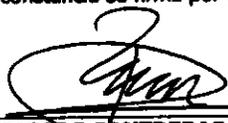
	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E. - H HUGEL	A-GFAD-FT-009 V01
		7 de 7
		<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 275 - 2018</b>

<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ</b>  	<b>CONTRATO No.</b>	<b>275-2018</b>
	<b>CONTRATANTE:</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
	<b>NIT.</b>	<b>890.680.025-1</b>
	<b>CONTRATISTA:</b>	<b>VISION HUMANA INTEGRAL SAS</b>
	<b>NIT. No.</b>	<b>900.839.270-9</b>
	<b>OBJETO:</b>	<b>PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO OFTALMOLOGIA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
	<b>PLAZO:</b>	<b>HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2018</b>
	<b>VALOR:</b>	<b>DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000.00) M/CTE</b>
	<b>FECHA:</b>	<b>2 DE ENERO DE 2018</b>

En Fusagasugá Cundinamarca, el día dos (2) del mes de enero de dos mil dieciocho (2018), se reunieron las siguientes personas: el Doctor (a) **ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ** Supervisor del contrato y **JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA**, representante legal de **VISION HUMANA INTEGRAL SAS** con NIT. 900.839.270-9, con el fin de dejar constancia del inicio de las actividades. Se aclara que la presente contratación tiene efectos fiscales a partir del 1 de enero de 2018.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída, en constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

  
**ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ**  
 SUPERVISOR

  
**JUAN CARLOS CONTRERAS PARRA**  
 REPRESENTANTE LEGAL

Proyectó y Revisó: Diana Marcela Castillo – líder de contratación  
 Revisó: Supervisor designado 

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO RCE CONTRATOS

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
 NO. 888.888.888-8  
 CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C.

**SUCURSAL:** CENTRO INTERNACIONAL  
 COD. 888 7 12  
 NO. POLIZA: 13-88-101080133-8  
 ANEXO: 8

FECHA EXPEDICIÓN: 30/01/2018  
 VIGENCIA DESDE: 30/01/2018  
 A LAS HORAS: 08:00  
 VIGENCIA HASTA: 31/12/2018  
 A LAS HORAS: 22:00  
 EMISIÓN ORIGINAL

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO:**  
 NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: VISION HUMANA INTEGRAL S.A.S.  
 DIRECCIÓN: CL. 26 N.O. 28 - 30  
 CIUDAD: FUSAGAGA, CUNDINAMARCA  
 IDENTIFICACIÓN NIT: 888.888.888-8  
 TELÉFONO: 311234567

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO:**  
 NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGAGA  
 DIRECCIÓN: CL. 22 N.O. 1 SIN MATRIZ  
 CIUDAD: FUSAGAGA, CUNDINAMARCA  
 IDENTIFICACIÓN NIT: 888.888.888-8  
 TELÉFONO: 888.888.888  
 BENEFICIARIO: 888888888 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGAGA

**OBJETO DEL SEGURO:**  
 CON PREVENCIÓN Y SIN PREVENCIÓN DE LA POLIZA QUE SE ASEGURA EN LOS SECTORES 04(12) Y 04(13) DE LA LEY 100 DE 1993, QUE PUEDAN SER SUFRUFRUTUARIOS DE LA POLIZA QUE SE ASEGURA EN EL TOMADOR SECCIONES DE VALORES ASEGURADOS ESTABLECIDOS EN CADA SECCION DEL SEGURO EN LA SIGUIENTE FORMA:  
 SE ASEGURA LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DE FIANZAMIENTO DEL CONTRATO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS QUE SE REALIZAN EN EL SECTOR DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO OPERACIONES DE LA E.S.S. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGAGA.  
 NOTA: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

**AMPAROS:**  
 AMPAROS: PRESTACION DE SERVICIOS  
 VIGENCIA DESDE: 02/01/2018  
 VIGENCIA HASTA: 02/12/2018  
 MONEDA: \$156.248.400.00  
 SUJETABLE: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - MÍNIMO: 3.00 DOLAR

**DECLARACIONES:**

VALOR PRIMA NETA	BASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LÍMITE DE PAGO
\$ 387.444.00	\$ 0.00	\$ 97.814.00	\$ 485.258.00	\$ 188.248.400.00	10 / 01 / 2018

**PLAN DE PAGO:** CONTADO

LA FIRMA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLO, PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXCEPTAR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENIDA Y DE LOS BASTOS CALZADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.  
 QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFERENCIALMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPESIFICAN EN ESTE CUADRO.  
 PARA EFECTOS DE NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES AVENIDA 39 NO 7-88 - TELÉFONO: 8889982 - BOGOTÁ, D.C.

**REPRESENTACIÓN PAGO:** 1300110880133-8

SEGUROS DEL ESTADO S.A. BOGOTÁ, D.C. TELÉFONO: 8889982



**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NT 860.009.578-6

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
EXTRACONTRACTUAL PARA CONTRATISTAS DE ENTIDADES ESTATALES  
RCE SEGURESTADO ESTATAL**

**CONDICIONES GENERALES**

No. \_\_\_\_\_

**CLÁUSULA PRIMERA**

**1. AMPAROS**

**1.1 AMPARO BÁSICO: PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES**

SEGUROS DEL ESTADO S.A. QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO, EN VIRTUD DEL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE PÓLIZA SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL BENEFICIARIO, HASTA EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE, SIN EXCEDER DEL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA LUCRO CESANTE SE ESTABLECE EN LA CARÁTULA) QUE LE CAUSE EL ASEGURADO, CON MOTIVO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA DE ACUERDO CON LA LEY COLOMBIANA, POR HECHOS OCURRIDOS COMO RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AFIANZADO ESTIPULADO EN ESTA PÓLIZA Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, DE CARÁCTER ACCIDENTALES, SÚBITOS E IMPREVISTOS, IMPUTABLES AL ASEGURADO, QUE ORIGINEN LA MUERTE, LESIÓN O MENOSCABO EN LA SALUD DE LAS PERSONAS Y/O EL DAÑO O LA DESTRUCCIÓN DE BIENES Y/O PERJUICIOS ECONÓMICOS, INCLUYENDO LUCRO CESANTE, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE TALES HECHOS.

LA PRESENTE PÓLIZA TIENE COMO PROPÓSITO EL RESARCIMIENTO DE LA VÍCTIMA, LA CUAL, EN TAL VIRTUD, SE CONSTITUYE EN EL BENEFICIARIO DE LA INDEMNIZACIÓN, SIN PERJUICIO DE LAS PRESTACIONES QUE SE LE RECONOZCAN AL ASEGURADO (INCLUYENDO LOS PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES A QUE SEA CONDENADO, MEDIANTE SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA, HASTA EL SUBLÍMITE DE VALOR ASEGURADO QUE PARA PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES ASUMA EL ASEGURADO, ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA).

LA VÍCTIMA TIENE ACCIÓN DIRECTA CONTRA SEGURESTADO. PARA ACREDITAR SU DERECHO ANTE ELLA; LA VÍCTIMA EN EJERCICIO DE LA ACCIÓN DIRECTA PODRÁ EN UN SOLO PROCESO JUDICIAL, DEMOS-

TRAR TANTO LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO Y DEMANDAR LA INDEMNIZACIÓN DE SEGURESTADO, PERO ESTA ÚLTIMA PODRÁ Oponer a la víctima, TODAS LAS EXCEPCIONES QUE HUBIERE PODIDO ALEGAR CONTRA EL TOMADOR O EL ASEGURADO.

SEGURESTADO RECONOCERÁ, AL ASEGURADO, INCLUIDA EN LA SUMA ASEGURADA Y HASTA UN DIEZ POR CIENTO (10%) DE LA MISMA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO JUDICIAL QUE EL TERCERO DAMNIFICADO O SUS CAUSAHABIENTES PROMUEVAN EN SU CONTRA, PARA DECLARARLO CIVILMENTE RESPONSABLE, CON LAS SALVEDADES SIGUIENTES:

1. SI LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO, PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA.
2. SI EL ASEGURADO AFFRONTA EL PROCESO JUDICIAL CONTRA ORDEN EXPRESA DE SEGURESTADO, Y
3. SI LA CONDENA POR LOS PERJUICIOS OCASIONADOS A LA VÍCTIMA EXCEDE LA SUMA QUE DELIMITA LA RESPONSABILIDAD DE SEGURESTADO, ÉSTA SOLO RESPONDERÁ POR LOS GASTOS DEL PROCESO EN PROPORCIÓN A LA CUOTA QUE LE CORRESPONDA EN LA INDEMNIZACIÓN.

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS, EL AMPARO OTORGADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA SE LIMITA A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL ASEGURADO DERIVADA DE:

1. LA POSESIÓN, EL USO O EL MANTENIMIENTO DE LOS PREDIOS INDICADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN ANEXO A ELLA, EN LOS CUALES EL ASEGURADO EJECUTA LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO DESCRITO EN ESTE CONTRATO DE SEGUROS.
2. LAS LABORES U OPERACIONES QUE LLEVE A CABO EL ASEGURADO EN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES Y OBRAS OBJETO DEL CONTRATO AFIANZADO, INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS. ESTA COBERTURA INCLUYE TODOS LOS RIESGOS QUE FORMAN PARTE

12  
240

5  
241

SE PACTE EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE AUTOMÓVILES QUE OBLIGATORIAMENTE TIENE QUE TENER CONTRATADA EL ASEGURADO, AMPARANDO EL(LOS) VEHÍCULO(S) OBJETO DE ESTA COBERTURA ADICIONAL.

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**2. EXCLUSIONES**

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA NO OPERAN, CUANDO SE PRESENTEN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

**2.1 EXCLUSIONES GENERALES**

- 2.1.1 LOS DAÑOS CAUSADOS VOLUNTARIA E INTENCIONALMENTE POR EL ASEGURADO O CON SU COMPLICIDAD, O POR PERSONAS QUE SE ENCUENTREN VINCULADAS CON ÉL, POR UN CONTRATO DE TRABAJO O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, CON LA COMPLICIDAD DE LAS MISMAS O COMO CONSECUENCIA DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.
- 2.1.2 LOS PERJUICIOS QUE SUFRA EL ASEGURADO EN SU PERSONA O EN LOS BIENES DE SU PROPIEDAD O SOBRE LOS QUE EJERZA POSESIÓN O CUSTODIA, EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE CUBREN TAMPOCO, LOS PERJUICIOS SUFRIDOS POR LOS SOCIOS, DIRECTORES, REPRESENTANTES LEGALES Y EMPLEADOS DE LA MISMA, EN SUS PERSONAS O EN SUS BIENES.
- 2.1.3 LOS PERJUICIOS CAUSADOS AL CÓNYUGE DIVORCIADO O NO, DEL ASEGURADO, SU COMPAÑERO O COMPAÑERA PERMANENTE O A PERSONAS QUE TENGAN PARENTESCO CON EL ASEGURADO HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGÜINIDAD O SEGUNDO DE AFINIDAD.
- 2.1.4 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR PERSONAS AL SERVICIO DEL ASEGURADO, LOS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, SUS TRABAJADORES Y/O CONTRATISTAS VINCULADOS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, O SUS APODERADOS GENERALES, CUANDO ELLOS, NO SE ENCUENTREN EJERCENDO NINGUNA ACTIVIDAD PROPIA DEL OBJETO CONTRACTUAL AFIANZADO.
- 2.1.5 LAS OPERACIONES O LOS PRODUCTOS, EN LOS QUE SE EMPLEEN MATERIALES NUCLEARES O RADIOACTIVOS, ASBESTO EN ESTADO NATURAL O POR SUS PRODUCTOS, POLVO QUE CONTENGAN FIBRAS DE AMIANTO, VÁCUAS Y SUSTANCIAS TALES COMO DIETILESTILBESTROL, OXQUINOLINA, Y FORMALDEHÍDO.
- 2.1.6 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL ASEGURADO, A RAÍZ DE LA INOBSERVANCIA DE DISPOSICIONES LEGALES U ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE,

DE NORMAS TÉCNICAS O DE PRESCRIPCIONES MÉDICAS O DE INSTRUCCIONES Y ESTIPULACIONES CONTRACTUALES.

- 2.1.7 LOS PERJUICIOS CAUSADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO, RESPECTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y EN GENERAL, DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DE NATURALEZA CONTRACTUAL.
- 2.1.8 LAS PÉRDIDAS PATRIMONIALES QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO AMPARADO POR LA PÓLIZA.
- 2.1.9 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR DESLIZAMIENTOS DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, Lluvias, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALESQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA.
- 2.1.10 LOS PERJUICIOS CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR GUERRA DECLARADA O NO, ACTOS TERRORISTAS, SUBVERSIVOS O GUERRILLEROS, MOTINES, HUELGAS O CUALQUIER ACTO QUE PERTURBE LA PAZ Y EL ORDEN PÚBLICO.
- 2.1.11 LOS PERJUICIOS QUE CAUSE EL ASEGURADO, POR SU CULPA GRAVE, CUANDO ÉSTE SEA UNA PERSONA JURÍDICA NO SE AMPARARÁN LOS PERJUICIOS QUE CAUSEN SUS SOCIOS, DIRECTORES Y REPRESENTANTES LEGALES, TRABAJADORES Y PERSONAS VINCULADAS MEDIANTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APODERADOS GENERALES POR SU CULPA GRAVE.
- 2.1.12 LA CONTAMINACIÓN Y/O POLUCIÓN GRADUAL O PAULATINA DE CUALQUIER ÍNDOLE, LA POLUCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.
- 2.1.13 LAS OPERACIONES EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA Y CANADÁ, ASÍ COMO LA ATENCIÓN Y/O EL RESULTADO DE DEMANDAS EN DICHS PAÍSES.
- 2.1.14 LOS PERJUICIOS QUE SE ORIGINEN POR LA APLICACIÓN DE DISPOSICIONES Y ÓRDENES DE AUTORIDAD LEGALMENTE CONSTITUIDA O POR ASUNTOS INVESTIGATIVOS DE CARÁCTER PENAL.
- 2.1.15 LOS DAÑOS OCASIONADOS POR VEHÍCULOS, AERONAVES O EMBARCACIONES.
- 2.1.16 LOS DAÑOS DERIVADOS DE LA EXTRACCIÓN, FABRICACIÓN, MANIPULACIÓN Y USO DE ASBESTOS Y/O AMIANTO O SUSTANCIAS QUE CONTENGAN DICHAS MATERIAS.
- 2.1.17 LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL EN QUE INCURRA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA.

54  
242

autorizado según su tipo y capacidad y se obliga a cumplir con todas las disposiciones legales y técnicas referentes a su mantenimiento y seguridad.

En el evento de violar El Asegurado, una cualquiera de las garantías que se compromete a cumplir y observar, durante el desarrollo y ejecución de este contrato de seguros, faculta a SEGURESTADO, para dar por terminado este contrato de seguros, desde el mismo momento de cometida la infracción.-

**CLÁUSULA SEXTA**

**6. ESTIPULACIONES SOBRE RECLAMACIONES**

Si el monto de las reclamaciones excediera del límite asegurado para cada cobertura o evento, SEGURESTADO solo responderá por los gastos del proceso judicial, en la proporción que haya entre el límite del valor asegurado y el importe total de las reclamaciones, aún cuando se trate de varios juicios resultantes de un mismo acontecimiento. En tales casos SEGURESTADO podrá eximirse de otras reclamaciones mediante el pago del límite asegurado y su participación proporcional en los gastos hasta entonces causados.

Toda indemnización o pago que se haga de conformidad con la presente póliza, originará una disminución igual al valor asegurado.- Esta póliza no tiene restitución automática de valor asegurado. Cualquier restitución del mismo, debe ser aprobada previamente por SEGURESTADO, una vez que El Asegurado cumpla los requisitos exigidos por SEGURESTADO para una nueva contratación.

**CLÁUSULA SÉPTIMA**

**7. DEFINICIONES**

Para los efectos del presente seguro las siguientes expresiones tendrán el significado que se estipula:

**7.1 El Asegurado:** es la persona natural o jurídica, consorcio o unión temporal conformado por varias personas naturales o jurídicas, que se encarga de ejecutar y cumplir con el objeto del contrato celebrado con la Entidad Estatal. Dentro de la vigencia asegurada quedan amparadas las personas vinculadas a éste, mediante contrato de trabajo. Tendrá también la calidad de Asegurado la Entidad Estatal contratante, limitado ello únicamente a los daños producidos por el Contratista Asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que éste incurra con ocasión de la ejecución del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

**7.2 Beneficiario:** Los Terceros Afectados que puedan resultar perjudicados y la Entidad Estatal contratante, esta última respecto de la responsabilidad civil extracontractual en que incurra el Contratista Asegurado, con ocasión de la ejecución del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

**7.3 Tercero Afectado:** es la persona natural o jurídica damnificada por el hecho imputable al Contratista Asegurado, y del cual resulte civilmente responsable, amparado bajo la presente póliza, y que no tenga relación de parentesco directo con el Contratista Asegurado hasta en cuarto grado de consanguinidad, o segundo de afinidad, y tampoco ningún grado de subordinación o dependencia.-

**7.4 Predios:** son los bienes Inmuebles donde se ejecuta el contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

**7.5 Límite o valor asegurado:** es la máxima responsabilidad de SEGURESTADO por cada siniestro y por el total de siniestros que puedan ocurrir durante la vigencia del seguro. Cuando en esta póliza o en su carátula, se fije o establezca un sublímite de valor asegurado, ya sea por persona, daño material, lucro cesante, daño extrapatrimonial, gastos legales, agregado anual o similar, se entenderá que tal sublímite será el valor máximo de responsabilidad de SEGURESTADO, y que forma parte del límite del valor asegurado, no siendo en consecuencia, una adición de este último.-

**7.6 Vigencia de la cobertura o de la póliza:** es el período de tiempo comprendido entre las fechas de iniciación del amparo, colocado en la carátula de esta póliza y terminación de los amparos ofrecidos, que también se indica en la carátula de la póliza.- Tal vigencia de los amparos, puede coincidir con la vigencia del contrato celebrado entre la Entidad Estatal y el Contratista Asegurado.

Para constancia de lo expuesto, y en señal de asentimiento y compromiso con todo lo aquí pactado se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

EL TOMADOR

SEGURESTADO  
SEGUROS DEL ESTADO S.A.

FIRMA AUTORIZADA





**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**

NIT 880.008.578-8

**PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN  
FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES**

No. \_\_\_\_\_ SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015

**1. AMPAROS.**

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURO ESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

**1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.**

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES
- 1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.
- 1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.
- 1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

**1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.**

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

**1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.**

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

**1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.**

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA; CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 810 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CÚLPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS

58  
244

245

ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

**6. COMPENSACIÓN.**

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL

ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

**7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

**8. PLAZO PARA EL PAGO.**

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

**9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.**

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

58  
246

SEGUROS  
ESTADO S.A.  
R.T. 800.008.579-0

**CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION  
POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA**

Hacemos constar que la póliza N° 101183248, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BOGOTÁ, D.C. a los 30 días del mes de ENERO de 2018

*[Handwritten Signature]*  
ESTADO S.A.  
BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA

**TEASEGUROS LTDA**  
SEGUROS GENERALES Y DE VIDA  
Tel: 807 85 29 - 313 890 72 39  
Info: 800 000 0000  
Calle 6 N° 77 83 Piso 7

*[Handwritten Signature]*

247



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE FUSAGASUGA

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 4200038454FD05

18 DE FEBRERO DE 2020 HORA 10:50:59

0420003845

PÁGINA: 1 DE 2

\* \* \* \* \*

\*\*\*\*\*  
ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS/

\*\*\*\*\*

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : VISION HUMANA INTEGRAL SAS  
N.I.T. : 900.839.270-9 ADMINISTRACIÓN : DIRECCION SECCIONAL DE IMPUESTOS DE BOGOTA, REGIMEN COMUN  
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA:

MATRICULA NO: 02563358 DEL 16 DE ABRIL DE 2015

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA :27 DE MARZO DE 2019  
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019  
ACTIVO TOTAL : 294,639,968

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CL 57 NO 36 A - 47 OFC 302  
MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.  
EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : JCCP2000@GMAIL.COM  
DIRECCION COMERCIAL : CL 10 #7-22 PISO 2  
MUNICIPIO : FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA)  
EMAIL COMERCIAL : JCCP2000@GMAIL.COM

CERTIFICA:

CONSTITUCION: QUE POR DOCUMENTO PRIVADO NO. SIN NUM DE ACCIONISTA UNICO DEL 16 DE ABRIL DE 2015, INSCRITA EL 16 DE ABRIL DE 2015 BAJO EL NUMERO 01930706 DEL LIBRO IX, SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD COMERCIAL DENOMINADA VISION HUMANA INTEGRAL SAS.

CERTIFICA:

REFORMAS:

DOCUMENTO NO.	FECHA	ORIGEN	FECHA	NO. INSC.
3	2017/01/23	ASAMBLEA DE ACCIONIST	2017/01/23	02178732
4	2017/02/23	ASAMBLEA DE ACCIONIST	2017/02/24	02189797

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICA:

VIGENCIA: QUE EL TERMINO DE DURACION DE LA SOCIEDAD ES INDEFINIDO

CERTIFICA:

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRÁ COMO OBJETO PRINCIPAL ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA SIN INTERNACIÓN, ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO, ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO Y FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y SU COMERCIALIZACIÓN. ASÍ MISMO, PODRÁ REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD ECONÓMICA LÍCITA TANTO EN COLOMBIA COMO EN EL EXTRANJERO. LA SOCIEDAD PODRÁ LLEVAR A CABO, EN GENERAL, TODAS LAS OPERACIONES, DE CUALQUIER NATURALEZA QUE ELLAS FUEREN, RELACIONADAS CON EL OBJETO MENCIONADO, ASÍ COMO CUALESQUIERA ACTIVIDADES SIMILARES, CONEXAS O COMPLEMENTARIAS O QUE PERMITAN FACILITAR O DESARROLLAR EL COMERCIO O LA INDUSTRIA DE LA SOCIEDAD. ADEMAS PODRA REALIZAR ACTIVIDADES DE CONSULTA EXTERNA, INTERCONSULTA OFTALMOLOGICA Y OPTOMETRIA, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS.

CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

8621 (ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN)

ACTIVIDAD SECUNDARIA:

8691 (ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO)

OTRAS ACTIVIDADES:

8692 (ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO)

2100 (FABRICACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, SUSTANCIAS QUÍMICAS MEDICINALES Y PRODUCTOS BOTÁNICOS DE USO FARMACÉUTICO)

CERTIFICA:

CAPITAL:

\*\* CAPITAL AUTORIZADO \*\*

VALOR : \$500,000,000.00  
NO. DE ACCIONES : 500,000.00  
VALOR NOMINAL : \$1,000.00

\*\* CAPITAL SUSCRITO \*\*

VALOR : \$100,000.00  
NO. DE ACCIONES : 100.00  
VALOR NOMINAL : \$1,000.00

\*\* CAPITAL PAGADO \*\*

VALOR : \$100,000.00  
NO. DE ACCIONES : 100.00  
VALOR NOMINAL : \$1,000.00

CERTIFICA:

REPRESENTACION LEGAL: LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA ESTARÁ A CARGO DE UNA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, ACCIONISTA O NO, QUIEN TENDRÁ UN SUPLENTE, DESIGNADO PARA UN TERMINO DE UN DOS AÑOS POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

CERTIFICA:

\*\* NOMBRAMIENTOS \*\*

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO NO. SIN NUM DE ACCIONISTA UNICO DEL 16 DE ABRIL DE 2015, INSCRITA EL 16 DE ABRIL DE 2015 BAJO EL NUMERO 01930706 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE

IDENTIFICACION

REPRESENTANTE LEGAL

CONTRERAS PARRA JUAN CARLOS

C.C. 000000079654935

QUE POR ACTA NO. 4 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS DEL 23 DE ENERO DE 2018, INSCRITA EL 5 DE FEBRERO DE 2018 BAJO EL NUMERO 02299328 DEL LIBRO IX,

60  
248



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE FUSAGASUGA

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 4200038454FD05

18 DE FEBRERO DE 2020 HORA 10:50:59

0420003845 PÁGINA: 2 DE 2

\* \* \* \* \*

FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE

IDENTIFICACION

REPRESENTANTE LEGAL SUPLENTE

ROMERO LARA ENRIQUE

C.C. 000000079556125

CERTIFICA:

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: LA SOCIEDAD SERÁ GERENCIADA, ADMINISTRADA Y REPRESENTADA LEGALMENTE ANTE TERCEROS POR EL REPRESENTANTE LEGAL, QUIEN NO TENDRA RESTRICCIONES DE CONTRATACION POR RAZÓN DE LA NATURALEZA NI DE LA CUANTÍA DE LOS ACTOS QUE CELEBRE. POR LO TANTO, SE ENTENDERÁ QUE EL REPRESENTANTE LEGAL PODRÁ CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN EL OBJETO SOCIAL O QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON LA EXISTENCIA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD. EL REPRESENTANTE LEGAL SE ENTENDERÁ INVESTIDO DE LOS MÁS AMPLIOS PODERES PARA ACTUAR EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD, CON EXCEPCIÓN DE AQUELLAS FACULTADES QUE, DE ACUERDO CON LOS ESTATUTOS, SE HUBIEREN RESERVADO LOS ACCIONISTAS. EN LAS RELACIONES FRENTE A TERCEROS, LA SOCIEDAD QUEDARÁ OBLIGADA POR LOS ACTOS Y CONTRATOS CELEBRADOS POR EL REPRESENTANTE LEGAL. LE ESTA PROHIBIDO AL REPRESENTANTE LEGAL Y A LOS DEMÁS ADMINISTRADORES DE LA SOCIEDAD, POR SÍ O POR INTERPUESTA PERSONA, OBTENER BAJO CUALQUIER FORMA O MODALIDAD JURÍDICA PRÉSTAMOS POR PARTE DE LA SOCIEDAD U OBTENER DE PARTE DE LA SOCIEDAD AVAL, FIANZA O CUALQUIER OTRO TIPO DE GARANTÍA DE SUS OBLIGACIONES PERSONALES.

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE LA CORRESPONDIENTE ANOTACIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSO. LOS SÁBADOS NO SON TENIDOS EN CUENTA COMO DÍAS HÁBILES PARA LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

\* \* \* EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE \* \* \*  
\* \* \* FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO \* \* \*

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 CONSTITUCION 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.

RECUERDE INGRESAR A WWW.SUPERSOCIEDADES.GOV.CO PARA VERIFICAR SI SU EMPRESA ESTA OBLIGADA A REMITIR ESTADOS FINANCIEROS. EVITE SANCIONES.

\*\*\*\*\*

\*\* ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA \*\*  
\*\* SOCIEDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION. \*\*  
\*\*\*\*\*

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,  
VALOR : \$ 6,100

\*\*\*\*\*  
PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA  
INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE LA CÁMARA DE  
COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR  
SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
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.





EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1310-2018

CONTRATISTA	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS SAS
IDENTIFICACION	900065662
DIRECCION	Carrera 7 No. 72-84 CS 218
OBJETO	SERVICIO DE OFTALMOLOGIA EN EL MACROPROCESO MISIONAL
VALOR	\$30.000.000
PLAZO DE EJECUCION	UN (1) MES
FECHA	AGOSTO 1 DE 2016

Entre los suscritos a saber **GLADYS MARCELA ULLOA VALENCIA**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 35.516.837 de Facatativá, actuando en calidad de Gerente encargada de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0099 de Abril 1 de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 082 de Abril 1 de 2016, facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos de la presente **CONTRATO**, se denominará **LA EMPRESA**, por una parte y por la otra **MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS**, con C.C No. 79.157.475, obrando en calidad de representante legal de la Sociedad Oftalmológica MFJ IPS SAS, con NIT 900065662, quién para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**; hemos acordado celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Resolución No. 206 del 7 de Diciembre de 2015, el Consejo Superior de Política Fiscal de Cundinamarca "CONFISCUN" aprobó el Presupuesto de Ingresos y Gastos de las Empresas Sociales del Departamento de Cundinamarca, para la vigencia fiscal de 2016. 2) Que **LA EMPRESA** efectuó el estudio de oportunidad y conveniencia para el **SERVICIO DE OFTALMOLOGIA EN EL MACROPROCESO MISIONAL**. 3) Que la Subgerencia Científica, solicita la contratación de personal externo que no genere vínculo laboral con **LA EMPRESA**, certificando que no existe personal suficiente e idóneo en la planta de personal para la realización de las operaciones asistenciales en el **SERVICIO DE OFTALMOLOGIA EN EL MACROPROCESO MISIONAL**. 4) Que **EL CONTRATISTA** presentó propuesta a **LA EMPRESA**. 5) Que la propuesta presentada se ajusta a los términos establecidos en el estudio de oportunidad y conveniencia. 6) Que existe disponibilidad presupuestal para efectuar el presente contrato. 7) Que con el fin de cumplir con los requerimientos del área asistencial se hace necesario proceder a la contratación de personal externo que no genere vínculo laboral, a fin de prestar una adecuada y oportuna prestación del servicio, en los términos de los fines del estado implícitos en el artículo 2 de la Constitución Política de Colombia. 8) Que el artículo 209 de la Constitución establece entre otras cosas, la primacía del interés general sobre el particular, la ley 100 de 1993 en concordancia con el decreto 1876 de 1994 establece el régimen de contratación privado para las Empresas Sociales del Estado y el modo de contratación directa incito el artículo 25 del Acuerdo 008 de 2014 que establece los casos específicos de contratación directa conforme lo señala el Literal h. "Cuando se trate de contratos de prestación de servicios o de apoyo a la Gestión, incluidos los contratos de este tipo que se hagan por el sistema de productividad." 9) Que mediante oficio No. 00448 de fecha marzo 22 de 2012 el MINISTERIO DEL TRABAJO Y LA PROTECCION SOCIAL en relación con el talento humano en el Sector Salud permiten que hasta tanto se realicen los estudios y análisis mencionados y se adelante su implementación progresiva, en aras de garantizar la prestación del servicio de salud a la población, las Empresas Sociales del Estado deben evaluar las necesidades para la gestión del talento humano y adoptar las medidas transitorias correspondientes, sin desconocer los lineamientos de la Corte Constitucional contenidos en la Sentencia C-614.2009, pudiendo utilizar entre otras la figura de contratación de prestación de Servicios profesionales. 10) Que de acuerdo a las

61  
249



consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar el presente contrato, el cual se registrará por el régimen privado y demás normas reglamentarias. **CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO: SERVICIO DE OFTALMOLOGIA EN EL MACROPROCESO MISIONAL.** **CLÁUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** En desarrollo del objeto del presente contrato, **EL CONTRATISTA** se compromete para con el Hospital a cumplir con las siguientes actividades: 1. Realizar Consulta externa especializada de Oftalmología. 2. Valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos. 3. Realizar Cirugía programada y de urgencias. 4. Atención al paciente de urgencias y hospitalizado en caso de requerirse; de acuerdo a la demanda del servicio, se puede ampliar el proceso. 5. Participación en los comités creados en la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá si es necesario. 6. Para ejecutar el proceso el contratista debe aportar los equipos de cómputo que se requieran, para el diligenciamiento de las historias clínicas. 7. Se deben cumplir los preceptos del sistema obligatorio de garantía de calidad, como principio rector. 8. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de estas por cada servicio habilitado. 9. En desarrollo del subproceso el contratista debe brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud, sin delegar esta responsabilidad. 10. Para garantizar el 100% del subproceso el contratista debe responder las interconsultas que sean solicitadas en máximo una hora. 11. Se debe cumplir con las normas del talento humano del sector salud, para efectos del cubrimiento del subproceso objeto a la invitación. 12. Presentar reporte ejecución del subproceso en medio magnético y escrito, discriminadas por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por el departamento. 13. Participar y realizar actividades docentes asistenciales que se programen en los períodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos en la ESE Hospital San Rafael de Fusagasugá. 14. Participar en los comités Técnico Científicos de auditoría y seguimiento al riesgo. 15. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital. 16. Diligenciar las historias clínicas de conformidad con la Resolución 1995 de 1999 y el sistema implementado por la Institución. 17. Debe mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. 18. Elaborar mensualmente un cuadro con la programación de turnos en el que figuren los médicos especialistas vinculados a la sociedad que van a prestar el servicio con sus respectivos horarios, dentro de los cinco (5) días del mes. Dichos cuadros serán avalados periódicamente por la subgerencia científica. - Los contratistas deberán realizar acompañamiento y ceñirse al desarrollo de las resoluciones 2003 de 2014, resolución 123 de 2012, resolución 1445 de 2006 y decreto 1011 de 2006, y demás normas concordantes que aclaren modifiquen sobre el sistema de garantía de calidad. - El contratista deberá dar lectura y adherirse a las guías y protocolos de los diferentes servicios donde desarrolle su objeto contractual. - El contratista deberá hacer parte de los procesos de mejora continua que adelanta la ESE San Rafael de Fusagasugá. **CLÁUSULA TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento de la orden a través del Profesional Especializado Área Salud o quien haga sus veces, en las diferentes sedes de LA EMPRESA. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor del contrato en la oportunidad y forma aquí establecida. **CLÁUSULA CUARTA: TERMINO DE EJECUCION:** El término de ejecución del presente contrato se fija en UN (1) MES, término contado a partir del acta de inicio. Vigencia, igual a la ejecución del contrato y dos (2) meses más. **CLÁUSULA QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de TREINTA MILLONES DE PESOS (\$30.000.000.00) M/CTE; **CLÁUSULA SEXTA: FORMA DE PAGO:** LA EMPRESA pagará a EL CONTRATISTA el valor fijado en la cláusula quinta, en mensualidades de acuerdo a la certificación que emita el supervisor contra presentación de factura y los soportes para su respectiva verificación. De la cuenta presentada por el contratista se descontará un ocho por ciento (08%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se les prestan los servicios. Esta suma de dinero se reembolsará al contratista una vez se certifique por parte de la oficina de Auditoría Médica de la Institución que el período que se pretende cobrar no fue



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron y no fueron aceptadas por el Hospital, según los términos indicados en el Decreto 4747 de 2007. Se descontará el (1.5%) por ciento para servicios públicos. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el contratista y avalada por la Subgerencia Científica y los servicios solicitados serán los relacionados a continuación:

PROCEDIMIENTO	% CONTRATISTA	% HOSPITAL
CONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA E INTERCONSULTA DE OFTALMOLOGIA-	70%	30%
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS CON EQUIPOS PROPIOS	70%	30%
PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS CON EQUIPOS DEL HOSPITAL	70%	30%
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN QUIROFANOS POR HONORARIOS MEDICOS	100%	%

NOTA: Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las EPS. Cuando el Contratista suministrara los insumos, (lentes intraoculares, Viscoelástico Ampolla), los cuales serán reconocidos por el Hospital así:

INSUMO	Valor Contratista
Lente Intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$40.000
Lente Intraocular de cámara anterior	\$60.000
Viscoelástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$22.000
Sutura Nylon 10.0	\$22.000
Vicryl 7.0	\$34.000

**PARAGRAFO UNO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudantía, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este caso, cuando el Hospital suministre los servicios profesionales de anestesiólogo o ayudantía quirúrgica, el valor de estos honorarios debe ser para la Institución. **PARAGRAFO DOS:** Al valor de los derechos de salsa no se reconocera para el contratista los materiales de sutura y curación que normalmente los suministra el Hospital deben ser exclusivos para la Institución razón por la cual no se otorgara porcentaje por estos a favor del Contratista. **PARAGRAFO TRES:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente preste, de acuerdo con el nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con a EPS por evento. **PARAGRAFO CUATRO:** Para certificación de los insumos el CONTRATISTA deberá presentar soporte por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por el Jefe de Quirófanos. En el caso que se suministre insumo adicional el CONTRATISTA se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO QUINTO:** El término del pago solo empezara a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA, 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla del sistema general de seguridad social integrada (salud, pensión, riesgos nivel III), conforme lo señala el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y la Ley 828 de 2003, Informe de actividades, el pago estará supeditado al PAC y Flujo de caja. **CLÁUSULA SEPTIMA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato se respalda por el Certificado de Disponibilidad Presupuestal No. 1684 de fecha 29 de Julio de 2016 y con cargo al rubro 2120908, concepto: Compra de Servicios a Terceros del presupuesto de la vigencia fiscal del 2016. **CLÁUSULA OCTAVA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** El presente contrato estará a cargo de SUBGERENCIA CIENTIFICA o quien haga sus veces. **CLAUSULA NOVENA: CESIÓN Y SUBCONTRATOS:** EL CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato, ni subcontratar con persona natural o jurídica los derechos y obligaciones emanados del presente contrato, sin que medie autorización previa, expresa y por escrito por parte del HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. **CLÁUSULA DECIMA: SUSPENSIÓN:** Las partes contratantes podrán suspender temporalmente el presente contrato, mediante la suscripción de un acta en donde conste tal evento, cuando medie alguna de las siguientes causales: 1) Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobadas. 2) A solicitud debidamente sustentada presentada por una de las partes. El término de suspensión no será computable para efecto del plazo de ejecución del contrato, ni dará derecho a exigir indemnización sobre costos o reajustes, ni a reclamar gastos diferentes a los pactados en el contrato. **CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO: 1) MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente contrato EL CONTRATISTA autoriza expresamente a LA EMPRESA para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total de la orden, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) de la orden. 2) PENAL PECUNIARIA: EL CONTRATISTA se obliga a pagar a LA EMPRESA una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. 3) CADUCIDAD: LA EMPRESA declarará la caducidad del contrato, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas, de igual forma EL CONTRATISTA autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontadas del valor a pagar de la orden, autorización que se entiende dada con la firma del presente contrato. **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN:** La presente orden se dará por terminada en cualquiera de los siguientes eventos: 1) Por el cumplimiento a satisfacción de las prestaciones derivadas de la misma. 2) A solicitud del CONTRATISTA, debidamente sustentada, presentada al Supervisor por lo menos con quince (15) días hábiles de antelación. 3) Por acuerdo bilateral. 4) Por caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobados. En cualquiera de los anteriores eventos se deberá suscribir un Acta donde conste el respectivo hecho. Una vez terminada la Orden se procederá a su liquidación, siempre y cuando exista saldo presupuestal a liberar. Para el efecto el Supervisor debe presentar solicitud en tal sentido dentro de los dos (2) meses siguientes a la fecha de terminación, anexando: a) Estado de cuenta, b) Certificado de cumplimiento, c) Informe final de



63  
251

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.690.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

ejecución y d) Certificado sobre el cumplimiento o incumplimiento por parte del CONTRATISTA. La Liquidación se realizará de común acuerdo dentro de los dos (2) meses siguientes a la terminación. Si vencido este plazo EL CONTRATISTA no se presenta a la Liquidación o las partes no llegan a un acuerdo sobre el contenido de la misma, será practicada en forma directa y unilateral por LA EMPRESA, la cual se adoptará mediante Acto Administrativo motivado, susceptible de Recurso de Reposición.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** EL CONTRATISTA desarrollará el objeto del presente contrato con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto el contrato no genera relación laboral ni prestaciones sociales por parte de la entidad contratante, de conformidad con lo estipulado por el Estatuto General de Contratación

**CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma de la presente orden, afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9° de la ley 80 de 1993.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA TERMINACION ANTICIPADA:** LA EMPRESA se reserva el derecho a dar por terminado en forma unilateral y anticipada el plazo de ejecución del presente contrato, por la ocurrencia de una o varias de las siguientes causales originadas por EL CONTRATISTA: a) Por el incumplimiento de cualquiera de sus obligaciones, pactadas en este documento. b) Por incapacidad física, parcial o permanente, certificada por autoridad médica competente. c) Por la imposibilidad de cumplir cualquiera de las actividades inherentes a su profesión u oficio, debido a la falta de idoneidad, destreza o experiencia para desarrollarlas, a juicio del funcionario que ejerce la Supervisión para la debida ejecución de esta Orden. d) Por las reiteradas quejas de los pacientes o de los usuarios de LA EMPRESA, relacionadas con el trato a los mismos.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento del presente contrato que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de ésta, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 de la ley 80 de 1993.

**PARAGRAFO: CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá Cundinamarca.

**CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la suscripción de la misma por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1) La existencia del registro presupuestal correspondiente, conforme al artículo 71 del decreto 111 de 1996 y acta de inicio.

**CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: NORMATIVIDAD APLICABLE:** De conformidad código de comercio. En caso contrario, se aplicará la disposición civil comercial y aquellas disposiciones concordantes.

**CLÁUSULA VIGECIMA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución del presente contrato con ocasión de él, se intentará inicialmente por los mecanismos de conciliación, transacción o amigable composición, de acuerdo con la normatividad que regula la solución alternativa de conflictos.

**CLÁUSULA VIGESIMA PRIMERA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio de oportunidad y conveniencia. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) Los presentados por EL CONTRATISTA en su propuesta; d) Registro presupuestal. e)

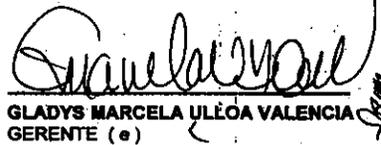


EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGÁ 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA: INDEMNIDAD:** Será obligación del CONTRATISTA mantener libre e indemne a la ESE HOSPITAL de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes, de conformidad en las normas vigentes sobre la materia y las que lo modifiquen, sustituyan o adicionen. **CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA: GARANTIAS.** EL CONTRATISTA se obliga para con el Hospital a constituir en una compañía de seguros legalmente establecida en Colombia que garantice lo siguiente: a) **Responsabilidad civil extracontractual:** En cuantía equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del contrato, con una vigencia igual a la de ejecución del contrato y cuatro (4) meses más. c) **Póliza de responsabilidad médica** En cuantía equivalente a 500 SMLMV, con una vigencia igual al contrato, y un (1) año más, garantía única que podrá ser individual o colectiva. **CLASUSULA VIGESIMA CUARTA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad. Para constancia se firma en el Municipio de Fusagasugá - Cundinamarca, al primero (1) de Agosto de dos mil dieciséis (2016).

LA EMPRESA

EL CONTRATISTA

  
GLADYS MARCELA ULLOA VALENCIA  
GERENTE (e)

  
MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS  
C/C No. 79.157.475

  
JAVIER OSWALDO JIMENEZ CARDENAS  
LIDER UNIDAD DE CONTRATACION

Elaboro: Yesika Vargas



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

ACTA DE INICIO

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1312-2016

CONTRATISTA	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS SAS
IDENTIFICACION	900085682
DIRECCION	Carrera 7 No. 72-84 CS 219
OBJETO	SERVICIO DE OFTALMOLOGIA EN EL MACROPROCESO MISIONAL
VALOR	\$30.000.000
PLAZO DE EJECUCION	UN (1) MES
FECHA	AGOSTO 1 DE 2016

En Fusagasugá Cundinamarca, al primero (1) de Agosto de dos mil dieciséis (2016), se reunieron las siguientes personas: El Subgerente científico en calidad de Supervisor de la Empresa, y el Doctor MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, identificado con C.C No. 79.157.475, representante legal de la Sociedad Oftalmológica MFJ IPS SAS, con NIT No. 900085682, en calidad de Contratista, se reunieron con el fin de dejar constancia del inicio del contrato.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída y en constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ  
Supervisor

MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS  
Contratista

69  
252



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA: 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACIÓN

Fusagasugá, Agosto 1 de 2016

Doctor (a)  
**ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ**  
Subgerencia científica

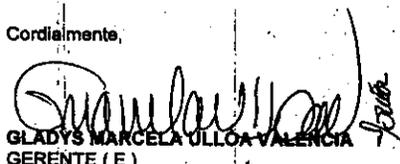
**REF: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 1312-2016.**

De manera atenta me permito comunicarle que ha sido usted designado como SUPERVISOR de la orden de la referencia, el cual me permito adjuntarle vía e mail.

Sus funciones como SUPERVISOR corresponden a:

1. Expedir los cumplidos relacionados con la documentación allegada por parte del contratista.
2. Exigir al contratista, la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado.
3. Buscar el cumplimiento de los fines de la presente orden.
4. La correcta ejecución del objeto de la orden de la referencia.
5. Verificar que los pagos efectuados se hagan en desarrollo de lo establecido en la orden
6. Informar a la Gerencia las modificaciones que deban producirse en desarrollo de la misma para su correcta ejecución.
7. Proteger los derechos de la empresa, del contratista y de los terceros que se puedan ver afectados con la ejecución del objeto contratado.
8. Informar a la Gerencia de la empresa, la fecha de vencimiento del plazo de ejecución de la presente orden.
9. Reportar al contratista, por escrito las fallas o anomalías presentadas en la ejecución del objeto de la orden.
10. Proyectar el acta de liquidación del contrato.
11. Verificar el cumplimiento del contratista, respecto del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, parafiscales, cajas de compensación familiar (SENA e ICBF), e informar de ello.
12. Suscribir las Actas de Iniciación y de corte cuando a ello haya lugar
13. Cumplir con las demás obligaciones que contribuyan a garantizar el cabal cumplimiento y ejecución de la orden.

Cordialmente,

  
GLADYS MARCELA ULLOA VALENCIA  
GERENTE (E)  
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

**RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL**  
Entidades Estatales

INICIACION  
COPIA

Ref. de Pago: 31008081782

LUBRIFICACION DE COLOMBIA

INFORMACION GENERAL						
RAMO / PRODUCTO 273 731	POLIZA 4230216000033	CERTIFICADO 0	FACTURA 1	OFICINA MAPPRE GUAYMARAL	DIRECCION CRA 10 N 1-50 L 1 CC ASTURIAS DE OVE	CIUDAD CHIA
TOMADOR DIRECCION	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS SAS KR 7 72 64 CEN COMERCIAL EL CASTILLO			CIUDAD BOGOTA D.C	NIT / C.C. TELEFONO	900656621 2725319
ASEGURADO DIRECCION	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA Tv 12 #22-42			CIUDAD FUSAGASUGA	NIT / C.C. TELEFONO	8906800251 8733900
ASEGURADO DIRECCION	N.D. N.D.			CIUDAD N.D	NIT / C.C. TELEFONO	N.D. N.D.
BENEFICIARIO DIRECCION	CUALQUIER TERCERO AFECTADO N.D.			CIUDAD N.D	NIT / C.C. TELEFONO	N.D. N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA												
FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO				
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	Nº DIAS	HORA	DIA	MES	AÑO	Nº DIAS
30	8	2016	00:00	1	8	2016	365	00:00	1	8	2016	365
INICIACION			TERMINACION					INICIACION			TERMINACION	
			00:00			1 8 2017		00:00			1 8 2017	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS				
NOMBRE DEL PRODUCTOR G.R CONSULTORES DE SEGUROS LIMITADA	CLASE AGENCIA AFIN	CLAVE 97544	TELEFONO 8631609	% PARTICIPACION 100.00

TIPO DE CONTRATO CONTRATO DE PRESTACION DE SERV	DIRECCION DEL MEDICO CARRERA 7 # 72-64 CASA 210
DEPARTAMENTO FUNSINAMARCA	CIUDAD FUSAGASUGA
HORA INICIO VIGENCIA	HORA FINALIZACION VIGENCIA

COBERTURAS		VALOR ASEGURADO		DEDUCIBLE	
P.L. PREDAJOS LABORES Y OPERACIONES	\$ 9.000.000,00	\$ 9.000.000,00	10% PERDIDA (S.M.A.L.V.)		
TOTAL PRIMA NETA PESOS COLOMBIANOS	\$ 50.000,00	GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS	\$ 7.000,00	SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS	\$ 57.000,00
		VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS	\$ 9.120,00	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS	\$ 66.120,00

INFORMACION GENERAL				
RAMO / PRODUCTO 731	POLIZA 4230216000033	OPERACION	OFICINA MAPPRE 1º GUAYMARAL	DIRECCION CRA 10 N 1-50 L 1 CC ASTURIAS DE OVE
CIUDAD CHIA				

**ANEXOS**

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE SE PUDIERAN OCASIONAR CON MOTIVO DE LA EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.1310-2016 DE FECHA 1 DE AGOSTO DE 2016 CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA EN EL MACROPROCESO MISIONAL.

EL PRESENTE SEGURO NO SE EXTIENDE A AMPARAR RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA Y/O PROFESIONAL

- FIN DE LA SECCION -

SE LE INFORMA QUE EN CASO DE OCURRIR UN EVENTO SEGURO, DEBE CONTACTAR A SU AGENTE DE SERVICIO EN LAS 24 HORAS DEL DIA SIGUIENTE AL SUCESO PARA REPORTAR EL EVENTO Y SOLICITAR LA EVALUACION DEL DAÑO. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE COMPROBACION CON EL ART. 3 DEL RETO 11160001.

**MAPPRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA**

*[Firma]*  
TOMADOR

NIT 891.706.877-8 Cra. 14 No. 95 - 34 PBX: 6683300 fax: 6683400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 26626 Bogotá, D.C., Colombia

EMBLV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO VAP: VALOR ASEGURABLE DEL PRECIO

N.D.: NO DECLARADO PERD.: VALOR PERDIDA V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condiciones del producto contratado y una amplia informacion sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web [www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co).

**DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082 DE 2015.**

**INICIACION COPIA**

Ref de Pago: 3100801576

INFORMACION GENERAL							
RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
370 705	423031600003	0	1		GUAYMARAL	CRA 10 N 1-50 L 1 CC ASTURIAS DE C	CHIA
<b>TOMADOR Y/O AFIANZADO</b>	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS SAS					MIT / C.C.	900656621
<b>DIRECCION</b>	KR 7 72 64 CEN COMERCIAL EL CASTILLI				CIUDAD BOGOTA D.C	TELEFONO	2725319
<b>TOMADOR Y/O AFIANZADO</b>	N.D.					MIT / C.C.	N.D.
<b>DIRECCION</b>	N.D.				CIUDAD N.D	TELEFONO	N.D.
<b>ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO</b>	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA					MIT / C.C.	8908800251
<b>DIRECCION</b>	Tv. 12 #22-42				CIUDAD FUSAGASUGA	TELEFONO	8733000
<b>ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO</b>	N.D.					MIT / C.C.	N.D.
<b>DIRECCION</b>	N.D.				CIUDAD N.D	TELEFONO	N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA														
FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DIA	MES	AÑO	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
27	9	2015	00:00	00:00	1	8	2016	152	00:00	00:00	1	8	2016	152
			TERMINACION		31	12	2016		TERMINACION		31	12	2016	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS				
NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
C R CONSULTORES DE SEGUROS LIMITADA	AGENCIA AFIN	97944	8631669	100,00

Ciudad	FUSAGASUGA	 <p>{415}7707288180028{8020}031008091576{3900}0000032480{98}20160801*</p>
Departamento	CUNDINAMARCA	
Tipo de Contrato		
Descripción Tipo de Contrato		
Tipo de Contrato	CONTRATO DE PRESTACION DE SERV	
Numero de Contrato/Anexo	1310-2016	
Valor del Contrato	40.000.000	

**OBJETO DEL CONTRATO**  
 GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No 1310-2016 CUYO OBJETO ES EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA EN EL MACROPROCESO MISIONAL

- FIN DE LA SECCION -

COBERTURAS	VIGENCIA DE COBERTURA	SUMA ASEGURADA	PRIMA COBERTURA
CUMPLIMIENTO	01/09/2016 - 31/12/2016	\$ 3.000.000,00	\$ 21.000,00
<b>TOTAL PRIMA META PESOS COLOMBIANOS</b>			<b>\$ 21.000,00</b>
<b>GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS</b>			<b>\$ 7.000,00</b>
<b>SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS</b>			<b>\$ 28.000,00</b>
<b>VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS</b>			<b>\$ 4.480,00</b>
			<b>\$ 32.480,00</b>

CLAUSULA: CLAUSULA DE NO REVOCACION

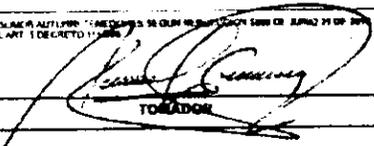
MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. NIT 801.700.037-9 CERTIFICA

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza No 423031600003 donde el afianzado es SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS SAS y el Asegurado y/o Beneficiario EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL expedida por la compañía en CUNDINAMARCA, no expira por falta de pago de prima de la póliza, de los certificados o anexos que expidan con fundamento en este o por revocación unilateral por parte del tomador o de la compañía

Se firmó en CUNDINAMARCA a los 27 días del mes de Septiembre de 2015

- FIN DE LA POLIZA -

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

  
 TOMADOR

675  
255

INFORMACION GENERAL						
RAMO / PRODUCTO	POLIZA	CERTIFICADO	FACTURA	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
772 737	4230215000005	1		GUAYMARAL	CRA 10 N 1-50 L 1 CC ASTURIAS DE OVI	CHIA
TOMADOR	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFL IPS SAS			DIRECCION		MIT / C.C.
DIRECCION	KR 7 72 64 CEN COMERCIAL EL CASTILLO			CIUDAD		BOGOTA D.C.
ASEGURADO	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFL IPS SAS			DIRECCION		MIT / C.C.
DIRECCION	KR 7 72 64 CEN COMERCIAL EL CASTILLO			CIUDAD		BOGOTA D.C.
ASEGURADO	N.D.			DIRECCION		MIT / C.C.
DIRECCION	N.D.			CIUDAD		N.D.
BENEFICIARIO	CUALQUIER TERCERO AFECTADO			DIRECCION		MIT / C.C.
DIRECCION	N.D.			CIUDAD		N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA														
FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DIA	MES	AÑO	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
5	2	2016	TERMINACION	00:00	30	1	2016	365	TERMINACION	00:00	30	1	2016	365
				24:00	29	1	2017			24:00	29	1	2017	

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS				
NOMBRE DEL PRODUCTOR	CLASE	CLAVE	TELEFONO	% PARTICIPACION
C R CONSULTORES DE SEGUROS LIMITADA	AGENCIA AFIN	97944	8631809	100,00

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
R.C. acto médico - Clínicas	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00
Gastos de defensa	\$ 200.000.000,00	\$ 200.000.000,00
Responsabilidad Civil acto médico u dependiente	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00
Asistencia médica emergente	\$ 500.000.000,00	\$ 500.000.000,00

TOTAL PRIMA NETA	GASTOS DE EXPEDICION	SUBTOTAL EN	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS	TOTAL A PAGAR
PESOS COLOMBIANOS	PESOS COLOMBIANOS	PESOS COLOMBIANOS	PESOS COLOMBIANOS	EN PESOS COLOMBIANOS
\$ 6.895.000,00	\$ 10.000,00	\$ 6.895.000,00	\$ 1.103.200,00	\$ 7.998.200,00

INFORMACION GENERAL					
RAMO / PRODUCTO	POLIZA	OPERACION	OFICINA MAPFRE	DIRECCION	CIUDAD
737	4230215000005	816 - 8	35 GUAYMARAL	CRA 10 N 1-50 L 1 CC ASTURIAS DE OVI	CHIA

**ANEXOS**

RC PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

ASEGURADO: SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFL IPS S.A Nit. 900.065.662-1

VIGENCIA: Desde 30/01/2016 Hasta 30/01/2017

MODALIDAD DE COBERTURA: Ocurrencia (2 años sunset)

LIMITE VALOR ASEGURADO: \$ 500.000.000 Evento / Agregado Anual

**AMPAROS**

- R.C. como consecuencia de cualquier acto médico derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en salud de las personas.
- R.C. que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al acto médico
- R.C. consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.

**COBERTURAS ADICIONALES**

- R.C. daños morales sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.
- Gastos judiciales sublimitado al 40% del limite asegurado básico, evento / vigencia. Este valor se encuentra incluido en el limite asegurado contratado y no en exceso de éste
- Gastos Medicos sublimitado a \$ 5.000.000 evento/ \$20.000.000 vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR



68  
258

-Gastos judiciales sublimitado al 40% del limite asegurado básico, evento / vigencia. Este valor se encuentra incluido en el limite asegurado contratado y no en exceso de este

-Gastos Médicos sublimitado a \$ 5.000.000 evento/ \$20.000.000 vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.

-PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual, sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el limite asegurado básico y no en exceso de este.

**PRIMA ANUAL SIN IVA: \$ 6.885.000**

**DEDUCIBLES: 10% Mínimo \$ 6.000.000.**

- 10% mínimo \$ 20.000.000 para la responsabilidad civil ocasionada por medicos que no tengan contrato de trabajo ni póliza de seguro Individual (personal).
- No operan para Gastos Médicos
- Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

**NO SE OTORGA**

R.C. Cruzada R.C. Extracontractual Bienes Bajo Cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes Extracontractual Bienes B del servicio de salud. Renovación Automática R.C. profesional del área o actividades netamente administrativas

**NOTAS OBLIGATORIAS:**

**SE EXCLUYE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DOMICILIARIOS DE URGENCIA.**

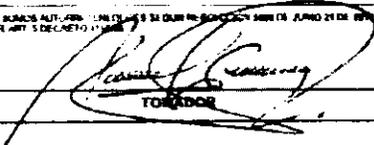
**TODO ACTO MEDICO O PROCEDIMIENTO REALIZADO CON FINES ESTETICOS O CIRUGIA PLASTICA ESTA EXCLUIDO, SALVO QUE SE TRATE DE UNA CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POR MALFORMACIONES CONGENITAS O EN CASO DE ACCIDENTE.**

**SE EXCLUYE COBERTURA PARA RECLAMACIONES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON SIDA, VIH Y/O HEPATITIS Y /O CUALQUIER ENFERMEDAD INFECCIOSA/CONTAGIOSA.**

**LA PRESENTE PÓLIZA AMPARA PROFESIONALES Y TÉCNICOS AUXILIARES DE LA SALUD SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA. LA CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA.**

- FIN DE LA SECCION -

RECIBI EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 1712 DE 2014 Y CONTROLADO EN VIRTUD DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 10 DEL DECRETO 2155 DE 2015. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE SERVICIOS PRESTADOS CON EL ARTÍCULO 5 DEL DECRETO 2155 DE 2015.

  
**TOMADOR**

---

**MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA**

NIT 901.796.827-9 C.A. 14 No. 94 - 34 PBX: 6003300 fax: 6503400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 28435 Bogotá, D.C., Colombia

SMMLV: SALARIOS MÍNIMOS LEGALES VIGENTES V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO V.A.P.: VALOR ASEGURABLE DEL PREDIO

N.D.: NO DECLARADO PERD.: VALOR PERDIDA V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condicionados del producto contratado y una amplia información sobre nuestros productos y servicios puede consultar la página web [www.mapfre.com.co](http://www.mapfre.com.co).



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGÁ  
NIT 890.680.025-1

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 391-2017

CONTRATISTA	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S
IDENTIFICACION	NIT 900065662-1
DIRECCION	Carrera 7 No. 72 - 84 Ca 219 Bogotá, D.C.
CORREO ELECTRONICO	patysomos10@hotmail.com
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E., HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
VALOR	\$150.000.000.00
PLAZO DE EJECUCION	SEIS (6) MESES
VIGENCIA	Igual a la ejecución y un (1) mes mas
FECHA	2 DE ENERO DE 2017

Entre los suscritos a saber JOHN CASTILLO MARTINEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nominamiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará LA EMPRESA y la señor (a) MANUEL FERNANDO JIMÉNEZ HOYOS, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 79.283.380, obrando en su condición de representante legal de la SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S, NIT 900065662-1, con matrícula número 01559182 del 18 de enero de 2006, quién para los efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Acuerdo No. 029 del 23 de diciembre de 2016 la Junta Directiva aprobó la desagregación y liquidación del presupuesto. 2) Que LA EMPRESA efectuó el estudio previo para atender la presente contratación, solicitando la contratación de personal externo que no genere vínculo laboral con LA EMPRESA, certificando que no existe personal suficiente e idóneo en la planta de personal, para atender la necesidad descrita. 3) Que EL CONTRATISTA presentó propuesta la cual forma parte integral del presente compromiso y se ajusta a los términos establecidos en el estudio previo. 4) Que existe disponibilidad presupuestal para atender el gasto. 5) Que con el fin de cumplir con los requerimientos del área científica se hace necesario proceder a la contratación de personal externo a fin de prestar una adecuada y oportuna prestación del servicio a cargo de la Institución. 6) Que el artículo 209 de la Constitución Política establece la primacía del interés general sobre el particular, la ley 100 de 1993 en concordancia con el decreto 1876 de 1994 establece el régimen de contratación privado para la EMPRESA y el modo de contratación directo está indicado en el artículo 32 del Acuerdo 008 de 2014. 7) Que mediante oficio No. 042578 del 22 de marzo de 2012, suscrito por el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, se indica que hasta tanto se realicen los estudios de análisis que permitan dar alternativas para que operen las relaciones laborales en el sector Salud y se adelante su implementación, las entidades deben adoptar medidas transitorias, sin desconocer los lineamientos de la Corte Constitucional contenidos en la Sentencia C-614 de 2009, en consecuencia se podrán utilizar como formas de vinculación, la contratación con terceros y Contratos de prestación de servicios. 8) Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hermanas convenido celebrar el presente compromiso, el cual se regirá por las siguientes CLAUSULAS. PRIMERA: OBJETO. PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E., HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ. SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA: En desarrollo del objeto del presente contrato, EL CONTRATISTA se obliga para con LA EMPRESA en general, a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigentes y en especial a realizar las siguientes operaciones: 1. Ejecutar el objeto del presente contrato garantizando equipos propios y personal técnico asistencial y administrativo. 2. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 3. Garantizar la entrega de soportes para el proceso de facturación que permitan el adecuado cobro ante las EPS por parte de LA EMPRESA. 4. Cuando se presenten glosas por los servicios del subproceso, deberá dar respuesta y soportar las mismas. 5. Valoración de pacientes. 6. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 7. Valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos. 8. Cirugía programada y de urgencias. 9. Atención del paciente hospitalizado y de urgencia en caso de requerirse; de acuerdo a la demanda del servicio. 10. Participación en los comités creados en LA EMPRESA. 11. Realizar diligenciamiento de Historias clínicas, de conformidad con los lineamientos establecidos por la normatividad vigente. 12. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de éstas por cada servicio habilitado. 13. Brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud. 14. Responder las Interconsultas que sean solicitadas en máximo una (1)

TRANSVERSAL 12 No 22-51 B/ SAN MATEO

Email: hospifusa.adquisiciones@gmail.com

357

Handwritten signature and initials.



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT 890.680.025-1

hora. 15. Presentar reporte ejecución del contrato, discriminando por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por LA EMPRESA. 16. Participar y realizar las actividades docente asistencial que se programen en los periodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos por LA EMPRESA. 17. Participar de los comités Técnico Científicos de Auditoría y seguimiento al riesgo. 18. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital. 19. Mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. 20. Ejecutar el proceso de manera integral de acuerdo a los lineamientos de la política de humanización de LA EMPRESA. 21. Ejecutar los procedimientos con fundamento en los lineamientos establecidos en la política de calidad LA EMPRESA. 22. Ejecutar las actividades atendiendo los lineamientos institucionales de seguridad del paciente. 23. Realizar las demás actividades propias de acuerdo con el desarrollo del objeto contractual. **PARRAGAFO UNO:** El contratista se compromete a tener el siguiente Personal mínimo requerido: Profesional del área del conocimiento ciencias de la salud, núcleo básico del conocimiento medicina. Título de postgrado modalidad especialización en Oftalmología. Experiencia profesional no menor de cinco (5) años. Equipo mínimo requerido: 1. Lámpara de hendidura. 2. Tonómetros. 3. Oftalmoscopios directos e indirectos. 4. Lentes diagnósticos. 5. Unidad oftalmológica. 6. Autorefractómetros. 7. Pupilometro. 8. Caja de pruebas. **PARAGRAFO DOS:** Prestar el apoyo necesario para el cumplimiento de las normas relacionadas con el manejo de archivo, tablas de retención documental, gestión documental y soporte documental, desde las actividades de su competencia, en virtud del desarrollo de las actividades y obligaciones propias del presente compromiso, especialmente las contenidas en la Ley 594 de 2000. **TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento del compromiso a través del funcionario designado por la Gerencia. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor del presente contrato en la oportunidad y forma aquí establecida. **CUARTA: TERMINO DE EJECUCION Y VIGENCIA:** SEIS (6) MESES a partir del acta de inicio. **VIGENCIA:** Igual a la ejecución y un (1) mes más, contado a partir de la suscripción del contrato. **QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS MCTE (\$150.000.000.00). **SEXTA: FORMA DE PAGO:** LA EMPRESA, pagará al contratista el valor fijado en mensualidades de acuerdo a la certificación que emita el supervisor contra presentación de Factura y los soportes para su respectiva verificación. De la cuenta presentada se descontará al contratista un OCHO POR CIENTO (8%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se le prestan los servicios. La suma de dinero se reembolsará al contratista una vez se certifique por parte de la Oficina de Cuentas Médicas de la Institución que el período que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron y no fueron aceptadas por el Hospital. Adicionalmente, se descontará EL CINCO POR CIENTO (5%), por concepto de servicios públicos. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica, los servicios solicitados serán, los relacionados a continuación:

PROCEDIMIENTO	% Contratista	% Hospital
Consulta por medicina especializada e interconsulta de oftalmología	60%	40%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos propios	80%	20%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos del Hospital	40%	60%
Procedimientos realizados en Quirófanos, por Honorarios Médicos	70%	30%

NOTA: Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las EPS.

Cuando el contratista suministre Lentes Intraoculares, Visco elástico Ampolla, serán reconocidos por LA EMPRESA así:

INSUMO	Valor Contratista
Lente Intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$ 40.000,00
Lente Intraocular de cámara anterior	\$ 60.000,00
Viscoelástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$ 22.000,00
Sutura Nylon 10.0	\$ 22.000,00
Vicryl 7.0	\$ 34.000,00

**PARAGRAFO UNO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudantía, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este caso, cuando el Hospital suministre los servicios profesionales de anestesiólogo o ayudantía quirúrgica, el valor de estos honorarios debe ser para la Institución. **PARAGRAFO DOS:** Al valor de los derechos de Salas no se reconocerá para el contratista, los materiales de sutura y curación que normalmente le suministra el Hospital deben ser exclusivos para la institución razón por la cual no se otorgará porcentaje por, estos a favor del CONTRATISTA. **PARAGRAFO TRES:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente preste, de acuerdo con el nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con la EPS por evento. **PARAGRAFO CUATRO:** Para certificación de los insumos el CONTRATISTA deberá presentar soporte por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por el Jefe de Quirófanos. En el caso que



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT. 890.680.025-1

se suministre insumo adicional el CONTRATISTA se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO QUINTO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla de pago del sistema general de seguridad social integrada (Salud, pensión y riesgos nivel III) conforme lo señala el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828, informe de actividades, el pago estará supeditado al PAC y flujo de Caja. **PARAGRAFO SEXTO:** Para el último pago se debe anexar Paz y salvo debidamente diligenciado, donde se certifique la devolución de activos fijos a su cargo utilizados y proporcionados para el desarrollo del objeto contractual y de propiedad de la Empresa, si a ello hubiera lugar. En el evento de continuar su contratación el paz y salvo no será necesario. **SEPTIMA: IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El valor del presente compromiso se respalda con el certificado de disponibilidad presupuestal No. 142 de fecha 2 DE ENERO DE 2017. Rubro 2120908, concepto: COMPRA DE SERVICIOS A TERCEROS con cargo al Presupuesto de la vigencia fiscal de 2017. **OCTAVA: SUPERVISION DEL CONTRATO:** El presente contrato será supervisado por el titular de la subgerencia científica, quien con la suscripción del acta de inicio se entenderá notificado de la presente designación y cumplirá las obligaciones indicadas en el artículo 44 del acuerdo 08 de 2014 y resolución 035 de 2015 emitida por la Gerencia. **NOVENA: CESIÓN Y SUBCONTRATOS:** EL CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato, ni subcontratar con persona natural o jurídica los derechos y obligaciones emanados del presente contrato, sin que medie autorización previa, expresa y por escrito por parte de la EMPRESA. **DECIMA: SUSPENSIÓN:** Las partes contratantes podrán suspender temporalmente el compromiso, según los lineamientos del artículo 48 del Estatuto de Contratación de la EMPRESA. **DECIMA PRIMERA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:** 1. **MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente compromiso EL CONTRATISTA autoriza expresamente a LA EMPRESA para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total del compromiso, sin que la sumatoria de las mismas supere el diez por ciento (10%) del valor del compromiso. Para hacer efectiva la multa deberá mediar no menos de 5 días desde la fecha del requerimiento realizado al CONTRATISTA, siempre y cuando su respuesta no sea satisfactoria y se sea realizado dentro del término otorgado por la EMPRESA, el cual no podrá ser superior a 3 días. 2. **PENAL PECUNIARIA:** EL CONTRATISTA se obliga a pagar a LA EMPRESA una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total del compromiso, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaración de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. 3. **CADUCIDAD:** LA EMPRESA declarará la caducidad del presente contrato, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARAGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas, de igual forma EL CONTRATISTA autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontadas del valor a pagar del compromiso, autorización que se entiende dada con la firma del presente documento. **DECIMA SEGUNDA: TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN:** El presente contrato se dará por terminada en cualquiera de los siguientes eventos: 1. Por el cumplimiento a satisfacción de las prestaciones derivadas de la misma y/o expiración del plazo de vigencia sin que medie adición o prórroga. 2. Por acuerdo bilateral. 3. Por caso fortuito o fuerza mayor debidamente comprobados. En los eventos de los numerales numerados con 2 y 3, se deberá suscribir acta donde conste tal hecho. Una vez terminado el compromiso se procederá a su liquidación, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 47 del Acuerdo 08 de 2014. **PARAGRAFO:** LA EMPRESA, podrá disponer la terminación anticipada de manera discrecional del compromiso, cuando sobrevengan circunstancias que stenten contra la prestación de los servicios a cargo de la Institución. **DECIMA TERCERA: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** EL CONTRATISTA desarrollará el objeto del presente contrato con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto el compromiso no genera relación laboral ni pago de prestaciones sociales por parte de la EMPRESA. **DECIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma del presente contrato, afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9° de la Ley 80 de 1993. **DECIMA QUINTA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento del presente contrato que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de ésta, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16, 17 y 18 de la Ley 80 de 1993. **PARAGRAFO:** LA EMPRESA se reserva el derecho a dar por terminado en forma unilateral y anticipada el plazo de ejecución del presente contrato, por la ocurrencia de una o varias de las siguientes causales originadas por EL CONTRATISTA: a) Por el incumplimiento de las obligaciones, pactadas en este documento. b) Por incapacidad física, parcial o

31  
259

36

Jose



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**HOSPITAL SAN RAFAEL**  
 FUSAGASUGA  
 NIT 890.680.025-1

27  
260

permanente, certificada por autoridad médica. e) Por la imposibilidad de cumplir cualquiera de las actividades inherentes a su profesión u oficio, debido a la falta de idoneidad, destreza o experiencia para desarrollarlas, a juicio del funcionario que ejerce la Supervisión para la debida ejecución del compromiso. d) Por las reiteradas quejas de los pacientes o de los usuarios de LA EMPRESA, relacionadas con el trato a los mismos. **DECIMA SEXTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá - Cundinamarca. **DECIMA SEPTIMA.- REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1.- La existencia del registro presupuestal correspondiente. 2. La presentación de pólizas cuando a ello hubiere lugar. **DECIMA OCTAVA.- NORMATIVIDAD APLICABLE:** La legislación de derecho privado, y las disposiciones especiales en materia de contratación para los E.S.E., y especialmente Acuerdo 008 de 2014. **DECIMA NOVENA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución del presente contrato o con ocasión de él, se intentará inicialmente mediante los mecanismos alternativos para la solución de conflictos, de conciliación. **VIGESIMA: DOCUMENTOS DEL COMPROMISO:** Forman parte integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio previo. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) La Propuesta y documentos presentados por EL CONTRATISTA. d) Registro presupuestal. e) Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **VIGESIMA PRIMERA: INDEMNIDAD:** Será obligación del CONTRATISTA mantener libre e Indemne a la EMPRESA de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de modifiquen, sustituyan o adicionen. **VIGESIMA SEGUNDA GASTOS. EL CONTRATISTA** asumirá todos los gastos que se requieran para el perfeccionamiento del presente contrato. **VIGESIMA TERCERA: NOTIFICACIONES.** El CONTRATISTA manifiesta que para efectos de cualquier clase de notificación **AUTORIZA** al HOSPITAL, para que todos los actos que se emitan y expidan en virtud del compromiso contractual suscrito le sean notificados electrónicamente al correo patysomos10@hotmail.com de acuerdo con lo previsto en los artículos 53, 56 y 67 numeral 1 de la Ley 1437 de 2011. **VIGESIMA CUARTA: POLITICA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:** Mediante la suscripción del presente compromiso las partes declaran: 1) Cumplen con las normas generales y particulares sobre control y prevención de Lavado de Activos. 2) Adoptaron medidas, códigos de conducta y demás requerimientos para la prevención de Lavado de activos y Financiación de Terrorismo. 3) En el desarrollo de la actividad objeto del presente contrato, desplegarán todos sus esfuerzos para cumplir estrictamente con todas las normas de precaución y prevención de lavado de activos y financiación de Terrorismo. 4) Mantendrá soportes documentales de todas las normas, procedimientos y manuales que a su interior desarrolle para la prevención y control de lavado de activos, en desarrollo de lo mencionado en puntos anteriores. **VIGESIMA QUINTA: POLIZAS:** El CONTRATISTA, se compromete a constitución una póliza a favor de la institución que cubra los siguientes amparos: A) CUMPLIMIENTO en cuantía equivalente al 10% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y 4 meses más. B) CALIDAD DEL SERVICIO, en cuantía equivalente al 15% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y 1 año más. C) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL. En cuantía equivalente al 30% del valor del compromiso y cuya vigencia será igual a la del contrato y tres (3) meses más. D) POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. En cuantía equivalente a 500 salarios mínimos mensuales legales vigentes y cuya vigencia será igual a la del contrato y un (1) año más. **VIGESIMA SEXTA: MANIFESTACIÓN:** El CONTRATISTA manifiesta bajo la gravedad del juramento que las obligaciones y actividades consignadas en el presente compromiso, las desarrollará standiendo los criterios de idoneidad y veracidad de la información. Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad. Para constancia se firma en el municipio de Fusagasugá - Cundinamarca, a los dos (02) días del mes de enero de dos mil diecisiete (2017).

LA EMPRESA

EL CONTRATISTA

**JOHN CASTILLO MARTINEZ**  
GERENTE

**MANUEL FERRARDO HERNÁNDEZ HOYOS**  
Representante  
SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS, S.A.S.  
C.C. No. 78.263.380

Preparó y Revisó: **Diego Esteban Nieto Soto**  
Líder de Organización  
Revisó: **Diego Esteban Nieto Soto**  
Coordinador, Gestión Jurídica



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA  
NIT. 890.680.025-1

ACTA DE INICIO

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 391-2017	
CONTRATISTA	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S
IDENTIFICACION	NIT 900665682-1
DIRECCION	Carrera 7 No. 72 - 64 Ca 219 Bogotá, D.C.
CORREO ELECTRONICO	patysomos10@hotmail.com
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
VALOR	\$150.000.000.00
PLAZO DE EJECUCION	SEIS (6) MESES
VIGENCIA	Igual a la ejecución y un (1) mes mas
FECHA	2 DE ENERO DE 2017

En Fusagasugá Cundinamarca, a los dos (02) días del mes de enero de dos mil diecisiete (2017), se reunieron las siguientes personas: el subgerente Científico como supervisor del compromiso designado por la gerencia y el señor (a) MANUEL FERNANDO JIMÉNEZ HOYOS, con C.C. No. 79.263.380, representante legal de la SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS, S.A.S., como contratista, con el fin de dejar constancia del inicio de las operaciones objeto contractual.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída, en constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

  
ANDREI ROJAS MARTÍNEZ  
SUPERVISOR DEL CONTRATO

  
MANUEL FERNANDO JIMÉNEZ HOYOS  
Representante legal  
SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS, S.A.S.  
CONTRATISTA

Proyecto y Redactor: Cecilia Gutiérrez Hincapié  
Líder de Coordinación

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 391-2017

TRANSVERSAL 12, No 22-51 B/ SAN MATEO  
Email: [hospifusa.adquisiciones@gmail.com](mailto:hospifusa.adquisiciones@gmail.com)

POLIZA

Hoja 1 de 2

RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES

RECIACION ORIGINAL

Ref. de Pago: 3100854077

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO 272 732	POLIZA 4230216000038	CERTIFICADO 0	FACTURA 1	OFICINA MAPFRE GUAYMARAL	DIRECCION CRA 10 N 1-50 L 1 CC ASTURIAS DE OVIE	CIUDAD CHIA
TOMADOR DIRECCION	JIMENEZ HOYOS MANUEL FERNANDO KR 1 E # 108 A -97			CIUDAD BOGOTA D.C.	NT / C.C. TELEFONO	79157475 3144461
ASEGURADO DIRECCION	JIMENEZ HOYOS MANUEL FERNANDO KR 1 E # 108 A -97			CIUDAD BOGOTA D.C.	NT / C.C. TELEFONO	79157475 3144461
ASEGURADO DIRECCION	N.D. N.D.			CIUDAD N.D.	NT / C.C. TELEFONO	N.D. N.D.
BENEFICIARIO DIRECCION	CUALQUIER TERCERO AFECTADO N.D.			CIUDAD N.D.	NT / C.C. TELEFONO	N.D. N.D.

INFORMACION DE LA POLIZA

FECHA DE EXPEDICION			VIGENCIA POLIZA					VIGENCIA CERTIFICADO						
DIA	MES	AÑO	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS	INICIACION	HORA	DIA	MES	AÑO	No. DIAS
7	10	2016	00:00	00:00	8	10	2016	365	00:00	00:00	8	10	2016	365
			TERMINACION	00:00	8	10	2017		TERMINACION	00:00	8	10	2017	365

PARTICIPACION DE INTERMEDIARIOS

NOMBRE DEL PRODUCTOR C R CONSULTORES DE SEGUROS LIMITADA	CLASE AGENCIA DEL.	CLAVE 97944	TELEFONO 8531609	% PARTICIPACION 100,00
---	-----------------------	----------------	---------------------	---------------------------

ACTIVIDAD : OFTALMOLOGIA CON CIRUGIA MENO	 <p>(415)770999000628(8020)0031006540771(3600)412011(88)20161107</p>
ESPECIALIDAD : OFTALMOLOGIA CON CIRUGIA MENO	
DIRECCION DEL RIESGO : DISTRITO CAPITAL	
DEPARTAMENTO : BOGOTA D.C.	

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE
C. actos medicos - Medicos	\$ 1.000.000.000,00	\$ 1.000.000.000,00
Gastos de defensa	\$ 400.000.000,00	\$ 400.000.000,00
Responsabilidad Civil acto m. suz o dependiente	\$ 1.000.000.000,00	\$ 1.000.000.000,00
Asistencia medica emergencia	\$ 1.000.000.000,00	\$ 1.000.000.000,00

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

TOTAL PRIMA NETA PESOS COLOMBIANOS \$ 345.182,00	GASTOS DE EXPEDICION PESOS COLOMBIANOS \$ 10.000,00	SUBTOTAL EN PESOS COLOMBIANOS \$ 355.182,00	VALOR IMPUESTO A LAS VENTAS PESOS COLOMBIANOS \$ 56.829,00	TOTAL A PAGAR EN PESOS COLOMBIANOS \$ 412.011,00
--	---	---	--	--

INFORMACION GENERAL

RAMO / PRODUCTO 370 732,00	POLIZA 4230216000038	OPERACION	OFICINA MAPFRE 28°GUAYMARAL	DIRECCION RA 10 N 1-50 L 1 CC ASTURIAS DE OVIED	CIUDAD CHIA
-------------------------------	-------------------------	-----------	--------------------------------	--	----------------

ANEXOS

ASEGURADO: MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS  
 ESPECIALIDAD: OFTALMOLOGIA  
 VIGENCIA: OCTUBRE 8 DE 2016 A OCTUBRE 8 DE 2017  
 MODALIDAD: Ocurrencia (2 años Sumbel)  
 PAROS  
 C. como consecuencia de cualquier acto medico derivado de la prestacion de servicios profesionales de atencion en salud de las personas.  
 C. consecuencia de asistencia medica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligacion legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado  
 LIMITE VALOR ASEGURADO:  
 \$ 1.000'000.000 evento / agregado anual

REGIMEN COMUN BOMBO GRANDES CONTRIBUYENTES, RESOLUCION 2849 DE DICIEMBRE 2015. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. BOMBO AUTORETENEDOR SEGUN RESOLUCION 99 DE JUNIO 21 DE 2015. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 6 DECRETO 1196/99

MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA

TOMADOR

VTE-099-NOV03

NT 991.709.837-9 Cra. 14 No. 96 - 34 PBX: 6563300 fax: 6593400 www.mapfre.com.co E-mail: mapfre@mapfre.com.co A.A.: 28825 Bogotá, D.C., Colombia

IMPULV: SALARIOS MINIMOS LEGALES VIGENTES  
 N.D.: NO DECLARADO

V.A.R.: VALOR ASEGURADO DEL ARTICULO  
 PERD.: VALOR PERDIDA

VAP: VALOR ASEGURADO DEL PREDIO AFECTADO

V.A.A.: VALOR ASEGURABLE ARTICULO POLIZA

Estimado cliente, para conocer los condiciones del producto contratado y una amplia informacion sobre nuestros productos y servicios puede consultar la pagina web www.mapfre.com.co.

75  
263

**POLIZA**

**RC PROFESIONAL MEDICOS INDIVIDUALES**

**EMISIÓN ORIGINAL**  
Ref. de Pago: 31008554077

**LIMITE VALOR ASEGURADO:**

\$ 1.000'000.000 evento / agregado anual

R.C. daños extrapatrimoniales (incluidos riesgos Morales) sublimitado al 50% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

Gastos judiciales sublimitado 40% del limite asegurado evento / vigencia Este valor se encuentra incluido en el limite asegurado contratado y no en exceso de 7sta.

PLO (Predios, Labores y Operaciones) en exceso de la RC Extracontractual. sublimitado al 20% del valor asegurado, por evento / vigencia. Este valor esta incluido en el límite asegurado básico y no en exceso de este.

**PRIMA ANUAL SIN IVA:**

\$ 345.182

**DEDUCIBLES:**

Básico 10% MINIMO \$ 1'000.000 No opera para Gastos Médicos Para las coberturas de Gastos Judiciales y Daños Morales: 10%

**SE OTORGA**

R.C. Extracontractual Bienes bajo cuidado tenencia y control Restablecimiento automático de valor asegurado. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud. Renovación automática R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas Los procedimientos estéticos y de cirugía plástica salvo que se trate de una cirugía reconstructiva por malformaciones congénitas o en caso de accidente.

**SUJETA A:**

ORIGINAL DEL FORMULARIO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, FECHADO Y FIRMADO.

- FIN DE LA SECCION -

REGIMEN COMAL SONO GRANDES CONTRIBUYENTES. RESOLUCION 2808 DE DICIEMBRE 1995. AGENTE RETENEDOR DEL IVA. DONOR AUTORRETENEDORES SEGUN RESOLUCION 4988 DE JUNIO 21 DE 2015. ESTE DOCUMENTO EQUIVALE A UNA FACTURA DE CONFORMIDAD CON EL ART. 6 DECRETO 1166/98

**MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA**

**TOMADOR**

36  
264  
74

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

NT. 860.009.578-6

**RCE CONTRATOS**

Ciudad de Expedición  
BOGOTA, D.C.

Sucursal  
ANTIGUO COUNTRY

Cod. Sucursal  
21

No. Póliza  
21-40-101101930

Anejo  
0

Fecha Expedición			Vigencia Desde			A las	Vigencia Hasta			A las	Tipo de Movimiento
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Horas	Día	Mes	Año	Horas	
01	02	2017	02	01	2017	00:00	02	11	2017	00:00	EMISION ORIGINAL

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

Nombre o Razon Social	SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S.	Identificación	900.065.682-1
Dirección	KR 7 NRO. 72 72 - 64 219	Ciudad	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL
		Teléfono	2558302

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

Asegurado / Beneficiario	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	Identificación	890.680.025-1
Dirección	TV 12 22 51 P 1 SN MATEO	Ciudad	FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA
		Teléfono	8678108

**OBJETO DEL SEGURO**  
 Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan E-RCE-002A REDIS 04-09 / E-RCE-001A, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada amparo, Seguros del Estado S.A., 2017 CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. BENEFICIARIOS. TERCEROS AFECTADOS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.  
 Hospital San Rafael Fusagasuga  
 Póliza No. 21-40-101101930  
 APROBADA

**AMPAROS**

RIESGO	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASERT/ACTUAL
PRESTACION DE SERVICIOS	PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	02/01/2017	02/11/2017	\$45,000,000.00
DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMLV				

**OBSERVACIONES**

Valor Prima Neta	Gastos Expedición	IVA	Total a Pagar	Valor Asegurado Total	Fecha Límite de Pago
\$ ****149,917.00	\$ ****0.00	\$ ****28,484.00	\$ ****178,402.00	\$ ****45,000,000.00	01 / 02 / 2017

INTERMEDIARIO		DISTRIBUCION OCAS SEGURO	
NOMBRE	CANT	% DE AMPT	% PART
R. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA	143568	100.00	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.  
 Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Telefono: 6-817963 - BOGOTA, D.C.

*Mmsm?*



REFERENCIA PAGO:  
1100511678330-0

21-40-101101930

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurodelestado.com](http://www.segurodelestado.com)

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogota D.C. Telefono: 2185977

DLF143588A

77  
265

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NT. 840.609.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

Ciudad de Expedición BOGOTÁ, D.C.			Sucursal ANTIGUO COUNTRY			Cod. Sucursal 21		No. Póliza 21-40-101101930		Anexo 0		
Fecha Expedición Día Mes Año 01 02 2017			Vigencia Desde Día Mes Año 02 01 2017			A las Horas 00:00		Vigencia Hasta Día Mes Año 02 11 2017		A las Horas 00:00		Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL
Nombre o Razón Social SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S.										Identificación : 900.065.662-1		
Dirección : KR 7 7 NRO. 72 72 - 64 219						Ciudad : BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL			Teléfono : 2556302			
<b>DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO</b>												
Asegurado / Beneficiario : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA										Identificación : 890.890.025-1		
Dirección : TV 12 22 51 P 1 BN MATEO						Ciudad : FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA			Teléfono : 8678108			

**COPIA PARA PAGO  
EN BANCOS NO  
NEGOCIABLE**

Valor Prima Neta \$ ****148,917.00	Gastos Expedición \$ *****0.00	IVA \$ *****28,484.00	Total a Pagar \$ *****178,402.00	Valor Asegurado Total \$ *****45,000,000.00	Fecha Límite de Pago 01 / 02 / 2017
INTERMEDIARIO NOMBRE R. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA 143568			C.A.F.E 1.00.00	DISTRIBUCIÓN COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA % PART VALOR ASEGURADO	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
EFFECTIVO		
CHEQUE		
TOTAL \$		



(415) 7709998021167 (8020) .11005116763309 (3900) 000000178402 (96) 20180102

REFERENCIA PAGO:  
1100511676330-9

CONVENIOS DE PAGO  
BANCO DE BOGOTÁ SEGUROS DEL ESTADO S.A. CUENTA CORRIENTE 008465445  
BANCOLOMBIA SEGUROS DEL ESTADO S.A. CONVENIO 47169

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

78  
7266  
745

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

NTT. 840 009.578-6

**DECRETO 1062 DE 2015**

Ciudad de Expedición BOGOTA, D.C.			Sucursal ANTIGUO COUNTRY			Cod. Sucursal 21	No. Póliza 21-44-101240105	Anexo 0
Fecha Expedición Día Mes Año 01 02 2017			Vigencia Desde Día Mes Año 02 01 2017			A las Horas 00:00	Vigencia Hasta Día Mes Año 02 08 2018	
						A las Horas 00:00	Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

Nombre o Razón Social: **SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S.** Identificación: 900.085.662-1

Dirección: **KR 7 7 NRO. 72 72 - 64 219** Ciudad: **BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL** Teléfono: 2556302

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

Asegurado / Beneficiario: **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGABUGA** Identificación: 890.680.025-1

Dirección: **TV 12 22 51 P 1 SN MATEO** Ciudad: **FUSAGABUGA, CUNDINAMARCA** Teléfono: 8676106

**OBJETO DEL SEGURO**

Con sujeción a las condiciones generales de la póliza que se anexan EC00108, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada amparo, Seguros del Estado S.A., garantiza:

**GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN EL CONTRATO 391 DE 2017 CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGABUGA**

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
Hospital San Rafael Fusagasuga  
Póliza No. 21-44-101240105  
ASOCIADA

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/01/2017	02/12/2017	\$ 315,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	02/01/2017	02/08/2018	\$ 22,500,000.00

**OBSERVACIONES**

Valor Prima Neta \$ *****197,178.00	Gastos Expedición \$ *****7,000.00	IVA \$ *****38,783.00	Total a Pagar \$ *****242,971.00	Valor Asegurado Total \$ *****37,500,000.00	Fecha Límite de Pago
INTERMEDIARIO C.A.F. N.º DE RAFF			DISTRIBUCION COASBURO NOMBRE COMPAÑIA N.º RAFF VALOR ASEGURADO		
E. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA 143568 100.00					

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

Para efectos de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es Calle 83 No 19-10 - Teléfono: 6-917963 - BOGOTA, D.C.

*Mmsm?*



REFERENCIA PAGO:  
1100511678317-2

(415)7709998021167 (8020) 11005116753172 (J980) 000000245971 (96) 20180102

21-44-101240105

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Planes

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

DLF143568A

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
 NIT. 800.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

26778  
 4E

Fecha Expedición Día Mes Año 01 02 2017			Vigencia Desde Día Mes Año 02 01 2017			A las Horas 00:00		Vigencia Hasta Día Mes Año 02 08 2018		A las Horas 00:00	Tipo de Movimiento EMISION ORIGINAL	
Sucursal ANTIGUO COUNTRY										Cod Sucursal 21	No. Póliza 21-44-101240105	Anejo 0
Nombre o Razon Social SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S.										Identificación : 900.065.062-1		
Dirección : KR 7 7 NRO. 72 72 - 64 219										Ciudad : BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		Teléfono : 2556302
<b>DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO</b>												
Asegurado / Beneficiario : EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA										Identificación : 890.680.025-1		
Dirección : TV 1222 51 P 1 SN MATEO										Ciudad : FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA		Teléfono : 8678106

**COPIA PARA PAGO  
 EN BANCOS NO  
 NEGOCIABLE**

Valor Prima Neta \$ *****197,178.00	Gastos Expedición \$ *****7,000.00	IVA \$ *****38,793.00	Total a Pagar \$ *****242,971.00	Valor Asegurado Total \$ *****37,500,000.00	Fecha Límite de Pago / /
--	---------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------------

INTERMEDIARIO		DISTRIBUCION OCASIONAL	
CONSEJERÍA	CLAVE	% DE PART	MONEDA COMPANIA
R. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA 143568		100.00	% PART VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
 1100511876317-2

(415) 7709998021167 (8020) 11005116763172 (3900) 000000242971 (98) 20180102

**CONVENIOS DE PAGO**  
 BANCO DE BOGOTÁ SEGUROS DEL ESTADO S.A. CUENTA CORRIENTE 008465445  
 BANCOLOMBIA SEGUROS DEL ESTADO S.A. CONVENIO 47180

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACION

268/89

OTRO SI NUMERO 001- ADICIÓN EN TIEMPO Y MODIFICACIÓN A LA CLAUSULA: FORMA DE PAGO AL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGÍA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ No 391-2017.

CONTRATISTA	SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MF IPS S.A.S.
IDENTIFICACION	900065662-1
DIRECCION	CARRERA 7 NO. 72-64 CS 219 BOGOTÁ D.C.
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGÍA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ
VALOR	CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$150.000.000)
PLAZO DE EJECUCION	SEIS (6) MESES
FECHA	02 DE ENERO DE 2017

OTRO SI No.001

OBJETO:	ADICIÓN EN TIEMPO Y MODIFICACIÓN A LA CLÁUSULA: FORMA DE PAGO.
FECHA:	08 DE JUNIO DE 2017
TIEMPO ADICIONADO :	30 días

Entre los suscritos a saber JOHN CASTILLO MARTINEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará LA EMPRESA Y MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.79.263.380, obrando en su condición de representante legal de la SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MF IPS S.A.S. Nit. No. 900065662-1, sociedad debidamente constituida según consta en el Certificado de Existencia y Representación aportado y que cuenta con matrícula No 01559182 del 18 de enero de 2006, quién para los efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente Otro Si dadas las siguientes consideraciones: 1) Que el día 02 DE ENERO DE 2017, se suscribió compromiso contractual entre las partes, por la suma de CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$150.000.000) 2) Que el contrato tiene un término de ejecución de seis meses. 3) Que el contrato se halla vigente. 4) Que el Supervisor del contrato solicita adición en tiempo y modificación de la CLÁUSULA SEXTA: FORMA DE PAGO. señala que se requiere prorroga de 30 días al contrato principal, a partir del 1 de julio al 31 de julio de 2017 ya que su ejecución a la fecha 05 de junio DE 2017 va en 68%, por lo tanto se requiere adición en tiempo a la orden No. 391-2017 para ejecutar el 32% restante. 5) Que por las consideraciones antes señaladas las partes acuerdan: CLAUSULA PRIMERA EJECUCION: Modifíquese la CLÁUSULA cuarta, adicionando al compromiso treinta (30) días más. CLAUSULA SEGUNDA: modifíquese LA CLÁUSULA SEXTA, adicionando los insumos utilizados y suministrados en los procedimientos de extracción de catarata por facoemulsificación, de la siguiente manera:

INSUMOS DE EXTRACCIÓN DE CATARATA POR FACOEMILSIFICACION	
INSUMO	VALOR CONTRATISTA
LENTE PLEGABLE	\$80.000
VISCOELASTICO	\$22.000
CUCHILLETE 15 G	\$23.000
CUHILLETE 2.75	456.500
AZUL TRIPAN DE CATARATA	\$23.000



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACION

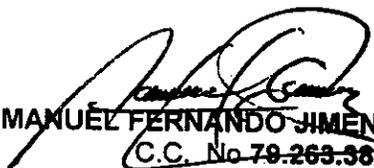
269  
81

**CLAUSULA QUINTA:** El contratista se compromete a modificar las garantías vigentes dentro del presente contrato en proporción al valor de la presente adición **CLAUSULA SEXTA:** Las demás cláusulas del compromiso continúan vigentes en los mismos términos en que fueron suscritos inicialmente. Una vez leída y entendida firman las partes bajo la libre autonomía de la voluntad en Fusagasugá a los ocho (8) días del mes de junio de 2017.

LA EMPRESA

  
JOHN CASTILLO MARTÍNEZ  
Gerente

EL CONTRATISTA

  
MANUEL FERNANDO JIMÉNEZ HOYOS  
C.C. No 79.263.380  
SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MF IPS S.A.S.

Proyectó y Revisó: *MM*  
Revisó: *DK*  
Revisó: *DR*  
Aba Katherine Medellín  
Departamento de Contratación  
Diana Marcela Castillo,  
Líder proceso de Contratación  
Dra. Diana Patricia Rojas Porras  
Líder proceso de Gestión Jurídica



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACION

270-10  
32

**OTRO SI NUMERO 002 ADICION EN VALOR Y TIEMPO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 391-2017**

<b>CONTRATISTA</b>	<b>SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MF IPS S.A.S.</b>
<b>IDENTIFICACION</b>	<b>900065662-1</b>
<b>DIRECCION</b>	<b>CARRERA 7 NO. 72-64 CS 219 BOGOTÁ D.C.</b>
<b>OBJETO</b>	<b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGÍA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ</b>
<b>VALOR</b>	<b>CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$150.000.000)</b>
<b>PLAZO DE EJECUCION</b>	<b>SIETE (7) MESES</b>
<b>FECHA</b>	<b>02 DE ENERO DE 2017</b>

**OTRO SI No.002**

<b>OBJETO:</b>	<b>ADICIÓN EN VALOR Y TIEMPO</b>
<b>FECHA:</b>	<b>31 DE JULIO DE 2017</b>
<b>VALOR ADICIONADO :</b>	<b>VEINTICINCO MILLONES DE PESOS (25.000.000) M/CTE.</b>
<b>TIEMPO PRORROGADO</b>	<b>TREINTA Y UN (31) DIAS</b>

Entre los suscritos a saber **JOHN CASTILLO MARTINEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará **LA EMPRESA Y MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS**, mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.79.157.475, obrando en su condición de representante legal de la **SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MF IPS S.A.S.** Nit. No. 900065662-1, sociedad debidamente constituida según consta en el Certificado de Existencia y Representación aportado y que cuenta con matrícula No 01559182 del 18 de enero de 2006, quién para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar el presente otro si dadas las siguientes consideraciones: 1) Que el día **02 DE ENERO DE 2017**, se suscribió compromiso contractual entre las partes, por la suma de **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS M/CTE (\$150.000.000)**. 2) Que el día 8 de

*Quica*



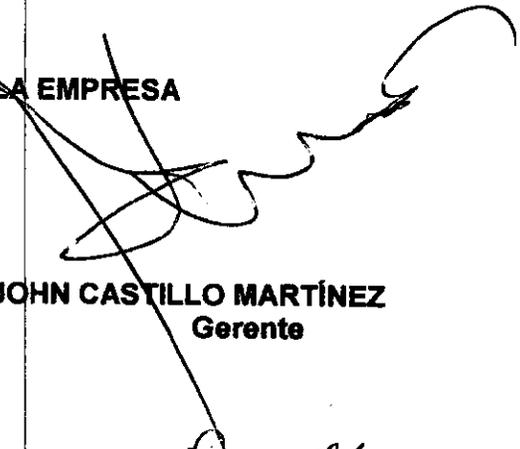
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACION

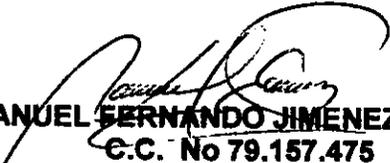
271  
35

junio del 2017 se suscribió otro si modificatorio en el cual se prorrogó el plazo de ejecución del contrato por el término de 30 días y se modificaron ítems contemplados en la cláusula sexta. 3) Que el contrato se encuentra vigente. 4) Que el supervisor del contrato solicitó adición en tiempo y valor atendiendo que a la fecha se encuentra ejecutado el 95% del presupuesto y se requiere dar continuidad a la prestación del servicio. 5). Que dadas las anteriores consideraciones se celebra el presente documento con las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA EJECUCION:** Modifíquese la **CLAUSULA CUARTA- EJECUCIÓN**, adicionando al compromiso treinta y un días (31) días más. **CLAUSULA SEGUNDA:** modifíquese la **CLAUSULA QUINTA**, adicionando la suma de **VEINTICINCO MILLONES DE PESOS MCTE (\$25.000.000.00)** para un total acumulado de **CIENTO SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (\$175.000.000.00)** **CLAUSULA TERCERA-IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL:** La presente adición se encuentra soportada en el CDP No. 142 del 02/01/2017 RUBRO 2120908 CONCEPTO compra a servicios de terceros. **CLAUSULA CUARTA:** El contratista se compromete a modificar las garantías vigentes dentro del presente contrato en proporción al valor de la presente adición **CLAUSULA QUINTA:** Las demás cláusulas del compromiso continúan vigentes en los mismos términos en que fueron suscritos inicialmente. Una vez leída y entendida firman las partes bajo la libre autonomía de la voluntad en Fusagasugá a los treinta y un (31) días del mes de julio de 2017.

LA EMPRESA

EL CONTRATISTA

  
JOHN CASTILLO MARTÍNEZ  
Gerente

  
MANUEL FERNANDO JIMÉNEZ HOYOS  
C.C. No 79.157.475  
SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MF IPS  
S.A.S.

  
Proyectó y Revisó: Diana Marcela Castillo-Líder proceso de Contratación

27/10/18

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

NIT. 660 009 578-6

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY			COD.SUC 21		NO.PÓLIZA 21-44-101240105		ANEXO 2	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 15 08 2017			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 02 01 2017			A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 02 10 2018		A LAS HORAS 23:59	
TIPO MOVIMIENTO ANEXO DE PRORROGA											

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S. IDENTIFICACIÓN NIT: 900.065.662-4

DIRECCIÓN: KR 7 7 NRO. 72 72 - 64 219 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 2556302

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA IDENTIFICACIÓN NIT: 890.680.025-4

DIRECCIÓN: TV 12 22 51 P 1 SN MATEO CIUDAD: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA TELÉFONO 8676106

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUjeción a las condiciones generales de la póliza que se anexas adjuntan, que forman parte integrante de la misma y que el asegurado y el tomador declaran haber recibido y hasta el límite de valor asegurado señalado en cada amparo, seguros del estado s.a., garantiza:

garantizar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en el contrato 392 de 2017 cuyo objeto es la prestación de servicios de oftalmología en la ese hospital san rafael de fusagasuga

**AMPAROS**

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGU/ACTUAL	SUMA ASEGU/ANTERIOR
PRESTACION DE SERVICIOS				
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	02/01/2017	02/02/2018	\$17,500,000.00	\$15,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	02/01/2017	02/10/2018	\$26,250,000.00	\$22,500,000.00

**DECLARACIONES**

por medio del presente anexo y según otrosi no. 002 de 31 de julio de 2017, se aumentan y prorrogan las coberturas de esta póliza. los demás términos y condiciones continúan sin variación alguna.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ *****16.671.00	\$ *****7.000.00	\$ *****4.497.00	\$ *****28.168.00	\$ *****43.750.000.00	

INTERMEDIARIO	DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO	NOMBRE COMPAÑIA	DISTRIBUCION COASEGURO	VALOR ASEG. RACC
S. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA	143568	100.00			

PLAN DE PAGO: CONTADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

*Mmsm*



1415 770999802167 (8020) 11005117553674 (3906) 000000028168 (96) 20180102

REFERENCIA PAGO:  
1100511758367-3

223-35



**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NIT. 860 009 578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>	SUCURSAL <b>ANTIGUO COUNTRY</b>	COD.SUC <b>21</b>	NO.PÓLIZA <b>21-40-101101930</b>	ANEXO <b>2</b>
---	------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	-------------------

FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO <b>15 08 2017</b>	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO <b>02 01 2017</b>	A LAS HORAS <b>00:00</b>	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO <b>02 01 2018</b>	A LAS HORAS <b>23:59</b>	TIPO MOVIMIENTO <b>ANEXO DE PRORROGA</b>
--	--	-----------------------------	--	-----------------------------	---

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL <b>SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S.</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>900.065.662-1</b>
DIRECCIÓN: <b>KR 7 Y NRO. 72 72 - 64 219</b>	CIUDAD: <b>BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL</b> TELÉFONO: <b>2566302</b>

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>	IDENTIFICACIÓN NIT: <b>890.680.025-1</b>
DIRECCIÓN: <b>TV 12 22 51 P 1 SN MATEO</b>	CIUDAD: <b>FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA</b> TELÉFONO <b>8678106</b>
ADICIONAL: <b>BENEFICIARIO: 890680025 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>	

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-RCE-002A REDIS 04-09 / E-RCE-001A, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

ASEGURAR EL PAJO DE LOS SERVICIOS PATRIMONIALES QUE SE PUEDERAN OCASIONAR CON MOTIVO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO 391 DE ENERO 2 DEL 2017 CON OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE OFTALMOLOGIA EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

DEBEN NOTIFICAR A LOS TERCEROS AFECTADOS.

**AMPAROS**

AMPARO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
PREDIOS LABORES Y OPERACIONES	02/01/2017	02/01/2018	\$52,500,000.00	\$45,000,000.00

DEDUCIBLE : 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV

**ACLARACIONES**

EN EL MERCADO DEL PRESENTE ANEXO Y SEGUN OTRO SI NO. 2 DE JULIO 31 DE 2017, SE AUMENTAN Y PROLONGAN LAS COBERTURAS DE ESTA POLIZA. LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES SE MANTENDRAN SIN MODIFICACION ALGUNA.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ *****17,917.00	\$ *****0.00	\$ *****3,404.00	\$ *****21,322.00	\$ *****52,500,000.00	15 / 08 / 2017

INTERMEDIARIO		DISTRIBUCION COASEGURO	
NOMBRE	CALLE	NOMBRE COMPAÑIA	VALOR ASEGURADO
S. R. ORGANIZACIONES DE SEGUROS LIMITA	143568	100.00	

PLAN DE PAGO: **CONTADO**

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELEFONO: 6-917963 - BOGOTA, D.C.



14157709998021197(8620)11005117583706(3900)00000021322(46)26180102

REFERENCIA PAGO:  
**1100511758370-6**

*Manuel Bermier*

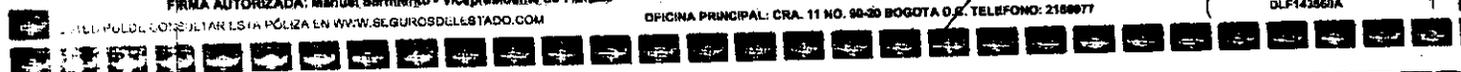
21-40-101101930  
FIRMA AUTORIZADA: Manuel Bermier - Vicepresidente de Finanzas

*[Signature]*  
FIRMA TOMADOR

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2188977

DLF142869A

VICIADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





Hospital San Rafael de Fusagasuga  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1032-2017

CONTRATISTA	SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S
IDENTIFICACION	900065662-1
DIRECCION	CR 7 No. 72-64 ca 219
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
VALOR	CIENT MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00) M/CTE
PLAZO DE EJECUCION	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017
FECHA	1 DE SEPTIEMBRE DE 2017

Entre los suscritos a saber, JOHN CASTILLO MARTINEZ, mayor de edad, identificado con la de ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará LA EMPRESA y por otra parte, la SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S identificada con NIT 900065662-1 representada en este acto por la señor MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No.79.157.475, obrando en su calidad de Director Ejecutivo y representante legal, sociedad con inscripción No. 01559182 del 18 de enero de 2006, quién para los efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones: 1) Que mediante Acuerdo No. 029 del 23 de diciembre de 2016 la Junta Directiva aprobó la desagregación y liquidación del presupuesto. 2) Que LA EMPRESA efectuó el estudio previo para atender la presente contratación, con el fin de atender la necesidad descrita. 3) Que EL CONTRATISTA presentó propuesta la cual forma parte integral del presente compromiso y se ajusta a los términos establecidos en el estudio previo. 4) Que existe disponibilidad presupuestal para atender el gasto. 5) La presente contratación se rige por lo establecido por en el artículo 32 del Acuerdo 008 de 2014. 6) Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar el presente compromiso, el cual se registrará por las siguientes CLAUSULAS PRIMERA: OBJETO. PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA: En desarrollo del objeto del presente contrato, EL CONTRATISTA se obliga para con LA EMPRESA a: 1. Ejecutar el objeto del presente contrato garantizando equipos propios y personal técnico asistencial y administrativo. 2. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 3. Garantizar la entrega de soportes para el proceo de facturación que permitan el adecuado cobro ante las EPS por parte de LA EMPRES 4. Cuando se presenten glosas por los servicios del subproceso, deberá dar respuesta y soportar las mismas. 5. Valoración de pacientes. 6. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 7. Valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos. 8. Cirugía programada y de urgencias. 9. Atención del paciente hospitalizado y de urgencias en caso de requerirse; de acuerdo a la demanda del servicio. 10. Participación en los comités creados en LA EMPRESA. 11. Realizar diligenciamiento de Historias clínicas, de conformidad con los lineamientos establecidos por la normatividad vigente. 12. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de éstas por cada servicio habilitado. 13. Brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud. 14. Responder las Interconsultas que sean solicitadas en máximo una (1) hora. 15. Presentar reporte ejecución del contrato, discriminando por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por LA EMPRESA. 16. Participar y realizar las actividades docente asistencial que se programen en los periodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos por LA EMPRESA. 17. Participar de los comités Técnico Científicos de Auditoría y seguimiento al riesgo. 18. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital. 19.

TRANSVERSAL 12 No 22-51 BI SAN MATEO  
Email: [hospifusa.adquisiciones@gmail.com](mailto:hospifusa.adquisiciones@gmail.com)



Mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. 20. Ejecutar el proceso de manera integral de acuerdo a los lineamientos de la política de humanización de LA EMPRESA. 21. Ejecutar los procedimientos con fundamento en los lineamientos establecidos en la política de calidad LA EMPRESA. 22. Ejecutar las actividades atendiendo los lineamientos institucionales de seguridad del paciente. 23. Realizar las demás actividades propias de acuerdo con el desarrollo del objeto contractual. **PARAGRAFO:** El Contratista se hará responsable de la glosa presentada, resultado de las actividades propias del contrato. Se entenderá que el contratista conoce y acepta el procedimiento establecido en la Ley 1797 del 2016 y las Resoluciones 3047 del 2008, 6066 de 2016, 332 de 2017 y demás normas vigentes, referentes al procedimiento de glosas. **TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento del compromiso a través del funcionario designado por la Gerencia. 2) Cancelar a EL CONTRATISTA el valor del presente contrato en la oportunidad y forma aquí establecida. **CUARTA: TERMINO DE EJECUCION Y VIGENCIA:** HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017 A partir del acta de inicio. **QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma CIENTO MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00) M/CTE **SEXTA: FORMA DE PAGO LA EMPRESA,** pagará al contratista el valor fijado en mensualidades de acuerdo a la certificación que emita el supervisor contra presentación de Factura y los soportes para su respectiva verificación. De la cuenta presentada se descontará al contratista un OCHO por ciento (8%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se les prestan los servicios. La suma de dinero se reembolsará al contratista una vez se certifique por parte de la Oficina de Cuentas Médicas de la Institución que el período que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron y no fueron aceptadas por el Hospital. Se descontará el cinco (5%), por concepto de servicios públicos. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica y los servicios solicitados serán, los relacionados a continuación:

PROCEDIMIENTO	% Contratista	% Hospital
Consulta por medicina especializada e interconsulta de Oftalmología	50%	50%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos propios	60%	40%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos del Hospital	40%	60%
Procedimientos realizados en Quirófanos por Honorarios médicos	70%	30%

**NOTA:** Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las EPS. Cuando el CONTRATISTA suministre los insumos (Lentes Intraoculares, Viscoelástico Ampolla, Sutura Nylon 10/0, Vicryl 7.0, Lente Plegable, Cuchillito 15G, Cuchillito 2.75 y Azul Trepan de Catarata), serán reconocidos por LA EMPRESA así:

INSUMO	VALOR CONTRATISTA
Lente Intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$40.000.00
Lente Intraocular de cámara anterior	\$60.000.00
Viscoelástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$22.000.00
Sutura Nylon 10.0	\$22.000.00
Vicryl 7.0	\$34.000.00

**PARAGRAFO UNO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudantía, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este caso, cuando el Hospital suministre los servicios profesionales de anestesiólogo o ayudantía quirúrgica, el valor de estos honorarios debe ser para la Institución. **PARAGRAFO DOS:** Al valor de los derechos de Salas no se reconocerá para el contratista, los materiales de sutura y curación que normalmente los suministra el Hospital deben ser exclusivos para la Institución razón por la cual no se otorgará porcentaje por estos a favor del CONTRATISTA. **PARAGRAFO TRES:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente preste; de acuerdo con el

# 16



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humana, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con la EPS por evento. **PARAGRAFO CUATRO** Para certificación de los insumos el CONTRATISTA deberá presentar soporte por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por la Jefe de Quirófanos. En el caso que se suministre insumo adicional el CONTRATISTA se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO QUINTO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla de pago del sistema general de seguridad social integrada (Salud, pensión y riesgos nivel III) conforme lo señala el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828. Informe de actividades, el pago estará supeditado al PAC y flujo de Caja. **SEPTIMA-IMPUTACION PRESUPUESTAL:** El valor del presente contrato se respalda por el certificado de disponibilidad presupuestal No. 945 De fecha 28/08/2017, rubro 2120908, CONCEPTO: COMPRA DE SERVICIOS A TERCEROS, del presupuesto de la vigencia fiscal 2017. **QUINTA- SUPERVISION:** Estará a cargo del subgerente CIENTIFICO o de quien delegue la gerencia para tal efecto, quien cumplirá las obligaciones indicadas en el artículo 44 del acuerdo 08 de 2014 y resolución 035 de 2015 emitida por la Gerencia y quien se entenderá notificado de su designación con la firma del acta de inicio. **NOVENA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio de oportunidad y conveniencia. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) Los presentados por EL CONTRATISTA en su propuesta; d) Registro presupuestal. e) Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **DECIMA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO:** 1) **MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente contrato EL CONTRATISTA, autoriza expresamente a la Empresa para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total de la orden, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) de la orden. 2) **PENAL PECUNIARIA:** EL CONTRATISTA, se obliga a pagar a LA EMPRESA, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. 3) **CADUCIDAD:** LA EMPRESA declarará la caducidad de la presente orden, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARAGRAFO:** La liquidación, imposición y cobro de las sumas que resulten como consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas de igual forma el contratista autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontados del valor a pagar de la orden, autorización que se entiende dada con la firma de la presente orden. **DECIMA PRIMERA: AUSENCIA DE RELACION LABORAL:** EL CONTRATISTA, desarrollará el objeto de la orden con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto el presente compromiso no genera relación laboral ni prestaciones sociales por parte de la Entidad contratante, respecto del contratista o del personal que utiliza para el desarrollo del objeto. **DECIMA SEGUNDA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma de este contrato afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 8° de la ley 80 de 1993. **DECIMA TERCERA: INTERPRETACION, MODIFICACION Y TERMINACION UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento de la orden que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de éste, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15, 16 y 17 de la ley 80 de 1993. **DECIMA CUARTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá Cundinamarca. **DECIMA QUINTA: REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCION:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1) La existencia del registro presupuestal correspondiente, conforme al artículo 71 del decreto 111 de 1996 y acta de inicio. 2) Aprobación de la póliza, si a ella hubiera lugar. **DECIMA SEXTA: INDEMNIDAD:** El proveedor, acuerda y

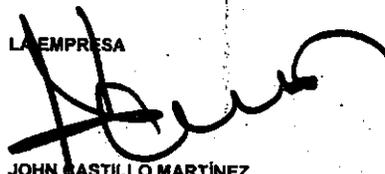
TRANSVERSAL 12 No 22-51 B/ SAN MATEO  
Email: [hospifusa.adquisiciones@gmail.com](mailto:hospifusa.adquisiciones@gmail.com)



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. - II NIVEL

se obliga en forma irrevocable a mantener indemne al a la empresa de cualquier tipo de reclamación proveniente de terceros, que tenga como causa las actuaciones del proveedor, en desarrollo del objeto contractual. **DECIMA SEPTIMA: POLIZAS.** El CONTRATISTA, se compromete a constitución una póliza a favor de la institución que cubra los siguientes amparos: A) CUMPLIMIENTO en cuantía equivalente al 10% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y 4 meses más. B) CALIDAD DEL SERVICIO, en cuantía equivalente al 15% del valor del contrato con vigencia igual a la vigencia del contrato y 1 año más. C) PAGO DE SALARIOS Y PRESTACIONES SOCIALES, INDEMINIZACIONES LABORALES Y COMPENSACIONES: En cuantía equivalente al 5% del valor del compromiso y cuya vigencia será igual a la del contrato y tres (3) años más. D) RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL. En cuantía equivalente al 20% del valor del compromiso y cuya vigencia será igual a la del contrato y un (1) año más. **DECIMA OCTAVA: NOTIFICACIONES.** El CONTRATISTA manifiesta que para efectos de cualquier clase de notificación AUTORIZA al HOSPITAL, para que todos los actos que se emitan y expidan en virtud del compromiso contractual suscrito le sean notificados, electrónicamente al correo patysomos10@hotmail.com de acuerdo con lo previsto en los artículos 53, 56 y 67 numeral 1 de la Ley 1437 de 2011. **DECIMA NOVENA POLITICA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:** Mediante la suscripción del presente compromiso el contratista declara que: 1) Cumple con las normas generales y particulares sobre control y prevención de Lavado de Activos. 2) Adoptara medidas, códigos de conducta y demás requerimientos para la prevención de Lavado de activos y Financiación de Terrorismo. 3) En el desarrollo de la actividad objeto del presente contrato, desplegara todos sus esfuerzos para cumplir estrictamente con todas las normas de precaución y prevención de lavado de activos y financiación de Terrorismo. 4) Mantendrá soportes documentales de todas las normas, procedimientos y manuales que a su interior desarrolle para la prevención y control de lavado de activos, en desarrollo de lo mencionado en puntos anteriores. **VIGESIMA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución del presente contrato o con ocasión de él, se intentará inicialmente mediante los mecanismos alternativos para la solución de conflictos, de conciliación. **VIGESIMA PRIMERA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad.

LA EMPRESA

  
JOHN CASTILLO MARTÍNEZ  
Gerente

EL CONTRATISTA

  
MANUEL FERNANDO JIMÉNEZ  
HOYOS  
C.C 79.157.475  
SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ  
IPS S.A.S

Proyectó y Revisó: Ana Katherine Medellín  
Revisó: Departamento de Contratación  
Revisó: Diana Marcela Castillo,  
Lider proceso de Contratación  
Revisó: Supervisor

TRANSVERSAL 12 No 22-51 B/ SAN MATEO  
Email: [hospifusa.adquisiciones@gmail.com](mailto:hospifusa.adquisiciones@gmail.com)



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humana, hospital comprometido"  
E.S.E - H HUEL

276 28

ACTA DE INICIO

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1032-2017	
CONTRATISTA	SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S
IDENTIFICACION	900065662-1
DIRECCION	CR 7 No. 72-64 ca 219
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
VALOR	CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00) M/CTE
PLAZO DE EJECUCION	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017
FECHA	1 DE SEPTIEMBRE DE 2017

En Fusagasugá Cundinamarca, el día primero (1) del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017), se reunieron las siguientes personas: el Doctor (a) ANDREI ROJAS MARTINEZ Supervisor del contrato y el señor(a) MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, Directora Ejecutiva y representante legal de la SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S, con NIT 900065662-1, en su calidad de contratista, con el fin de dejar constancia del inicio de las operaciones objeto contractual.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída, en constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

  
ANDREI ROJAS MARTINEZ  
SUPERVISOR

  
MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS  
C.C 79.157.475  
SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S

Proyectó y Revisó: Ana Katherine Medina  
Revisó: Departamento de Contratación  
Revisó: Diana Marcela Cuellar, Líder proceso de Contratación Supervisor



**Hospital San Rafael de Fusagasugá**  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E - II NIVEL

Fusagasugá, Septiembre 14 de 2017

Doctora  
**DIANA CASTILLO**  
Líder Proceso Contratación  
**E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**  
Presente

Respetada Doctora Diana:

Como supervisor del contrato de Prestación de Servicios No 1032-2017, celebrado con SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S, me permito solicitarle se realice un OTRO SI MODIFICATORIO, a la clausula SEXTA FORMA DE PAGO, dónde se adicione los insumos utilizados y suministrados en los Procedimientos de Extracción de Catarata por Facoemulsificación, de la siguiente manera:

INSUMOS DE EXTACCION DE CATARATA POR FACOEMULSIFICACION	
INSUMO	VALOR CONTRATISTA
LENTE PLEGABLE	\$80.000
VISCOELASTICO	\$22.000
CUCHILLETE 15 G.	\$23.000
CUCHILLETE 2.75	\$58.500
AZUL TRIPAN DE CATARATA	\$23.000

Agradezco la atención prestada,

Cordial saludo,

  
**ANDREI ROJAS MARTINEZ**  
Supervisor Contrato No 1032-2017

E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA  
CONTRATACION  
ANDREI ROJAS MARTINEZ  
17 SEP 2017

Remite: Carlos J. Gómez - Apoyo Administrativo  
Copie: Archivo

ATENCIÓN AL USUARIO: 8733000 EXT 214 - 182  
EMAIL DE ATENCIÓN AL USUARIO: SIAU@HOSPITALSARA.SOV.CO  
DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 12 NO 22-51 FUSAGASUGA - CUNDINAMARCA - COLOMBIA PRX 8733000



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACION

277 85

OTRO SI MODIFICATORIO DE LA CLAUSULA SEXTA: FORMA DE PAGO TECNICO  
NÚMERO 001 CONTRATO No. 1032- DE 2017.

CONTRATISTA	SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S
IDENTIFICACION	900066662-1
DIRECCION	CR 7 No. 72-64 cs 219
OBJETO	PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGIA EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA
VALOR	CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00) M/CTE
PLAZO DE EJECUCION	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2017
FECHA	1 DE SEPTIEMBRE DE 2017

OTRO SI No.001

OBJETO:	MODIFICATORIO DEL ANEXO TECNICO
FECHA:	14 DE SEPTIEMBRE DE 2017
VALOR ADICIONADO:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00) M/CTE

Entre los suscritos a saber JOHN CASTILLO MARTINEZ, mayor de edad, identificado con la ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA, con NIT 890.680.025-1, según Decreto de Nombramiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará LA EMPRESA y por otra parte, la SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S identificada con NIT 900066662-1 representada en este acto por la señor MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No.79.167.475, obrando en su calidad de Director Ejecutivo y representante legal, sociedad con inscripción No. 01559182 del 18 de enero de 2006, quién para los efectos del presente contrato se denominará EL CONTRATISTA, hemos acordado celebrar el presente documento modificatorio, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1) Que el día 01 de septiembre de 2017, se suscribió el contrato No. 1032-2017 por la suma CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00) M/CTE
- 2) Que el contrato tiene un término de ejecución HASTA EL 31 DE DICIEMBRE, y a la fecha se encuentra vigente.
- 3) Que el Supervisor del contrato solicita modificatorio de la cláusula sexta: forma de pago del contrato inicial.
- 4) Que lo anterior se realiza, en virtud a que los insumos utilizados y suministrados en los procedimientos de extracción de cataratas por facoemulsificación no quedaron estipulados en el contrato principal
- 5) Que por las consideraciones antes señaladas las partes acuerdan:

**CLAUSULA PRIMERA:** Modifíquese CLAUSULA SEXTA. FORMA DE PAGO : adicionando al mismo los siguientes ítems:

INSUMO	VALOR CONTRATISTA
Lente plegable	\$80.000
Viscoelastico	\$22.000
Cuchillete 15 g	\$23.000
Cuchillete 2.75	\$56.500

TRANSVERSAL 12 No. 22-61 B/ SAN MATEO  
Email: hospifusa.adquisiciones@gmail.com

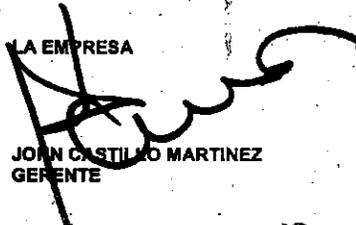


EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL SAN RAFAEL  
FUSAGASUGA 890.680.025-1  
UNIDAD DE CONTRATACION

Azul tripan de catarata	\$23.000
-------------------------	----------

**CLAUSULA SEGUNDA:** Las demás cláusulas del compromiso continúan vigentes en los mismos términos en que fueron suscritos inicialmente. Una vez leída y entendida firman las partes bajo la libre autonomía de la voluntad en Fusagasugá el día catorce (14) de septiembre de 2017.

LA EMPRESA

  
JOHN CASTILLO MARTINEZ  
GERENTE

EL CONTRATISTA

  
MANUEL FERNANDEZ JIMENEZ HOYOS  
C.C 75.157.475  
SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S.

Proyectó y revisó: Ana Katherine Medellín  
Revisó: Diana Marcela Castillo R.-Líder proceso de Contratación  
Vo. Bo. Supervisor.

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

NT. 960.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**

**RCE CONTRATOS**

27090

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY			COD.SUC 21	NO.PÓLIZA 21-40-10111285	ANEXO 0
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 28 09 2017	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 01 09 2017	A LAS HORAS 00:00	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 31 12 2018	A LAS HORAS 23:59	TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL			

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S.		IDENTIFICACIÓN NIT: 900.086.862-1
DIRECCIÓN: KR 77 NRO. 72 72 - 64 219	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 2556302

ASEGURADO / BENEFICIARIO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA		IDENTIFICACIÓN NIT: 890.880.026-1
DIRECCIÓN: TV 12 22 51 P 1 SN MATEO	CIUDAD: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 8070108
ADICIONAL: BENEFICIARIO: 890680026 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA		

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN E-RCE-002A MEDIS 04-09 / E-RCE-001A, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE SE PUDIERAN OCASIONAR CON MOTIVO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO 1032 DE 2017 CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN OFTALMOLOGÍA DA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA.

AMPAROS		
AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA
PREMIOS LABORES Y OPERACIONES	01/09/2017	31/12/2018
REDUCIBLE: 10,00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3,00 UNIDAD	SUMA ASG/ACTUAL \$20,000,000.00	

**ACLARACIONES**

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LÍMITE DE PAGO
\$ *****79,880.00	\$ *****0.00	\$ *****15,179.00	\$ *****95,069.00	\$ *****20,000,000.00	28 / 09 / 2017

NOMBRE	INTERMEDIARIO	CUOT	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	DISTRIBUCION COASEGURADO	% PART	VALOR ASEGURADO
C. F. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA	143568		100.00				

**PLAN DE PAGO** CONTADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 10-10 - TELEFONO: 8-017963 - BOGOTÁ, D.C.

*Mmsm*



REFERENCIA PAGO:  
1100511778437-6

21-40-10111285

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 89-20 BOGOTÁ D.C. TELEFONO: 2186177

DL14368A

VIGILADO S. P. C. EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ DE COLOMBIA

27921

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

NIT. 900.055.662-9

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL ANTIGUO COUNTRY	COD.SUC 21	NO.PÓLIZA 21-44-101255589	ANEXO 0
--------------------------------------	-----------------------------	---------------	------------------------------	------------

FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 28 09 2017	VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 01 09 2017	A LAS HORAS 00:00	VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 31 12 2020	A LAS HORAS 23:59	TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL
---	---	----------------------	---	----------------------	-------------------------------------

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S.	IDENTIFICACIÓN NIT: 900.055.662-9	
DIRECCIÓN: KR 77 NRO. 72 72 - 64 219	CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO: 2556302

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO		
ASEGURADO / BENEFICIARIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	IDENTIFICACIÓN NIT: 890.880.025-1	
DIRECCIÓN: TV 12 22 51 P 1 SN MATEO	CIUDAD: FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO 8078108

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECUDIOB, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTÍA:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO 1932 DE 2017 CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE OFTALMOLOGÍA EN LA ESP HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS			
	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
COMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/09/2017	30/04/2018	\$10,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	01/09/2017	30/04/2019	\$15,000,000.00
PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDENIZACIONES LABORALES	01/09/2017	31/12/2020	\$5,000,000.00

ACLARACIONES					
VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LÍMITE DE PAGO
\$ *****151,186.00	\$ *****7,000.00	\$ *****30,046.00	\$ *****188,183.00	\$ *****30,000,000.00	/ /

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN OCASIBURO		
NOMBRE	SLAVE	SE PANT	NOMBRE COMPAÑIA	SE PANT	VALOR ASEGURADO
C. F. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA	143568	100.00			

PLAN DE PAGO CONTADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-16 - TELÉFONO: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

*Mmsm?*



(415770939862116719070) 2105217794351(3960) 00000188183(06) 20180901

REFERENCIA PAGO: 1100511778435-1

21-44-101255589

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas

*[Signature]*  
PRESIDENTE

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 96-20 BOGOTÁ D.C. TELÉFONO: 2186977

DLF143886A

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

2302

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E. - H H H H H	A-GFAD-FT-009 V01
		1 de 7
<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>		

<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ</b>  	<b>CONTRATO No.</b>	<b>276-2018</b>
	<b>CONTRATANTE:</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
	<b>NIT.</b>	<b>890.680.025-1</b>
	<b>CONTRATISTA:</b>	<b>SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S</b>
	<b>NIT. No.</b>	<b>900065662-1</b>
	<b>OBJETO:</b>	<b>PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO OFTALMOLOGIA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
	<b>PLAZO:</b>	<b>HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2018</b>
	<b>VALOR:</b>	<b>DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000.00) M/CTE</b>
<b>FECHA:</b>	<b>2 DE ENERO DE 2018</b>	

Entre los suscritos a saber **JOHN CASTILLO MARTINEZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 80.277.521 de Villeta - Cundinamarca, actuando en su calidad de Gerente de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA**, con NIT **890.680.025-1**, según Decreto de Nombramiento No. 0332 del 13 de octubre de 2016 expedido por el Gobernador de Cundinamarca y Acta de Posesión No. 0127 del 20 de octubre de 2016, debidamente facultado por las normas legales vigentes quien para los efectos del presente contrato, se denominará **LA EMPRESA** efectos del presente contrato, se denominará **LA EMPRESA** y por la otra parte, **SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S** identificada con NIT **900065662-1** representada en este acto por la señor **MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. **79.157.475**, obrando en su calidad de Director Ejecutivo y representante legal, sociedad con inscripción No. 01559182 del 18 de enero de 2006, quién para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos acordado celebrar el presente contrato, previas las siguientes consideraciones: **1)** Que mediante Acuerdo No. 040 del 22 de diciembre de 2017 la Junta Directiva aprobó la desagregación y liquidación del presupuesto. **2)** Que **LA EMPRESA** efectuó el estudio previo para atender la presente contratación, solicitando la contratación de personal externo que no genere vínculo laboral con **LA EMPRESA**, certificando que no existe personal suficiente e idóneo en la planta de personal para atender la necesidad descrita. **3)** Que **EL CONTRATISTA** presentó propuesta la cual forma parte integral del presente compromiso y se ajusta a los términos establecidos en el estudio previo. **4)** Que existe disponibilidad presupuestal para atender el gasto. **5)** Que con el fin de cumplir con los requerimientos del área científica se hace necesario proceder a la contratación de personal externo a fin de prestar una adecuada y oportuna prestación del servicio a cargo de la Institución. **6)** Que el artículo 209 de la Constitución Política establece la primacía del interés general sobre el particular, la ley 100 de 1993 en concordancia con el decreto 1876 de 1994 establece el régimen de contratación privado para la **EMPRESA** y el modo de contratación directo está indicado en el artículo 32 del Acuerdo 008 de 2014. **7)** Que mediante oficio No. 042578 del 22 de marzo de 2012, suscrito por el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, se indica que hasta tanto se realicen los estudios de análisis que permitan dar alternativas para que operen las relaciones laborales en el sector Salud y se adelante su implementación, las entidades deben adoptar medidas transitorias, sin desconocer los lineamientos de la Corte Constitucional contenidos en la Sentencia C-614 de 2009, en consecuencia se podrán utilizar como formas de vinculación, la contratación con terceros y Contratos de prestación de servicios. **8)** Que por directriz Institucional la ESE se encuentra un proceso de transición en el cual realizará el estudio correspondiente para el desmonte de la presente contratación con el fin de garantizar la

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

201-98

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humana, hospital comprometido" E.S.E - U MWEL	A-GFAD-FT-009 V01
		2 de 7
<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 278-2018</b>		

vinculación mediante contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión con la persona natural según sea el caso. 9) Que la ESE ha verificado que el CONTRATISTA promueva la protección de los derechos y garantías laborales, prestacionales, sindicales y de seguridad social, consagrados en nuestro ordenamiento jurídico en favor de los trabajadores y por tanto el presente proceso contractual da cumplimiento a los principios de transparencia, selección objetiva, economía y responsabilidad, de que tratan los la Ley 80 de 1993, norma general que rige las actuaciones contractuales de las entidades estatales, en concordancia con los postulados que rigen la función pública, señalados en el artículo 209 de la Constitución Política. 10) Que **EL CONTRATISTA** cumple con los requisitos establecidos en la norma de acuerdo al servicio que prestan y cuenta con el registro ante el Ministerio de la Protección Social, con lo cual se garantiza que éstas cumplen con los regímenes vigentes de trabajo asociado. 11). Que de acuerdo a las consideraciones anteriores, las partes hemos convenido celebrar el presente compromiso, el cual se registrá por las siguientes **CLAUSULAS. PRIMERA: OBJETO. PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO OFTALMOLOGIA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA. SEGUNDA: OBLIGACIONES DE EL CONTRATISTA:** En desarrollo del objeto del presente contrato, EL **CONTRATISTA** se obliga para con **LA EMPRESA** en general, a cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato a la luz de las disposiciones legales vigentes y en especial a realizar las siguientes operaciones: 1. Ejecutar el objeto del presente contrato garantizando equipos propios y personal técnico asistencial y administrativo. 2. Realizar consulta externa especializada de Oftalmología. 3. Garantizar la entrega de soportes para el proceso de facturación que permitan el adecuado cobro ante las EPS por parte de LA EMPRESA. 4. Garantizar respuesta y soporte cuando se presenten glosas por los servicios prestados. 5. Garantizar respuesta y soporte cuando se presenten glosas por los servicios prestados. 6. Realizar valoración de pacientes y realización de procedimientos quirúrgicos. 7. Realizar las drugías programadas y de urgencias. 8. Atender al paciente hospitalizado y de urgencias en caso de requerirse, de acuerdo a la demanda del servicio. 9. Participar en los comités creados en LA EMPRESA. 10. Realizar diligenciamiento de Historias clínicas, de conformidad con los lineamientos establecidos por la normatividad vigente. 11. Actualizar o revisar las guías de atención médica según las 10 primeras causas de morbilidad de acuerdo a lo estipulado en la última revisión de éstas por cada servicio habilitado. 12. Brindar la información pertinente al paciente y su familia acerca del estado de salud. 13. Responder las interconsultas que sean solicitadas en máximo una (1) hora. 14. Presentar reporte ejecución del contrato, discriminando por servicio y clasificadas de acuerdo a criterios epidemiológicos y administrativos establecidos por LA EMPRESA. 15. Participar y realizar las actividades docente asistencial que se programen en los periodos académicos correspondientes, según los convenios suscritos por LA EMPRESA. 16. Participar de los comités Técnico Científicos de Auditoría y seguimiento al riesgo. 17. Los registros clínicos serán objeto de revisión y auditoría permanente por parte del Hospital. 18. Mantener actualizado el portafolio de servicios de acuerdo a la normatividad vigente. 19. Ejecutar el proceso de manera Integral de acuerdo a los lineamientos de la política de humanización de LA EMPRESA. 20. Ejecutar los procedimientos con fundamento en los lineamientos establecidos en la política de calidad LA EMPRESA. 21. Ejecutar las actividades atendiendo los lineamientos institucionales de seguridad del paciente. 22. Realizar control, verificación y seguimiento, así como las solicitudes de los insumos, medicamentos y/o dispositivos requeridos para garantizar la eficiente, efectiva y eficaz prestación de los servicios de salud. 23. Reportar sin retrasos cualquier deficiencia, irregularidad o faltantes de insumos, medicamentos y/o dispositivos al supervisor del contrato para que se adopten los correctivos pertinentes. 24. Asistir a las reuniones y capacitaciones propias del servicio y las programadas por la institución. 25. Responder por el control, cuidado y buen uso de los inventarios asignados. 26. Garantizar la respuesta oportuna en los términos señalados en la

28224

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humana, hospital comprometido" E.S.E. - II NIVEL	A-GRAD-FY-009 V01
		3 de 7
<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 276-2018</b>		

Ley 1755 de 2015 a las PQRS, así como la formulación y ejecución de planes de mejoramiento que sean notificadas a través de la Oficina del SIAU. 26. Conocer y apoyar los procesos del sistema obligatorio de la garantía de calidad en los servicios de salud asignados. 27. Realizar las demás actividades propias de acuerdo con el desarrollo del objeto contractual. **PARAGRAFO PRIMERO:** El Contratista se hará responsable de la glosa presentada, resultado de las actividades propias del contrato. Se entenderá que el contratista conoce y acepta el procedimiento establecido en la Ley 1797 del 2016 y las Resoluciones 3047 del 2008, 6066 de 2016, 332 de 2017 y demás normas vigentes, referentes al procedimiento de glosas. **TERCERA: OBLIGACIONES ESPECIALES DE LA EMPRESA:** 1) Ejercer el control sobre el cumplimiento del compromiso a través del funcionario designado por la Gerencia. 2) Cancelar a **EL CONTRATISTA** el valor del presente contrato en la oportunidad y forma aquí establecida. **CUARTA: TERMINO DE EJECUCION Y VIGENCIA:** Hasta el 31 de agosto de 2018. **VIGENCIA:** Igual a la ejecución y un (1) mes más, contado a partir de la suscripción del contrato. **QUINTA: VALOR:** Para todos los efectos fiscales el valor del presente contrato se estima en la suma de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000.00) M/CTE.** **SEXTA: FORMA DE PAGO. LA EMPRESA,** pagará al contratista el valor fijado en mensualidades de acuerdo a la certificación que emita el supervisor contra presentación de factura o cuenta de cobro y los soportes para su respectiva verificación. **PARAGRAFO PRIMERO:** De la cuenta presentada se descontará al contratista un OCHO POR CIENTO (8%) para el manejo de glosas y objeciones por parte de las entidades a las cuales se les prestan los servicios. La suma de dinero se reembolsará al contratista una vez se certifique por parte del Subproceso Auditoría de Cuentas (Glosas) de la Institución que el periodo que se pretende cobrar no fue objeto de glosas ni objeciones o de existir estas se levantaron y no fueron aceptadas por el Hospital. **PARAFRAFO SEGUNDO:** se descontará CINCO POR CIENTO (5%), por concepto de servicios públicos. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica. Los porcentajes aplicados se realizan con base en el histórico y a la propuesta presentada por el Contratista y avalada por la Subgerencia Científica, los servicios solicitados serán, los relacionados a continuación:

PROCEDIMIENTO	% Contratista	% Hospital
Consulta por medicina especializada e interconsulta de Oftalmología	50%	50%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos propios	60%	40%
Procedimientos no quirúrgicos con equipos del Hospital	40%	60%
Procedimientos realizados en Quirófanos por Honorarios médicos	70%	30%

**PARAGRAFO TERCERO:** Los porcentajes aplicados a los procedimientos, consultas e interconsultas según el caso, serán los resultantes del valor facturado por el Hospital a las EPS. Cuando el CONTRATISTA suministre los insumos (Lentes Intraoculares, Viscoelástico Ampolla, Sutura Nylon 10/0, Vicryl 7.0, Lente Plegable, Cuchillete 15G, Cuchillete 2.75 y Azul Trepan de Catarata), serán reconocidos por LA EMPRESA así:

INSUMO	VALOR CONTRATISTA
Lente Intraocular de cámara posterior de 3 piezas	\$40.000.00
Lente Intraocular de cámara anterior	\$60.000.00
Viscoelástico hidroxipropilmetilcelulosa 03%	\$22.000.00
Sutura Nylon 10.0	\$22.000.00
Vicryl 7.0	\$34.000.00

**PARAGRAFO CUARTO:** En el caso de los procedimientos que de acuerdo al nivel quirúrgico se deban liquidar discriminando los honorarios de Cirujano, Anestesiólogo, ayudantía, el especialista solo puede cobrar los honorarios que realmente preste. En este

*Daive*

203 98



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.E. - U NIVEL

A-GFAD-FT-003 V01

4 de 7

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

276-2018

caso, cuando el Hospital suministre los servicios profesionales de anesthesiologo o ayudantía quirúrgica, el valor de estos honorarios debe ser para la Institución. **PARAGRAFO QUINTO:** Al valor de los derechos de Salas no se reconocerá para el contratista, los materiales de sutura y curación que normalmente los suministra el Hospital deben ser exclusivos para la Institución razón por la cual no se otorgará porcentaje por estos a favor del **CONTRATISTA. PARAGRAFO SEXTO:** En el evento que el Hospital tenga contrato por Paquete con las EPS se pagará el porcentaje sobre los Honorarios del Profesional que el contratista realmente preste, de acuerdo con el nivel quirúrgico del procedimiento realizado y la tarifa pactada por el Hospital con la EPS por evento. **PARAGRAFO SEPTIMO:** Para certificación de los insumos el **CONTRATISTA** deberá presentar soporte por paciente, discriminando los insumos utilizados y avalado por la Jefe de Quirófanos. En el caso que se suministre insumo adicional el **CONTRATISTA** se compromete con el Hospital a suministrar el listado de precios con antelación. **PARAGRAFO OCTAVO:** El término del pago solo empezará a contarse desde la fecha que se presente en debida forma la totalidad de los documentos exigidos para el efecto. Las demoras que se presenten por estos conceptos serán responsabilidad del contratista y no tendrá por ello al pago de intereses o compensación de ninguna naturaleza. **PARAGRAFO NOVENO:** Será requisito para el pago la certificación del supervisor de la orden, factura y/o cuenta de cobro, planilla de pago del sistema general de seguridad social integrada (Salud, pensión y riesgos nivel III) conforme lo señala el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y 828, Informe de actividades, el pago estará supeditado al PAC y flujo de Caja. **CLAUSULA SEPTIMA- DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL.** El valor del presente contrato se respalda por el certificado de disponibilidad presupuestal No.276 de fecha 02/01/2018, rubro 211020301, concepto: REMUNERACIÓN SERVICIOS TÉCNICOS - ASISTENCIALES, del presupuesto de la vigencia fiscal 2018. **OCTAVA- SUPERVISION:** Estará a cargo del subgerente CIENTIFICO o de quien delegue la gerencia para tal efecto, quien cumplirá las obligaciones indicadas en el artículo 44 del acuerdo 008 de 2014 y resolución 035 de 2015 emitida por la Gerencia. **NOVENA: AFILIACIÓN Y PAGO A LA ARL:** Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el decreto 723 de 2013, **EL CONTRATISTA** deberá aportar el comprobante de afiliación a una administradora de Riesgos Laborales, lo cual podrá gestionarse de forma libre y espontánea. **DÉCIMA: DOCUMENTOS DEL CONTRATO:** Forman parte Integral del presente contrato, y como tal obligan jurídicamente a las partes, los siguientes documentos: a) Estudio de oportunidad y conveniencia. b) Certificado de disponibilidad presupuestal. c) Los documentos presentados por **EL CONTRATISTA** en su propuesta; d) Registro presupuestal. e) Los demás que se produzcan durante el desarrollo de la misma. **DÉCIMA PRIMERA: CONFIDENCIALIDAD:** **EL CONTRATISTA** se compromete a no suministrar información que obtenga o conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato, ni sobre los lugares a los cuales tenga acceso. **DÉCIMA SEGUNDA: SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO: 1) MULTAS:** En caso de mora y/o incumplimiento total o parcial de las obligaciones derivadas del presente contrato **EL CONTRATISTA**, autoriza expresamente a la Empresa para efectuar la tasación y cobro, previo requerimiento, de multas diarias y sucesivas hasta del uno por ciento (1%) del valor total de la orden, sin que la sumatoria de las multas supere el diez por ciento (10%) de la orden. **2) PENAL PECUNIARIA: EL CONTRATISTA**, se obliga a pagar a LA EMPRESA, una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor total de la orden, a título de indemnización por los perjuicios que ocasione en caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total de sus obligaciones contractuales, los que podrá cobrar, previo requerimiento, con base en el presente documento, el cual presta mérito ejecutivo. **3) CADUCIDAD:** LA EMPRESA declarará la caducidad de la presente orden, cuando se presenten las causales señaladas para ello en la normatividad vigente. **PARÁGRAFO:** La liquidación, Imposición y cobro de las sumas que resulten como

284/26



Hospital San Rafael de Fusagasugá  
"Hospital humano, hospital comprometido"  
E.S.J. - II NIVEL

A-GFAD-FT-009 V01  
5 de 7

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 276-2018

consecuencia de la aplicación de multas y de la cláusula penal, se efectuará de conformidad con las reglas mínimas de igual forma el contratista autoriza a que dichas sumas en caso de incumplimiento sean descontados del valor a pagar de la orden, autorización que se entiende dada con la firma de la presente orden. **PARAGRAFO PRIMERO: APLICACIÓN DEL VALOR DE LAS SANCCIONES PECUNIARIAS:** Una vez notificada la resolución por medio de la cual se imponen algunas de las sanciones previstas, **EL CONTRATISTA** dispondrá de quince (15) días calendario para proceder de manera voluntaria a su pago. Las multas no serán reintegrables aún en el supuesto que **EL CONTRATISTA** dé posterior ejecución a la obligación incumplida. En caso de no obtener el pago voluntario y una vez se encuentre en firme la resolución que impone la multa, podrá compensarse tomando del saldo a favor del contratista de conformidad con la cláusula que precede. **DECIMA TERCERA: AUSENCIA DE RELACION LABORAL: EL CONTRATISTA,** desarrollará el objeto de la orden con total autonomía técnica y administrativa, sin relación de subordinación o dependencia, por lo tanto el presente compromiso no genera relación laboral ni prestaciones sociales por parte de la Entidad contratante, respecto del contratista o del personal que utilice para el desarrollo del objeto. **DECIMA CUARTA: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** EL CONTRATISTA, con la firma de este contrato afirma bajo la gravedad de juramento que no se halla incurso en ninguna de las inhabilidades, incompatibilidades y demás prohibiciones previstas en las disposiciones vigentes sobre la materia y que si llegare a sobrevenir alguna, actuará conforme lo prevé el artículo 9º de la ley 80 de 1993. **DECIMA QUINTA: INTERPRETACIÓN, MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN UNILATERAL:** Cuando surjan motivos posteriores al perfeccionamiento de la orden que hicieren necesaria la interpretación, modificación y terminación unilaterales de éste, se dará aplicación a lo dispuesto en los artículos 15,16 y 17 de la ley 80 de 1993. **DECIMA SEXTA: DOMICILIO CONTRACTUAL:** Para todos los efectos legales, las partes acuerdan como domicilio contractual el municipio de Fusagasugá Cundinamarca. **DECIMA SEPTIMA: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato se entiende perfeccionado con la suscripción del mismo por las partes. Para su legal ejecución requiere: 1) Aprobación de la póliza, si a ello hubiere lugar. 2) La existencia del registro presupuestal correspondiente, conforme al artículo 71 del decreto 111 de 1996 y acta de inicio. **DECIMA OCTAVA: INDEMNIDAD:** El proveedor, acuerda y se obliga en forma irrevocable a mantener indemne al a la empresa de cualquier tipo de reclamación proveniente de terceros, que tenga como causa las actuaciones del proveedor, en desarrollo del objeto contractual. **DECIMA NOVENA: GARANTÍAS:** Dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato **EL CONTRATISTA** se obliga a constituir a favor de LA EMPRESA una garantía única de cumplimiento que ampare a) **Cumplimiento de las obligaciones:** Se garantiza el cumplimiento de las obligaciones surgidas del presente contrato, las modificaciones unilaterales o de común acuerdo que a éste se le introduzcan, el pago de la cláusula penal y de las multas, con vigencia igual al plazo de ejecución y cuatro (4) meses más en cuantía equivalente a 10%. b) **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y servicios:** Se garantiza calidad y correcto funcionamiento de los bienes y servicios, con vigencia igual al plazo de ejecución y un (1) año más en cuantía equivalente a 15%. c) **Pago de salarios y prestaciones sociales e indemnizaciones laborales:** con vigencia igual al plazo de ejecución y tres (3) años más en cuantía equivalente al 5%. d) **Responsabilidad civil extracontractual:** En cuantía equivalente a 200SMLMV con plazo igual a la vigencia del contrato y tres (3) meses más. **VIGESIMA: NOTIFICACIONES.** El CONTRATISTA manifiesta que para efectos de cualquier clase de notificación **AUTORIZA** al HOSPITAL, para que todos los actos que se emitan y expidan en virtud del compromiso contractual suscrito le sean notificados electrónicamente al correo electrónico patysomos10@hotmail.com, de acuerdo con lo previsto en los artículos 53, 56 y 67 numeral 1 de la Ley 1437 de 2011.

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

255 27

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humana, hospital comprometido" E.S.E. - H HRAEL	<small>Contrato y Verificación</small> A-GFAD-FT-009 V01
		<small>6 de 7</small>
		<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 276-2018</b>

**VIGÉSIMA PRIMERA: NOVENA: POLÍTICA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:** Mediante la suscripción del presente compromiso el contratista declara que: 1) Cumple con las normas generales y particulares sobre control y prevención de Lavado de Activos. 2) Adoptara medidas, códigos de conducta y demás requerimientos para la prevención de Lavado de activos y Financiación de Terrorismo. 3) En el desarrollo de la actividad objeto del presente contrato, desplegara todos sus esfuerzos para cumplir estrictamente con todas las normas de precaución y prevención de lavado de activos y financiación de Terrorismo. 4) Mantendrá soportes documentales de todas las normas, procedimientos y manuales que a su Interior desarrolle para la prevención y control de lavado de activos, en desarrollo de lo mencionado en puntos anteriores.

**VIGESIMA SEGUNDA: MECANISMOS ALTERNATIVOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** La solución de las divergencias que surjan durante la ejecución del presente contrato o con ocasión de él, se dirimirán inicialmente mediante los mecanismos alternativos para la solución de conflictos, de conciliación establecidos en la normatividad vigente.

**VIGESIMA TERCERA: MANIFESTACIÓN:** Las partes manifiestan libremente que han procedido a la lectura total y cuidadosa del presente documento, por lo que en consecuencia, se obligan a todo lo ordenado y manifestado, bajo el principio de la libre autonomía de la libertad.

Dado en Fusagasugá a los dos (2) días del mes de enero de 2018

**POR LA EMPRESA**

**POR EL CONTRATISTA:**

  
 \_\_\_\_\_  
**JOHN CASTILLO MARTINEZ**  
 Gerente

  
 \_\_\_\_\_  
**MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS**  
 Representante Legal

Proyectó y Revisó: Diana Marcela Castillo - líder de Contratación  
 Revisó: Supervisor designado 

*Chau*

286/28

	<b>Hospital San Rafael de Fusagasugá</b> "Hospital humano, hospital comprometido" E.S.E. - H HOSPITAL	A-GFAD-FT-009 V01
		7 de 7
<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 276-2018</b>		

<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGÁ</b> 	<b>CONTRATO No.</b>	<b>276-2018</b>
	<b>CONTRATANTE:</b>	<b>E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
	<b>NIT.</b>	<b>890.690.025-1</b>
	<b>CONTRATISTA:</b>	<b>SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S</b>
	<b>NIT. No.</b>	<b>900065662-1</b>
	<b>OBJETO:</b>	<b>PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO OFTALMOLOGIA DE LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>
	<b>PLAZO:</b>	<b>HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 2018</b>
	<b>VALOR:</b>	<b>DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$200.000.000.00) M/CTE</b>
<b>FECHA:</b>	<b>2 DE ENERO DE 2018</b>	

En Fusagasugá Cundinamarca, el día dos (2) del mes de enero de dos mil dieciocho (2018), se reunieron las siguientes personas: el Doctor (a) **ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ** Supervisor del contrato y **MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS**, gerente de **SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA MFJ IPS S.A.S** con NIT. 900065662-1, con el fin de dejar constancia del inicio de las actividades. Se aclara que la presente contratación tiene efectos fiscales a partir del 1 de enero de 2018.

No siendo otro el objeto de la presente, una vez leída, en constancia se firma por quienes en ella intervinieron.

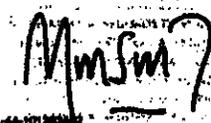
  
**ANDREI ALEXI ROJAS MARTINEZ**  
 SUPERVISOR

  
**MANUEL FERNANDO JIMENEZ HOYOS**  
 Director Ejecutivo

Proyectó y Revisó: Diana Marcela Castillo - líder de contratación  
 Revisó: Supervisor designado



100  
288

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL																									
DECRETO 1002 DE 2016																									
<b>BOGOTÁ</b> <b>BOGOTÁ, D.C.</b> <b>MT. 998.998.979-9</b>																									
CIUDAD DE EXPEDICIÓN		SUCURSAL		COD.SUC		NO.POLIZA		ANIDAD																	
BOGOTÁ, D.C.		ANTIOQUIA		21		21-44-10128282		0																	
FECHA EXPEDICIÓN		VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		A LAS		TIPO MOVIMIENTO																	
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO		HORAS		REVISION OFICIAL																	
02 01 2016		01 01 2016		31 03 2021		20:00																			
<b>DATOS DEL TOMADOR/GARANTIZADO</b>																									
NOMBRE O RAZON SOCIAL						IDENTIFICACION		MT.																	
SOCIEDAD OPTALMOLOGICA MPJ IPS S.A.S.						998.998.998																			
DIRECCION: KR 7 7990, 72 72 - 84 218				CIUDAD:		BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL		TELÉFONO:																	
								9989898																	
<b>DATOS DEL ASEGURADO/RESEGURO</b>																									
NOMBRE O RAZON SOCIAL						IDENTIFICACION		MT.																	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGABUSA						998.998.998																			
DIRECCION: TV 12 22, P.1 EN MATO				CIUDAD:		FUSAGABUSA, CUNDINAMARCA		TELÉFONO:																	
								8978188																	
<b>OBJETO DEL SEGURO</b>																									
CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO ORIGINAL, QUE PUEDAN HABER INTERVENIDO DE LA MATERIA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLAREN QUE LA ENFERMEDAD Y EL ESTADO DE SALUD DEL SEGURO ASEGURADO QUELLEGA EN ESTA AMBULANCIA, SEGURO DEL SEGURO S.A.S., GARANTIZADA:																									
GARANTIZADA LA CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ACQUIRIDAS EN EL CONTRATO 276 -2016 CUID OBJETO DE LA PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO OPTALMOLOGIA.																									
<b>ASEGURADO</b>																									
SERVICIO: PRESTACION DE SERVICIOS																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANUOS</th> <th>VIGENCIA DESDE</th> <th>VIGENCIA HASTA</th> <th>SUMA ANOS/ACTUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COMPLETOS DEL CONTRATO</td> <td>01/01/2016</td> <td>31/12/2021</td> <td>000,000,000.00</td> </tr> <tr> <td>SEGURO Y CONTRATO EN EJERCICIO DE LOS SERVICIOS</td> <td>02 JUNIO 1 2016, 7 HORAS Y 30 MIN</td> <td>01/01/2016</td> <td>010,000,000.00</td> </tr> <tr> <td>PLAZO DE GARANTIA, INSURACION SOCIALES EMPLEROS E INCAPACITACIONES LABORALES</td> <td>01/01/2016</td> <td>01/01/2021</td> <td>010,000,000.00</td> </tr> </tbody> </table>										ANUOS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ANOS/ACTUAL	COMPLETOS DEL CONTRATO	01/01/2016	31/12/2021	000,000,000.00	SEGURO Y CONTRATO EN EJERCICIO DE LOS SERVICIOS	02 JUNIO 1 2016, 7 HORAS Y 30 MIN	01/01/2016	010,000,000.00	PLAZO DE GARANTIA, INSURACION SOCIALES EMPLEROS E INCAPACITACIONES LABORALES	01/01/2016	01/01/2021	010,000,000.00
ANUOS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ANOS/ACTUAL																						
COMPLETOS DEL CONTRATO	01/01/2016	31/12/2021	000,000,000.00																						
SEGURO Y CONTRATO EN EJERCICIO DE LOS SERVICIOS	02 JUNIO 1 2016, 7 HORAS Y 30 MIN	01/01/2016	010,000,000.00																						
PLAZO DE GARANTIA, INSURACION SOCIALES EMPLEROS E INCAPACITACIONES LABORALES	01/01/2016	01/01/2021	010,000,000.00																						
<b>ACLARACIONES</b>																									
EN EL MOMENTO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO SE HA FORMALIZADO LA ASUNCION DEL CONTRATO Y/O CON LA FIRMA DEL ACTA DE SUPLENTE A SATISFACCION DEL MISMO																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VALOR PRIMA NETA</th> <th>CANTON EXPEDICION</th> <th>IVA</th> <th>TOTAL A PAGAR</th> <th>VALOR ASEGURADO TOTAL</th> <th>PRIMA LIMITE DE PAGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ 7000.00</td> <td>\$ 7000.00</td> <td>\$ 770.00</td> <td>\$ 7770.00</td> <td>\$ 20,000,000.00</td> <td>/</td> </tr> </tbody> </table>										VALOR PRIMA NETA	CANTON EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA LIMITE DE PAGO	\$ 7000.00	\$ 7000.00	\$ 770.00	\$ 7770.00	\$ 20,000,000.00	/				
VALOR PRIMA NETA	CANTON EXPEDICION	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA LIMITE DE PAGO																				
\$ 7000.00	\$ 7000.00	\$ 770.00	\$ 7770.00	\$ 20,000,000.00	/																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE</th> <th>CLAVE</th> <th>SE PAIS</th> <th>SEMPRE COMPANIA</th> <th>SE PAIS</th> <th>VALOR ASEGURADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C. A. CONSULTORES DE SEGUROS SURETA</td> <td>143568</td> <td>104.03</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										NOMBRE	CLAVE	SE PAIS	SEMPRE COMPANIA	SE PAIS	VALOR ASEGURADO	C. A. CONSULTORES DE SEGUROS SURETA	143568	104.03							
NOMBRE	CLAVE	SE PAIS	SEMPRE COMPANIA	SE PAIS	VALOR ASEGURADO																				
C. A. CONSULTORES DE SEGUROS SURETA	143568	104.03																							
<b>PLAN DE PAGO CONTACTO</b>																									
SEGURO RESPONSALENTY CONTACTO QUE CON LAS CONDICIONES DE SEGURO DEL ESTADO S.A.S. SE RESPONDE OBLIGAMENTE AL OBJETO Y OBLIGACIONES DE LA QUE GARANTIZADO QUE SE ENCUENTRAN EN ESTE CONTRATO.																									
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO S.A.S. EN CALLE 80 NO 10-01 - TELÉFONO 687983 - BOGOTÁ, D.C.																									
								REFERENCIA PAGO: 1100011040007																	
21-44-10128282						(418) 77000002157 (6026) 110811000079 (2000) 00000071614 (02) 2410012																			
WWW.ASEGURADORA...																									

289



**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO**  
**RCE CONTRATOS**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL ANTIOQUIA COUNTRY			COO.SUC 21	NO.PÓLIZA 21-4618111828	ANEXO 8
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 10 01 2018			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO 01 01 2018			VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO 30 11 2018		
A LAS HORAS 08:00			A LAS HORAS 23:00			TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL		

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL SOCIEDAD OPTALMOLOGICA MPJ SPQ S.A.S.			IDENTIFICACIÓN NIT: 888.888.888-4		
DIRECCIÓN: KR 7 7 NRO. 7272 - BA 218			CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL   TELÉFONO: 2888302		

DATOS DEL ASESURADO / BENEFICIARIO					
ASEGURADO / BENEFICIARIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSABABUGA			IDENTIFICACIÓN NIT: 888.888.888-4		
DIRECCIÓN: TV 12 22 81 P Y EN MATO			CIUDAD: FUSABABUGA, CUNDINAMARCA   TELÉFONO 8878108		
ADICIONAL: BENEFICIARIO: SUJEDOS - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSABABUGA					

**OBJETO DEL SEGURO**

QUE SEGUROS A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXA EN LOS ARTÍCULOS 04-05 / 0-068-0018, QUE PUEDE HABER INTERVENIDO DE LA MISMA QUE EL ASESURADO Y EL PAGO DE DECLARAR SOBRE ENTREGA Y SALVA EL VALOR ASEGURADO SEGURO EN CADA CASO, SEGUROS DEL ESTADO S.A. (SEGUROS).

QUANTIA LA MANO DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE SE PUEDE OCASIONAR CON MOTIVO DE LA RESCISIÓN DEL CONTRATO 276 DE JUNIO 1 DE 2018 CUYO OBJETO ES LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE OPTALMOLOGÍA EN LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSABABUGA. ASEGURADOS-BENEFICIARIOS TERCEROS ASEGURADOS.

ANEXOS			
ANEXOS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ABON/ACTUAL
SEGUROS SALUD Y OPERACIONES	01/01/2018	30/11/2018	\$284,248,400.00
DEDUCTIBLE: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - MÍNIMO: 3.00 DÍGITO			

**ACLARACIONES**

VALOR PRIMA NETA	PARTES EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LÍMITE DE PAGO
\$ 670,180.00	\$ 666,666.00	\$ 666,666.00	\$ 670,180.00	\$ 284,248,400.00	10 / 01 / 2018
DISTRIBUCIÓN DEL SEGURO		DISTRIBUCIÓN DEL SEGURO			
AGENCIADOR	CLAVE	CLAVE PORE	AGENCIA COMPAÑIA	CLAVE PORE	VALOR ASEGURADO
C. S. COSEGUROS DE SEGUROS LÍMITE 143568		100.00			

**PLAN DE PAGO** CONTADO

LA SUMA EN EL PAGO DE LA PRIMA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPEDIR CON FUNDAMENTO EN ELLO, PRODUCIDA LA RESCISIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DADA DEBIDO A SEGUROS DEL ESTADO S.A. PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEBIDA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DELA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

QUEBA EXPRESAMENTE CONVINO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LAS GARANTÍAS QUE SE ENSEÑAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. EN CALLE 83 NO 16-16 - TELÉFONO: 6-917963 - BOGOTÁ, D.C.

SEGUROS DEL ESTADO S.A. SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DERIVADA DE CUMPLIMIENTO

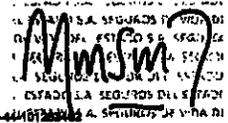
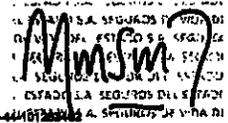
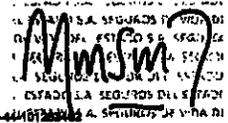
ESTADO S.A. SEGUROS DEL ESTADO

21-4618111828 S.A. SEGUROS DEL ESTADO

VERIFICACIÓN PAGO: 1108811848738

(015) 7709998211 (020) 1106811407348 (3900) 80006047637 (04) 70136101

102  
90

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL																									
DECRETO 1882 DE 2015																									
<b>RESERVA DEL ESTADO S.A.</b> NIT. 908.009.874-9																									
CIUDAD DE EMISION BOGOTA, D.C.		SUCURSAL ANTIOQUIA COUNTRY		COD.SUC 21		NO.POLIZA 21-44-16183442		ANEXO 0																	
FECHA EMISION DIA MES AÑO 01 01 2016		VIGENCIA DESDE DIA MES AÑO 01 01 2016		A LAS HORAS 00:00		VIGENCIA HASTA DIA MES AÑO 31 09 2021		A LAS HORAS 23:59																	
TPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL																									
DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO																									
NOMBRE O RAZON SOCIAL SOCIEDAD OPTALMOLOGICA MF J IPB S.A.S.						IDENTIFICACION NIT: 908.009.874-9																			
DIRECCION: KR 7 74RO. 72 72 - 84 218				CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL		TELEFONO: 2582002																			
DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO																									
ASEGURADO / BENEFICIARIO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGARUGA						IDENTIFICACION NIT: 908.009.874-9																			
DIRECCION: TV 12 22 51 P 1 EN MATEO				CIUDAD: FUSAGARUGA, CUNDINAMARCA		TELEFONO: 6979108																			
OBJETO DEL SEGURO																									
CON SUJECION A LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA POLIZA, QUE SE ASEGURA SUJECION DE LA SALUD Y DEL BIENESTAR Y DEL BIENESTAR SOCIAL DEL SEGURO ASEGURADO Y SUSPENDER EL SEGURO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL SEGURO ASEGURADO, SEGURO DEL SEGURO S.A.S., GARANTIZADA: GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES AQUINARIAS EN EL CONTRATO 275 -2016 CUYO OBJETO ES LA PRESTACION DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS COMO OPTALMOLOGIA.																									
ANEXOS																									
ANEXO: PRESTACION DE SERVICIOS																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ANEXOS</th> <th>VIGENCIA DESDE</th> <th>VIGENCIA HASTA</th> <th>VALOR ANEXO/ACTUAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO</td> <td>01/01/2016</td> <td>31/12/2016</td> <td>220.000.000.00</td> </tr> <tr> <td>VALORES Y CANTIDAD FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS</td> <td>01 MARZO 1 AÑO, 7 MESES Y 30 DIAS *</td> <td></td> <td>230.000.000.00</td> </tr> <tr> <td>TASO DE SALARIOS, SUBSIDIOS SOCIALES LEGALES A SUBSIDIOS LABORALES</td> <td>01/01/2016</td> <td>31/09/2021</td> <td>610.000.000.00</td> </tr> </tbody> </table>										ANEXOS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ANEXO/ACTUAL	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/01/2016	31/12/2016	220.000.000.00	VALORES Y CANTIDAD FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS	01 MARZO 1 AÑO, 7 MESES Y 30 DIAS *		230.000.000.00	TASO DE SALARIOS, SUBSIDIOS SOCIALES LEGALES A SUBSIDIOS LABORALES	01/01/2016	31/09/2021	610.000.000.00
ANEXOS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ANEXO/ACTUAL																						
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/01/2016	31/12/2016	220.000.000.00																						
VALORES Y CANTIDAD FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS	01 MARZO 1 AÑO, 7 MESES Y 30 DIAS *		230.000.000.00																						
TASO DE SALARIOS, SUBSIDIOS SOCIALES LEGALES A SUBSIDIOS LABORALES	01/01/2016	31/09/2021	610.000.000.00																						
ACLIARACIONES																									
EN ESTE SEGURO EFECTUA VIGENCIA UNA VEZ SE HA FINALIZADO LA EJECUCION DEL CONTRATO Y/O CON LA FIRMA DEL ACTA DE ENTREGA A SATISFACCION DEL SEGURO																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>VALOR PRIMA NETA</th> <th>CANTOS EMISION</th> <th>IVA</th> <th>TOTAL A PAGAR</th> <th>VALOR ASEGURADO TOTAL</th> <th>FECHA LIMITE DE PAGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\$ 389.315.00</td> <td>\$ 7.000.00</td> <td>\$ 75.289.00</td> <td>\$ 471.614.00</td> <td>\$ 60.000.000.00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										VALOR PRIMA NETA	CANTOS EMISION	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO	\$ 389.315.00	\$ 7.000.00	\$ 75.289.00	\$ 471.614.00	\$ 60.000.000.00					
VALOR PRIMA NETA	CANTOS EMISION	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO																				
\$ 389.315.00	\$ 7.000.00	\$ 75.289.00	\$ 471.614.00	\$ 60.000.000.00																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOBRE</th> <th>CLAVE</th> <th>SI DE PAIS</th> <th>NOMBRE COMPAÑIA</th> <th>ESTADO</th> <th>VIGENCIA SEGURO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>C. R. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA</td> <td>143568</td> <td>100.00</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										NOBRE	CLAVE	SI DE PAIS	NOMBRE COMPAÑIA	ESTADO	VIGENCIA SEGURO	C. R. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA	143568	100.00							
NOBRE	CLAVE	SI DE PAIS	NOMBRE COMPAÑIA	ESTADO	VIGENCIA SEGURO																				
C. R. CONSULTORES DE SEGUROS LIMITA	143568	100.00																							
PLAN DE PAGO CONTADO																									
TENDRÁ EFECTIVAMENTE ENTREGADO QUE CON OBLIGACIONES DE SEGURO DEL ESTADO S.A. EN NOMBRE PARTICIPANTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LAS GARANTIAS QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.																									
PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. EN CALLE 43 NO 16-10 - TELEFONO: 6-97983 - BOGOTA, D.C.																									
<table border="1"> <tr> <td>  </td> <td>  </td> <td>           REFERENCIA PAGO: 1188611648867-4         </td> </tr> </table>												REFERENCIA PAGO: 1188611648867-4													
		REFERENCIA PAGO: 1188611648867-4																							
(415) 770098021147 (8820) 11008118408678 (5900) 000000471624 (9612018016)																									

108  
291



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA  
SEDE FUSAGASUGA

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 420003845958DC

18 DE FEBRERO DE 2020 HORA 10:50:59

0420003845 PÁGINA: 1 DE 3

\* \* \* \* \*

\*\*\*\*\*  
ESTE CERTIFICADO FUE GENERADO ELECTRÓNICAMENTE Y CUENTA CON UN CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE LE PERMITE SER VALIDADO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
RECUERDE QUE ESTE CERTIFICADO LO PUEDE ADQUIRIR DESDE SU CASA U OFICINA DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*  
PARA SU SEGURIDAD DEBE VERIFICAR LA VALIDEZ Y AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO SIN COSTO ALGUNO DE FORMA FÁCIL, RÁPIDA Y SEGURA EN WWW.CCB.ORG.CO/CERTIFICADOSELECTRONICOS/

\*\*\*\*\*

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL O INSCRIPCION DE DOCUMENTOS.

LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

CERTIFICA:

NOMBRE : SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S  
N.I.T. : 900.065.662-1 ADMINISTRACIÓN : DIRECCION SECCIONAL DE IMPUESTOS DE BOGOTA  
DOMICILIO : BOGOTÁ D.C.

CERTIFICA:

MATRICULA NO: 01559182 DEL 18 DE ENERO DE 2006

CERTIFICA:

RENOVACION DE LA MATRICULA : 1 DE ABRIL DE 2019  
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2019  
ACTIVO TOTAL : 2,957,521,933

CERTIFICA:

DIRECCION DE NOTIFICACION JUDICIAL : CR 7 NO. 72-64 CS 219  
MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.  
EMAIL DE NOTIFICACION JUDICIAL : ASESORIASCONTABLESPMA@HOTMAIL.COM  
DIRECCION COMERCIAL : CR 7 NO. 72-64 CS 219  
MUNICIPIO : BOGOTÁ D.C.  
EMAIL COMERCIAL : PATYSOMOS10@OTMAIL.COM

CERTIFICA:

CONSTITUCION: QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 18 DE ENERO DE 2006, INSCRITA EL 18 DE ENERO DE 2006 BAJO EL NUMERO 01033557 DEL LIBRO IX, SE CONSTITUYO LA SOCIEDAD COMERCIAL DENOMINADA SOCIEDAD OFTALMOLOGICA IPS E U.

CERTIFICA:

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO NO. SIN NUM DE EMPRESARIO DEL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2012, INSCRITA EL 11 DE OCTUBRE DE 2012 BAJO EL NUMERO 01673280 DEL LIBRO IX, LA SOCIEDAD CAMBIO SU NOMBRE DE: SOCIEDAD OFTALMOLOGICA IPS E U POR EL DE: SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S.

CERTIFICA:

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO DEL EMPRESARIO, DEL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2012, INSCRITA EL 11 DE OCTUBRE DE 2012 BAJO EL NUMERO 01673280 DEL LIBRO IX, LA EMPRESA DE LA REFERENCIA SE CONVIRTIÓ DE EMPRESA UNIPERSONAL A SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA BAJO EL NOMBRE DE: SOCIEDAD OFTALMOLOGICA MFJ IPS S.A.S

CERTIFICA:

REFORMAS:

DOCUMENTO NO.	FECHA	ORIGEN	FECHA	NO. INSC.
SIN NUM	2012/09/25	EMPRESARIO	2012/10/11	01673280
003	2016/03/02	ASAMBLEA GENERAL	2016/04/13	02092939

CERTIFICA:

VIGENCIA: QUE EL TERMINO DE DURACION DE LA SOCIEDAD ES INDEFINIDO

CERTIFICA:

OBJETO SOCIAL : LA SOCIEDAD TENDRÁ COMO OBJETO SOCIAL PRINCIPAL LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES ESPECIALIZADOS EN EL ÁREA DE OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA, EN LO RELATIVO A PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO Y REHABILITACIÓN, EN EL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA Y CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, VALORACIONES DE URGENCIAS E INTERCONSULTAS. EN DESARROLLO DE SU OBJETO SOCIAL LA SOCIEDAD PODRÁ REALIZAR ENTRE OTRAS LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: A REALIZAR COMPRA Y VENTA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, INSTRUMENTAL MÉDICO QUIRÚRGICO, OFTALMOLÓGICO, DE LABORATORIO Y DE AYUDAS DIAGNÓSTICAS. B LA ADQUISICIÓN DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES A TÍTULO ONEROSO CON

DESTINO A AMPLIAR LOS SERVICIOS MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. C. CONTRATAR CON ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO U OFICIAL, EMPRESAS DE CONSTITUCIÓN MIXTA O PERSONAS JURÍDICAS O NATURALES, PRIVADAS, SERVICIOS DE LABORATORIO, AYUDAS DIAGNÓSTICAS ENTRE OTRAS A D LA INTERVENCIÓN COMO ASOCIADO EN LA CONSTITUCIÓN DE SOCIEDADES COMERCIALES QUE EXPLOTEN NEGOCIOS SIMILARES, LOS ACTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS MISMAS O LA NEGOCIACIÓN DE SUS ACCIONES. E CELEBRAR CONTRATOS DE CUENTA CORRIENTE Y DEMÁS OPERACIONES BANCARIAS. F CONTRATAR CON PERSONAL IDÓNEO Y RESPONSABLE, QUE EJECUTE LAS ACTIVIDADES NECESARIAS Y COMPLEMENTARIAS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA TANTO EN EL CAMPO ASISTENCIAL COMO ADMINISTRATIVO Y EN GENERAL REALIZAR TODA CLASE DE ACTOS, OPERACIONES COMERCIALES, FINANCIERAS, ETC., LÍCITAS, RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD HUMANA. G LA PRESTACIÓN DE TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD EN FORMA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA PARA EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN. H LA COMPRA Y VENTA, IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN Y EN GENERAL LA COMERCIALIZACIÓN DE EQUIPOS MÉDICOS, REACTIVOS, QUÍMICOS, MEDICAMENTOS, MATERIALES E INSTRUMENTALES MEDICO QUIRÚRGICOS, LENTES, MONTURAS, PRODUCTOS ÓPTICOS TODOS AQUELLOS RELACIONADOS N LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA Y LA OPTOMETRÍA. I PODRÁ ARRENDAR, SUBARRENDAR EQUIPOS MÓDICOS CIENTÍFICOS, NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. J REALIZAR CONVENIOS CON OTRAS EMPRESAS SOCIETARIAS QUE COMPLEMENTEN EL RECURSO HUMANO Y MATERIAL QUIRÚRGICO Y NO QUIRÚRGICO NECESARIO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. PARAGRAFO: ES CONTRARIO AL OBJETO SOCIAL GARANTIZAR, RESPALDAR, FIAR O AVALAR DEUDAS DE PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS, DISTINTAS DE AQUELLAS PERSONA JURÍDICAS CON QUIENES TENGA LA CALIDAD DE MATRIZ, FILIAL, SUBSIDIARIA O ÉSTE VINCULADA



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE FUSAGASUGA

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 420003845958DC

18 DE FEBRERO DE 2020 HORA 10:50:59

0420003845

PÁGINA: 2 DE 3

\* \* \* \* \*

ECONÓMICAMENTE O EN LAS QUE SEA PROPIETARIA DE ACCIONES O CUOTAS.  
CERTIFICA:

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

8621 (ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACION)

CERTIFICA:

CAPITAL:

\*\* CAPITAL AUTORIZADO \*\*

VALOR : \$200,000,000.00

NO. DE ACCIONES : 200,000.00

VALOR NOMINAL : \$1,000.00

\*\* CAPITAL SUSCRITO \*\*

VALOR : \$200,000,000.00

NO. DE ACCIONES : 200,000.00

VALOR NOMINAL : \$1,000.00

\*\* CAPITAL PAGADO \*\*

VALOR : \$200,000,000.00

NO. DE ACCIONES : 200,000.00

VALOR NOMINAL : \$1,000.00

CERTIFICA:

REPRESENTACION LEGAL : EL REPRESENTANTE LEGAL SERA EL GERENTE.

CERTIFICA:

\*\* NOMBRAMIENTOS \*\*

QUE POR DOCUMENTO PRIVADO NO. SIN NUM DE EMPRESARIO DEL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2012, INSCRITA EL 11 DE OCTUBRE DE 2012 BAJO EL NUMERO 01673280 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE

IDENTIFICACION

GERENTE

JIMENEZ HOYOS MANUEL FERNANDO

C.C. 000000079157475

CERTIFICA:

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL : SERÁN FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL CARGO LAS SIGUIENTES: A) CONSTITUIR PARA PROPÓSITOS CONCRETOS LOS CONVENIOS ESPECIALES QUE CONSIDERE NECESARIOS PARA REPRESENTAR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE A LA SOCIEDAD. B) CUIDAR LA RECAUDACIÓN E INVERSIÓN DE LAS RESERVAS OBTENIDAS EN LA SOCIEDAD. C) ORGANIZAR ADECUADAMENTE LOS SISTEMAS REQUERIDOS PARA LAS CONTABILIZACIÓN, PAGOS Y DEMÁS OPERACIONES DE LA SOCIEDAD, D) VELAR POR EL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE TODAS LAS OBLIGACIONES DE LA SOCIEDAD EN MATERIA IMPOSITIVA. E) CERTIFICAR CONJUNTAMENTE CON EL CONTADOR DE LA SOCIEDAD LOS ESTADOS FINANCIEROS EN EL CASO DE SER DICHA CERTIFICACIÓN EXIGIDA POR LAS NORMAS LEGALES. F) DESIGNAR LAS PERSONAS QUE VAN A PRESTAR SERVICIOS A LA SOCIEDAD Y PARA EL EFECTO CELEBRAR LOS CONTRATOS QUE DE ACUERDO A LAS CIRCUNSTANCIAS SEAN CONVENIENTES, ADEMÁS FIJAR LAS REMUNERACIONES CORRESPONDIENTES, DENTRO DE LOS LÍMITES ESTABLECIDAS EN

EL PRESUPUESTO ANUAL DE INGRESOS Y EGRESOS G) CELEBRAR LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS EN ET OBJETO SOCIAL DE LA SOCIEDAD Y NECESARIOS PARA QUE ESTA DESARROLLE PLENAMENTE LOS FIJES PARA TOS CUALES HA SIDO TRANSFORMADA. H) CUMPLIR LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE CORRESPONDA SEGÚN LO PREVISTO EN LAS NORMAS LEGALES Y EN ESTOS ESTATUTOS. PARÁGRAFO: EL GERENTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL QUEDA FACULTADO PARA CELEBRAR ACTOS Y CONTRATOS EN DESARROLLO DEL OBJETO DE LA SOCIEDAD, CON ENTIDADES PÚBLICAS, PRIVADAS Y MIXTAS.

CERTIFICA:

\*\* REVISOR FISCAL \*\*

QUE POR ACTA NO. 001 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS DEL 30 DE ABRIL DE 2016, INSCRITA EL 13 DE JULIO DE 2016 BAJO EL NUMERO 02122116 DEL LIBRO IX, FUE (RON) NOMBRADO (S):

NOMBRE	IDENTIFICACION
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	
OJEDA LADINO VICTOR HERNANDO	C.C. 000000079160962
REVISOR FISCAL SUPLENTE	
VARGAS MORALES YINA VIVIANA	C.C. 000000053931633

CERTIFICA:

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE LA FECHA DE LA CORRESPONDIENTE ANOTACIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSO. LOS SÁBADOS NO SON TENIDOS EN CUENTA COMO DÍAS HÁBILES PARA LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ.

\* \* \* EL PRESENTE CERTIFICADO NO CONSTITUYE PERMISO DE \* \* \*  
\* \* \* FUNCIONAMIENTO EN NINGUN CASO \* \* \*

INFORMACION COMPLEMENTARIA

LOS SIGUIENTES DATOS SOBRE PLANEACION DISTRITAL SON INFORMATIVOS  
FECHA DE ENVIO DE INFORMACION A PLANEACION DISTRITAL : 1 DE ABRIL DE 2019

SEÑOR EMPRESARIO, SI SU EMPRESA TIENE ACTIVOS INFERIORES A 30.000 \$MLMV 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 CONSTITUCION 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.

RECUERDE INGRESAR A [WWW.SUPERSOCIEDADES.GOV.CO](http://WWW.SUPERSOCIEDADES.GOV.CO) PARA VERIFICAR SI SU EMPRESA ESTA OBLIGADA A REMITIR ESTADOS FINANCIEROS. EVITE SANCIONES.

\*\*\*\*\*  
\*\* ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACION JURIDICA DE LA \*\*  
\*\* SOCIEDAD HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICION. \*\*  
\*\*\*\*\*

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO,  
VALOR : \$ 6,100

\*\*\*\*\*  
PARA VERIFICAR QUE EL CONTENIDO DE ESTE CERTIFICADO CORRESPONDA CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LOS REGISTROS PÚBLICOS DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN PUEDE SER VALIDADO POR

18  
293



CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

SEDE FUSAGASUGA

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: 420003845958DC

18 DE FEBRERO DE 2020 HORA 10:50:59

0420003845 PÁGINA: 3 DE 3

\* \* \* \* \*

SU DESTINATARIO SOLO UNA VEZ, INGRESANDO A WWW.CCB.ORG.CO

\*\*\*\*\*

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.

106  
294

007

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
NIT. 880.008.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN BOGOTÁ, D.C.	SUCURSAL CORREDORES	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 17-03-101000972	ANEXO No. 3
TOMADOR DIRECCION	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA		NIT 890.680.025-1	TELEFONO 8676106
ASEGURADO DIRECCION	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA		NIT 890.680.025-1	TELEFONO 8672900
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 20 / 05 / 2016	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 17 / 05 / 2016		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 24 / 02 / 2017	
INTERMEDIARIO GENTIL CAICEDO CARDOZO		CLAVE 963351	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO
INFORMACION DEL RIESGO				
RIESGO: 1 ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES				
DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITES
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES	\$ 700,000,000.00		
DEDUCTIBLES: * 5.00 % EL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 ENGLV en ERRORES U OMISIONES				
OBJETO DE LA POLISA: SE AMPLIA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA ENTIDAD A SUS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS.				
TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****700,000,000.00		PRIMA:	\$ *****10,854,794.00
PLAN DE PAGO: CONTADO			IVA:	\$ *****2,736,767.00
			TOTAL A PAGAR:	\$ *****12,591,561.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVÉE EL ART. 1699 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE POLIZA.

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 17 NO 10-16 PISO 3, TELÉFONO 3414646 - BOGOTÁ, D.C.  
Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)



REFERENCIA PAGO:  
1100310573061-1

Seguros del Estado S.A.  
NIT. 880.008.578-6  
CALLE 17 NO. 10-16 PISO 3  
TEL. 341 4646-4650  
17-03-101000972  
FIRMA AUTORIZADA

*[Handwritten Signature]*  
TOMADOR

CLIENTE  
Oficina Principal: Cra. 11 No. 36 - 28 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

MAGNOLIA ALZATE

**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**  
NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**CLINICAS Y HOSPITALES**

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
CORREDORES		17-03-101000972	3
TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	NT	890.880.026-1
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8676108
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	NT	890.880.026-1
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8672900
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

**ASEGURADO**  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA Y/O NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. NUEVA EPS S.A.  
La cobertura se extiende a cubrir el contrato de prestación de servicios asistenciales celebrado entre la Nueva EPS y la IPS La Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasuga; Esta póliza estará vigente por el periodo contratado por la IPS Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Fusagasuga con Seguros del Estado S.A. por los límites asegurados solicitados.

**RC. Límite asegurado:** 20% del valor del contrato equivalente a \$280.000.000 evento/vigencia, vigencia por la IPS con seguros del Estado  
**RC Profesional Médica:** 400 SMPLV equivalente a \$257.800.000 evento/vigencia, por la vigencia contratada por la IPS con Seguros del Estado  
**MEDICOS GRUPO A 10, DEMAS MEDICOS GRUPO A 42, ODONTOLOGOS Y ORTOODONCISTAS 8, AUXILIARES DE ENFERMERIA 32, JEFES 5  
 PARAMEDICOS 15 Y CAMAS 25**

**GASTOS DE DEFENSA 10% DE LOS GASTOS INCLUIDOS**  
**OBJETO DEL SEGURO:** cubrir la responsabilidad civil profesional como consecuencia y/o derivada de la prestación de servicios de salud.  
**Base de cobertura:** siniestros ocurridos durante la vigencia de la presente póliza

**AMPAROS:**  
 La responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapéuticos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.  
 La cobertura comprende también la responsabilidad civil extracontractual del asegurado (plo) por daños materiales o daños personales, derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios, en que se desarrollan las actividades propias de la profesión médica materia de este seguro.  
 Se ampara la responsabilidad civil del asegurado por daños personales ocurridos durante la vigencia de la póliza consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales médicos, quirúrgicos o dentales, siempre y cuando el suministro sea parte necesaria de la prestación del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervisión directa, o los mencionados productos han sido registrados ante las autoridades competentes.

**VALOR ASEGURADO:** \$700.000.000 Evento / Vigencia  
**SUBLÍMITE GASTOS DE DEFENSA:** hasta \$10.000.000 evento / \$50.000.000 vigencia.

**EXCLUSIONES:**  
 Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. En caso de la cirugía plástica o estética, solamente se otorga en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas.  
 Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.  
 Daños causados por la prestación de servicios por personas que no estén legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.  
 Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o narcóticas.  
 Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.  
 Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales.  
 Reclamaciones de personas que tienen una relación laboral con el asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.  
 Daños (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).  
 Reclamaciones por daños relacionados directa o indirectamente con el sida, virus del tipo VIH, hepatitis B.  
 Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.  
 Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente.  
 Reclamaciones derivadas de tratamientos innecesarios, omisión de dictámenes periciales, violación de secreto profesional.  
 En el caso de odontólogos y ortodontistas, reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras al paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin.  
 Reclamaciones por actos médicos que se efecten con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

Reclamaciones por daños genéticos  
 Reclamaciones por organismos patógenos (moho u hongos sus esporas, bacterias, algas, mico toxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas, proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas no.)  
 Reclamaciones por daños morales  
 Pérdidas patrimoniales puras, incluyendo pero no limitadas a pérdidas de utilidades, pérdidas de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia directa de una lesión corporal o un daño a la propiedad amparado por esta póliza.  
 Reclamaciones por enfermedades profesionales  
 Reclamaciones por toda responsabilidad civil profesional y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención médica.

**GARANTIAS**  
 Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.

107  
295

009

18

SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.  
NIT. 860.009.578-5

### POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

#### CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CORREDORES	ANEXO DE RENOVACION	17-03-101000972	3
TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	NIT	890.860.025-1
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8678108
ABEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	NIT	890.860.025-1
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8672900
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0
<b>TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA</b>			
<p>Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.            5.5 DEDUCIBLES: \$ DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 3 \$MILV</p>			

MAGNOLIAALZATE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 80 - 29 Bogotá D.C. Teléfono 2100977



296 108

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
 NIT. 890.008.572-5

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES**

Ciudad de Expedición <b>BOGOTA, D.C.</b>	SUCURSAL	CORREDORES	TIPO DE MOVIMIENTO <b>ANEXO DE RENOVACION</b>	POLIZA No. <b>17-03-101000972</b>	ANEXO No. <b>#</b>
TOMADOR <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>	DIRECCION <b>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA</b>			Ciudad <b>FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA</b>	NIT <b>890.680.025-1</b>
ASEGURADO <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>	DIRECCION <b>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA</b>			Ciudad <b>FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA</b>	NIT <b>890.680.025-1</b>
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>				NIT <b>0-0</b>	
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>24 / 02 / 2017</b>	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>24 / 02 / 2017</b>		HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>24 / 02 / 2018</b>		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>24 / 02 / 2017</b>
INTERMEDIARIO <b>GENTIL CAICEDO CARDOZO</b>		CLAVE <b>963351</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO <b>% PARTICIPACION</b>

**INFORMACION DEL RIESGO**

RIESGO: 1  
 ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPARCOS	SUMA ASEGURADA \$ INVAR	SUBLINEITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES	\$ 700,000,000.00 \$ 700,000,000.00	

DEDUCIBLES: 5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMELV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:  
 ASE AMPRA LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DERIVADA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR LA ENTIDAD A SUS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS.

TOTAL SUMA ASEGURADA	\$ *****700,000,000.00	PRIMA:	\$ *****14,000,000.00
PLAN DE PAGO	CONTADO	IVA:	\$ *****2,660,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****16,660,000.00

**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

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

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 17 NO 10-16 PISO 3. TELÉFONO 3414646 - BOGOTA, D.C.

Usted puede consultar esta póliza en [www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)



REFERENCIA PAGO:  
1100310600716-2

**Seguros del Estado S.A.**  
 NIT. 890.008.572-5  
 BOGOTÁ, D.C. CALLE 17 NO. 10-16 PISO 3  
 TEL. 341 46 46  
 17-03-101000972

PRIMA AUTORIZADA

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2198877

*[Handwritten Signature]*

DOCUMENTO EQUIVALENTE A UNA FACTURA - NO EFECTUAR PAGO EN LA PRESENTE POR INGRESAR CONCEPTO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL



**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

**CLINICAS Y HOSPITALES**

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No	ANEXO No
CORREDORES		17-03-101000972	
TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	NIT	890.880.025-1
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8676106
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA	NIT	890.880.025-1
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8672900
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

**OBJETO DEL SEGURO:** cubrir la responsabilidad civil profesional como consecuencia y/o derivada de la prestacin de servicios de salud.  
**Base de cobertura:** siniestros ocurridos durante la vigencia de la presente poliza

**5.2. AMPAROS:**  
 La responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la poliza derivada de la posesion y el uso de aparatos y tratamientos medicos con fines de diagnostico o terapeuticos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos esten reconocidos por la ciencia medica.  
 La cobertura comprende tambien la responsabilidad civil extracontractual del asegurado (plo) por danos materiales o danos personales, derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios, en que se desarrollan las actividades propias de la profesion medica materia de este seguro.  
 Se ampara la responsabilidad civil del asegurado por danos personales ocurridos durante la vigencia de la poliza consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales medicos, quirurgicos o dentales, siempre y cuando el suministro sea parte necesaria de la prestacion del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervision directa, o los mencionados productos han sido registrados ante las autoridades competentes.

**5.3. VALOR ASEGURADO:** \$150.000.000 Evento / \$700.000.000 Vigencia

**5.3.1. SUBLIMITE GASTOS DE DEFENSA:** hasta \$10.000.000 evento / \$50.000.000 vigencia.

**5.4. EXCLUSIONES:**  
 Danos o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesion medica con fines diferentes al diagnostico o a la terapeutica. En caso de la cirugía plastica o estetica, solamente se otorga en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas.  
 Danos o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesion medica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.  
 Autorizacion o licencia otorgada por la autoridad competente para personas que no esten legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.  
 Reclamaciones por danos causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcoholicas o narcoticas.  
 Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales amparados en la poliza y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.  
 Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales.  
 Reclamaciones de personas que tienen una relacion laboral con el asegurado, cuando presentan tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.  
 Danos (derivados de acciones, omisiones o errores) que tengan su origen en la extraccion, transfusion y/o conservacion de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmision o contagio del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).  
 Reclamaciones por danos relacionados directa o indirectamente con el sida, virus del tipo VIH, hepatitis B.  
 Reclamaciones derivadas de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocacion de un embarazo o de una procreacion.  
 Reclamaciones derivadas de danos o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, necesarios, emision de dictámenes periciales, violacion de secreto profesional.  
 En el caso de odontólogos y ortodontistas, reclamaciones por danos causados por la aplicacion de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clinica o un hospital acreditado para dicho fin.  
 Reclamaciones por actos medicos que se efectuen con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.  
 Reclamaciones por danos geneticos.  
 Reclamaciones por organismos patogenicos (moho u hongos sus esporas, bacterias, algas, mico toxinas y cualquier otro producto metabolico, enzimas, proteínas segregadas por las anteriores, o en sus toxinas no.)  
 Reclamaciones por danos morales.  
 Perdidas patrimoniales puras, incluyendo pero no limitadas a perdidas de utilidades, perdidas de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia directa de una lesion corporal o un daño a la propiedad amparado por esta poliza.  
 Reclamaciones por enfermedades profesionales.  
 Reclamaciones por toda responsabilidad civil profesional y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atencion medica.

**GARANTIAS:**  
 Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realizacion de los servicios de mantenimiento de acuerdo las estipulaciones de los fabricantes.  
 Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

**5.5. DEDUCIBLES:** 5% DEL VALOR DE LA PERDIDA MINIMO 3 SMMLV



297 105

15

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
NIT. 890.008.578-8

### POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>BOGOTA, D.C.</b>	SUCURSAL	CORREDORES	TIPO DE MOVIMIENTO <b>ANEXO DE RENOVACION</b>	POLIZA No <b>17-03-101000972</b>	ANEXO No <b>6</b>
TOMADOR <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>	DIRECCION <b>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA</b>	CIUDAD <b>FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA</b>	NIT <b>890.680.025-1</b>	TELEFONO <b>8678106</b>	
ASEGURADO <b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA</b>	DIRECCION <b>TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA</b>	CIUDAD <b>FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA</b>	NIT <b>890.680.025-1</b>	TELEFONO <b>8672900</b>	
BENEFICIARIO <b>TERCEROS AFECTADOS</b>			NIT <b>0-0</b>		

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) <b>07 / 03 / 2018</b>	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>24 / 02 / 2018</b>	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>24 / 02 / 2019</b>	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>24 / 02 / 2018</b>	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) <b>24 / 02 / 2019</b>
INTERMEDIARIO <b>GENTIL CAICEDO CARDOZO</b>	CLAVE <b>963351</b>	% PARTICIPACION <b>100.00</b>	COMPANIA	COASEGURO CEDIDO

**INFORMACION DEL RIESGO**  
 RIESGO: 1  
 ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMAROS	MONEDA ASEGURADA	\$ INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL	ERRORES U OMISIONES	\$ 700.000.000.00		
DEDUCIBLES:	5.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 3.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES	\$ 700.000.000.00		
OBJETO DE LA POLIZA:				

TOTAL SUMA ASEGURADA	\$ *****700,000,000.00	PRIMA:	\$ *****14,000,000.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	\$ *****2,660,000.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****16,660,000.00

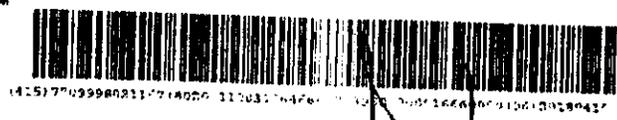
**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGUROESTADO, DENTRO DE LOS 48 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

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

**PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 17 NO 10-16 PISO 3, TELÉFONO 3414646 - BOGOTÁ, D.C.**

**HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA NINGUNA, ADJUNTA. USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

**Seguros del Estado S.A.**  
 NIT. 8900095786  
 SUC. CORREDORES  
 CALLE 7 N° 10-16 PISO 3  
 TEL. 341 46 46  
 17-03-101000972



REFERENCIA PAGO:  
1100310648460-7

*[Handwritten Signature]*

FIRMA AUTORIZADA: ROLANDOCORBO  
 CLIENTE: Oficina Principal, Cra 11 No 90 - 20 Bogotá D.C. Telefono 2186077

**SEGUROS DEL ESTADO S.A.**  
 NIT. 890.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL**

SUCURSAL	CLINICAS Y HOSPITALES	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
CORREDORES		ANEJO DE RENOVACION	17-03-101000972	0
TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA		NIT	890.680.025-1
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO BUSA	CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8676106
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA		NIT	890.680.025-1
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO BUSA	CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA	TELEFONO	8672900
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS		NIT	0-0

**TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA**

**RENOVACION EN IGUALDAD DE CONDICIONES.**

**OBJETO DEL SEGURO:** cubrir la responsabilidad civil profesional como consecuencia y/o derivada de la prestación de servicios de salud.  
**Base de cobertura:** siniestros ocurridos durante la vigencia de la presente póliza.

**5.2. AMPAROS:**

La responsabilidad civil profesional del asegurado comprende por los perjuicios causados a terceros durante la vigencia de la póliza derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o terapéuticos, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

La cobertura comprende también la responsabilidad civil extracontractual del asegurado (p.ej. por daños materiales o daños personales) derivada de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios, en que se desarrollan las actividades propias de la profesión médica material de este seguro.

Se ampara la responsabilidad civil del asegurado por daños personales ocurridos durante la vigencia de la póliza consecuencia del suministro de medicamentos, drogas u otros materiales médicos, quirúrgicos o dentales, siempre y cuando el suministrador sea parte necesaria de la prestación del servicio y los mencionados productos han sido elaborados por el asegurado mismo o bajo su supervisión directa, o por los mencionados productos han sido elaborados por las autoridades competentes.

**5.3. VALOR ASEGURADO:** \$150.000.000 Evento Único / \$3.000 Vigencia

**5.3.1. SUBLIMITE GASTOS DE DEFENSA:** \$50.000.000 evento / \$50.000.000 vigencia.

**5.4 EXCLUSIONES:**

Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. En caso de la cirugía plástica o estético, únicamente se otorga en los casos de cirugía reconstructiva posterior a un accidente y de cirugía correctiva de anomalías congénitas.

Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.  
 Daños causados por la prestación de servicios por personas que no están legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuentan con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.

Reclamaciones por daños causados por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcoholicas o narcoticas.  
 Reclamaciones de personas que ejerzan actividades profesionales o científicas y que por el ejercicio de esa actividad se encuentran expuestas a los riesgos de rayos o radiaciones provenientes de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección o contagio con enfermedades o agentes patógenos.

Reclamaciones orientadas al reembolso de honorarios profesionales

Reclamaciones de personas que tienen un conflicto laboral con el asegurado, cuando presenten tales reclamaciones a consecuencia de un servicio prestado.  
 Daños (derivados de acciones, omisiones o negligencias) que tengan su origen en la extracción, transfusión y/o conservación de sangre o plasma sanguíneo y aquellas actividades negligentes que tengan como consecuencia la adquisición, transmisión o contagio del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

Reclamaciones por daños relacionados directamente o indirectamente con el sida, virus del tipo VIH, hepatitis B.  
 Reclamaciones derivadas de la insuficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una procreación.

Reclamaciones derivadas de daños o perjuicios que no sean consecuencia directa de un daño personal o material, causado por el tratamiento de un paciente, perjuicios derivados de tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes parciales, violación de secreto profesional.  
 En el caso de odontólogos y ortodontistas, reclamaciones por daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta anestesia no fue llevada a cabo en una clínica o un hospital acreditado para dicho fin.

Reclamaciones por actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones, cambios, experimentos, manipulaciones genéticas, aunque sea con el consentimiento del paciente.

ROLANDOCORSO

Oficina Principal: Cra. 11 No. 86 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186277

46  
298

**SEGUROS  
DEL  
ESTADO S.A.**  
NIT. 860.009.575-6

# POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

SUCURSAL		CLINICAS Y HOSPITALES		POLIZA No		ANEXO No	
CORREDORES		TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION		17-03-101000972		6	
TOMADOR	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA			NIT	890.680.025-1		
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA	CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA		TELEFONO	8678106		
ASEGURADO	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA			NIT	890.680.025-1		
DIRECCION	TRAV 12 N 22 51 SAN MATEO FUSA	CIUDAD FUSAGASUGA, CUNDINAMARCA		TELEFONO	8672900		
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0		

## TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

Reclamaciones por daños genéticos

Reclamaciones por organismos patogénicos (mocho u hongos, sus esporas, bacterias, algas, virus, toxinas y cualquier otro producto metabólico, enzimas, proteínas segregadas por las anteriores, bien sea tóxicas o no.)

Reclamaciones por daños morales

Pérdidas patrimoniales puras, incluyendo pero no limitadas a pérdidas de utilidades, pérdidas de rentas o lucro cesante, que no sean consecuencia directa de una lesión corporal o un daño a la propiedad amparado por esta póliza.

Reclamaciones por enfermedades profesionales

Reclamaciones por toda responsabilidad civil profesional y/o penal como consecuencia de atención y/o negativa de atención médica.

**GARANTIAS:**

Mantener en perfectas condiciones los equipos utilizados incluyendo la realización de los servicios de mantenimiento de acuerdo a las estipulaciones de los fabricantes.

Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales, incluyendo las medidas necesarias de seguridad.

5.5 DEDUCIBLES: 5% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA MÍNIMO 3 SMMLV

ROLANDOCORSO