

**Contestación demanda / Rad. 1100140030-09-2021-00564-00 / Dte. Hugo Rodríguez López / Ddo. Inversiones Dama Salud S.A.S.**

Germán Andrés Cajamarca Castro <gcajamarca@mypabogados.com.co>

Mar 12/10/2021 15:31

Para: Juzgado 09 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl09bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: 1aterminadosgraficos@gmail.com <1aterminadosgraficos@gmail.com>; hmedina@mypabogados.com.co <hmedina@mypabogados.com.co>; Maria Alejandra Henao Sierra <mhenao@mypabogados.com.co>; STEFANNY JULIETH ROMERO RODRIGUEZ <asistentelegal@mypabogados.com.co>

Señores

**JUZGADO NOVENO (9) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

E. S. D.

**Referencia:** Proceso verbal No. 1100140030-09-2021-00564-00

**Demandante:** HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ

**Demandado:** INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.

**Asunto:** Contestación demanda

Por parte de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S., entidad demandada en el proceso relacionado en el asunto, a través del presente correo electrónico radico contestación a la demanda.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto Legislativo 806 de 2020 y el numeral 14 del artículo 78 del Código General del Proceso, este correo electrónico se envía de un canal digital debidamente informado en el proceso y se remite a los apoderados de las demás partes. Por último, solicito al Juzgado para que requiera a todos los intervinientes en el proceso para que den cumplimiento a lo dispuesto en estas disposiciones.

Folios: ciento cuatro (104)

Por favor acusar recibo.

Atentamente,



**Germán Cajamarca Castro**  
**Socio**

Cl. 78 # 9-57, Piso 6 - Bogotá D.C.  
Cra. 12 No. 34 - 67 Ofc. 702 - Bucaramanga  
PBX : (571) 610 4058



**DOCUMENTO CONFIDENCIAL Y PRIVILEGIADO.**

La información contenida en este correo electrónico está protegida bajo las previsiones sobre secreto profesional y puede ser considerada legalmente como privilegiada. Está dirigida únicamente al destinatario inicial. Si usted no es el destinatario inicial, cualquier revelación, copia o distribución en relación con este documento está prohibida por la Ley. Si usted lo recibe por error, por favor reenvíelo al remitente y destruya el mensaje original. Gracias.



---

Señores

**JUZGADO NOVENO (9) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

E. S. D.

---

**Referencia:** Proceso verbal No. 1100140030-09-2021-00564-00

**Demandante:** HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ

**Demandado:** INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.

**Asunto:** Contestación a la demanda y su subsanación

Respetados señores,

**GERMÁN ANDRÉS CAJAMARCA CASTRO**, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando como apoderado de **INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.**, mediante el presente escrito, procedo a **CONTESTAR DEMANDA Y SU SUBSANACIÓN** promovida en su contra, en los siguientes términos.

### **I. OPORTUNIDAD DE ESTA CONTESTACIÓN. -**

La contestación se presenta dentro del término de veinte (20) días establecido en el auto admisorio de la demanda y el artículo 369 del Código General del Proceso, que comenzó a contabilizarse el 15 de septiembre de 2021 considerando que la notificación personal se recibió en el buzón de correo electrónico de mi representada el 10 del mismo mes y año, y se entiende surtida dos (2) días hábiles después. En consecuencia, el plazo para radicar este escrito se cumple el 12 de octubre de 2021, fecha en que se remite al juzgado.

### **II. SÍNTESIS DE LA DEFENSA. -**

El señor **HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ** pretende que se declare civilmente responsable a **INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S** por una supuesta actuación negligente en la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios Odontológicos No. 18 - 9680 y, en efecto, se le reparen los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que se le causaron.

El juzgado deberá negar las pretensiones de la demanda, dado que el demandante no cumple con la carga de probar los presupuestos de la responsabilidad civil contractual, es decir, no demuestra que mi representada incumplió una obligación derivada del contrato suscrito, la existencia de un daño, un nexo de causalidad y la supuesta culpa de mi mandante.

Por el contrario, con las pruebas que el mismo demandante aporta, se evidencia que **INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.** cumplió con sus obligaciones, pues en la historia clínica de la institución prestadora de servicio de salud Odontología de Marlon Becerra, a donde acudió después de ser tratado por mi mandante, se advierte que las prótesis parciales fijas de los dientes 15 a 17 y 43 a 47 están adaptadas en buenas condiciones y no se reportan zonas con inconvenientes de oclusión, por lo que se deduce que los planteamientos del actor no tienen soporte documental ni técnico.

### III. PARTES INTERVINIENTES. -

#### 1. Demandante:

HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, domiciliado en Bogotá D.C. e identificado con cédula de ciudadanía No. 19175668.

#### 2. Demandado:

INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S., sociedad domiciliada en Bogotá D.C. con NIT. 830.108.482 y representada legalmente por Juan Carlos Giraldo Cerquera, domiciliado en Bogotá D.C. e identificado con cédula de ciudadanía No. 7691109

### IV. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA. -

1. ES CIERTO que entre el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ e INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. se suscribió el Contrato de Prestación de Servicios Odontológicos No. 18 - 9680 (en adelante "Contrato") cuyo objeto era prestarle en forma profesional los servicios de odontología, de conformidad con los precios, condiciones, términos y cantidades que se pactaron en la cláusula primera.

2. Contiene varios hechos frente a los que me referiré de la siguiente forma:

- ES CIERTO que el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ pagó la suma de ocho millones de pesos m/cte (\$ 8.000.000) de manera anticipada.
- NO ES CIERTO que el tratamiento fue realizado de manera incorrecta por los profesionales de la salud de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S., dado que este se ejecutó conforme con lo establecido en el contrato y con apego a los requerimientos técnicos que rigen la profesión odontológica.

De igual forma, esto corresponde a una opinión subjetiva de la parte demandante que deberá probarse en el proceso.

3. Contiene varios hechos frente a los que me referiré de la siguiente forma:

- ES CIERTO que en el Contrato se establecieron los procedimientos que se le ejecutarían al señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ.
- NO ES CIERTO que el tratamiento fue realizado de manera incorrecta por los profesionales de la salud de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S., dado que este se ejecutó conforme con lo establecido en el contrato y con apego a los requerimientos técnicos que rigen la profesión odontológica.

De igual forma, se resalta que esto corresponde a una valoración subjetiva del demandado, por lo que no es un hecho.

- NO ES CIERTO que el tratamiento ejecutado por INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. le generó daños al señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ,

puesto que la historia clínica de la institución prestadora de servicio de salud Odontología de Marlon Becerra da cuenta de que las prótesis parciales fijas de los dientes 15 a 17 y 43 a 47 están adaptadas en buenas condiciones y no se reportan zonas con inconvenientes de oclusión.

- NO ES CIERTO que los dientes y encías del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ hayan quedado afectados, así como la supuesta desarticulación de su oclusión, pues de ello no hay prueba en el expediente. Las pruebas aportadas por el demandante no son medios de prueba conducentes y pertinentes para demostrar esta afirmación.

Es igualmente importante resaltar que el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ presentaba, para la época de los hechos, algunas patologías preexistentes, pues se observa que el paciente presentaba gingivitis, caries secundaria, pulpitis irreversible y placa calcificada supragingival, enfermedades en sus dientes y encías que pueden causar la pérdida y/o inestabilidad de los dientes.

Así mismo, se observa que para el 12 de julio de 2019, el paciente fue diagnosticado con periodontitis crónica<sup>1</sup>, enfermedad en las encías que causa la pérdida de los dientes, y que incluso es considerada parte de la evolución de las enfermedades de base del paciente.

4. NO ME CONSTA el estado de salud del demandante, pues no se aportó una prueba conducente, pertinente y útil en donde consten las condiciones actuales del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, así como las supuestas secuelas que supuestamente padeció posterior al tratamiento odontológico.

Se recuerda que, según la historia clínica de mi mandante, el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ presentaba patologías de base que tuvieron gran incidencia en el desarrollo del tratamiento odontológico, pues aun después del tratamiento ejecutado según el contrato suscrito entre las partes, se identificó que el accionante presentaba periodontitis.

Así mismo, se resalta que, de acuerdo con la historia clínica de Odontología de Marlon Becerra, en lo relacionado al tratamiento que se ejecutó en las instalaciones de mi mandante, este se realizó de forma adecuada, pues expresamente se indicó:

*“[...] CLÍNICAMENTE SE OBSERVA PROTESIS PARCIAL FIJA DE 15/17, 43/47 Y DE 35/35 ADAPTADA [...]”*

Como puede observarse, no existe un incumplimiento, negligencia o impericia respecto al tratamiento propuesto, pues de forma expresa la historia clínica de Odontología de Marlon Becerra refiere que hubo adaptación de la prótesis implantada, lo que infiere que se cumplió con el objeto respectivo del contrato celebrado.

5. NO ME CONSTA el estado de salud actual del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ toda vez que no se aportó una prueba conducente, pertinente y útil que

---

<sup>1</sup> Mayoclinic.org. 2021. *Periodontitis - Síntomas y causas*. [en línea] Disponible en: <<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/periodontitis/symptoms-causes/syc-20354473>> [Consultado el 11 de octubre de 2021].

demuestre lo referido por el demandante.

En todo caso, es de aclarar que este hecho contiene una apreciación subjetiva de la parte demandante, dado que NO ES CIERTO que exista una falla en la aplicación del tratamiento odontológico, pues, como se demuestra con las historias clínicas aportadas en la demanda, se cumplió con la finalidad del mismo.

6. NO ME CONSTA lo referido por el demandante, toda vez que tal situación no se encuentra consignada en la historia clínica.

En todo caso, se resalta que desde el ingreso del paciente se identificó que padecía de gingivitis, caries secundaria, pulpitis irreversible y placa calcificada supragingival, y aún después de realizado el procedimiento, se identificó un avance bastante significativo de la patología, presentando periodontitis crónica, enfermedades que se salen de la órbita de control del odontólogo tratante.

Al respecto, no se puede dejar de lado que dichas patologías responden al cuidado que el paciente tenga con sus dientes, pues esto mismo responde en gran medida a la higiene bucal, un correcto cepillado y uso de ceda dental de forma frecuente.

Así mismo, se debe tener presente que en consentimiento informado se le indicó al señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ de la posibilidad de fractura, pues expresamente establece:

*"[...] Adicional se me ha informado las posibles complicaciones que se puedan presentar durante o después de haber realizado mi tratamiento:*

1. Hipersensibilidad después de la talla en los muñones
2. Descementación de temporales o coronas
3. Fractura de estructura metálica o de porcelana
4. Exposición pulpar al realizar preparaciones
5. Fractura de Núcleo
6. Fractura de Carillas
7. Periodontitis asociada a mala higiene
8. Fracturas radiculares."

Así las cosas, aunque no existe prueba de lo indicado por el demandante, es de tenerse en cuenta que esto era un riesgo informado y expresamente aceptado por el paciente.

7. NO ME CONSTA lo referido por el demandante, pues en el expediente no obra prueba de la radiografía que supuestamente le entregaron al señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, ni de las supuestas promesas con respecto a su tratamiento.

Por otra parte, aunque es cierto que el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ presentó una reclamación ante mi mandante, no es cierto que la supuesta falla o hallazgos clínicos fueran causados por una inadecuada atención, pues como se le indicó en misiva del 4 de julio de 2019, el resultado del procedimiento respondió a una condición biológica del paciente, que, en todo caso, estaba

relacionado con sus patologías de base.

Es de aclarar que la reclamación que realizó el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ fue atendida única y exclusivamente con el fin de mantener el cuidado de la salud oral del paciente, razón por la cual, en ningún momento obedeció a una asunción de culpa.

8. Este numeral contine varios hechos a los cuales me referiré de la siguiente manera:

- ES CIERTO que el 19 de julio de 2019 se dio respuesta a la solicitud presentada por el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ en la cual se le indicó que se realizaría un cambio de prótesis fija superior derecha de los dientes 15 a 17 y que se realizaría un provisional del molar 47, procedimientos que serían asumidos por INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.
- Igualmente ES CIERTO que en dicha carta se le indicó al accionante que era necesario que se realizara un mantenimiento periodontal y que debía ser asumido por su cuenta.

Al respecto, se aclara que dicha afirmación hace referencia a un deber del paciente para mantener su salud bucal, el correcto estado de las prótesis implantadas y del procedimiento que se llevó cabo. En esa medida, no era una obligación del paciente realizar dicho tratamiento con mi mandante, pues esta era una simple recomendación teniendo en cuenta que se había iniciado un proceso de atención con la entidad.

Así las cosas, NO ES CIERTO, como lo plasma el demandante, que exista un vicio en el consentimiento del paciente para contratar con mi mandante el mantenimiento periodontal, y mucho menos que exista una obligación en donde mi mandante se obligue a entregar “rápido el trabajo”.

- En todo caso, ES CIERTO que el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ canceló inicialmente el valor de ocho millones de pesos m/cte (\$8.000.000), y posteriormente el valor de cuatro millones setecientos veinticuatro mil quinientos setenta y cinco pesos m/cte (\$ 4.724.575).
9. NO ME CONSTA nada de lo indicado por el demandante, pues no se encuentra consignado en la historia clínica que el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ haya sido atendido el día 3 de octubre de 2019. Así mismo, NO ME CONSTA ninguno de los padecimientos que refiere el demandante, ya que no se aportó prueba de la existencia de los mismos.
10. Este numeral contine varios hechos a los cuales me referiré de la siguiente manera:

- NO ES CIERTO que el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ haya recibido malos tratos y mal procedimiento, pues contrariamente, se le brindó una atención oportuna, conforme a los principios, protocolos y demás normativa que rige la profesión odontológica.

Prueba de lo anterior, es la misiva del 19 de julio de 2019 en donde se le

ofreció al demandante un procedimiento adicional por cuenta de la institución propendiendo por el cuidado y buen estado de salud del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ.

En el mismo sentido, se encuentra la Historia Clínica de Odontología de Marlon Becerra en donde expresamente se indicó que hubo adaptación de las prótesis implantadas, lo que significa que el procedimiento fue adecuado.

En concordancia con lo anterior, se destaca que en dicha Historia Clínica no se refiere a una necesidad de reintervención o retiro de las prótesis, así como tampoco hace referencia a una mala praxis.

- ES CIERTO que el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ pagó en total el valor de doce millones setecientos veinticuatro mil quinientos setenta y cinco pesos m/cte (\$ 12.724.575).
- ES CIERTO, según la documentación aportada por el demandante, que posteriormente fue valorado por Odontología Marlon Becerra, sin embargo, NO ME CONSTA que el motivo de consulta haya sido por una supuesta mala praxis y un supuesto mal trato, ya que, como se indicó con anterioridad, esto NO ES CIERTO.

De igual forma, NO ME CONSTA el proceso de atención que recibió en dicha institución, sin embargo, se observa que NO ES CIERTO que le hayan indicado que en las instalaciones de mi mandante se ejecutó un procedimiento que le causó un daño en la boca, contrariamente se expresó:

*“[...] CLÍNICAMENTE SE OBSERVA PROTESIS PARCIAL FIJA DE 15/17, 43/47 Y DE 35/35 ADAPTADA [...]”*

Por otra parte, es importante resaltar que, el procedimiento que se llevó a cabo en Odontología Marlon Becerra fue sobre los otros cuadrantes de la boca del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, específicamente del cuadrante II y III, los cuales no fueron intervenidos en ningún momento por la entidad que represento, ya que el tratamiento se realizó sobre los cuadrantes I y IV.

- NO ME CONSTA el valor del procedimiento ofrecido por Odontología Marlon Becerra ni las condiciones económicas del demandante. Así mismo, no me consta ninguna de las condiciones físicas o de salud del demandando ya que no obra prueba de ello en el proceso.

## V. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA. -

ME OPONGO a las pretensiones de la demanda, puesto que las considero infundadas, tanto en los hechos como en el derecho que pretenden, toda vez que no se configuran los presupuestos de responsabilidad contractual, así como tampoco se aportó una prueba conducente, pertinente y útil que permita atribuir responsabilidad a mi mandante. En todo caso me pronunciaré sobre cada una de ellas:

1. ME OPONGO, debido a que mi mandante actuó de forma oportuna, diligente y perita, de conformidad con los protocolos y guías que rigen la profesión odontológica.

Así mismo, me opongo debido a que no se encuentra probado un incumplimiento al contrato celebrado, pues, contrariamente, como se encuentra aprobado a partir de las pruebas aportadas por el demandando, así como por la historia clínica de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. (Sonría), se cumplió con el objeto contractual.

Por otro lado, ME OPONGO debido a que la evolución que presentó el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ respondió a unas patologías de base que influyeron en el tratamiento, razón por la cual no existe responsabilidad sobre mi mandante.

2. ME OPONGO habida cuenta que, además de no existir responsabilidad, el demandante no aportó prueba del supuesto lucro cesante, adicional a que confunde la definición de este concepto con el de daño emergente.

Se recuerda que el lucro cesante hace referencia a la ganancia o provecho que se dejó de reportar, es decir, aquello que el demandante dejó de percibir en virtud de la ocurrencia del daño.

Por otra parte, ME OPONGO debido a que no existe prueba de lucro que dejó de percibir procedente de su actividad laboral por su condición de salud, pues, aunque aporta una declaración juramentada, esta no constituye una prueba conducente y pertinente en la cual se pueda determinar el valor que ordinariamente recibía.

Así mismo, no obra prueba de la incapacidad que obtuvo el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, razón por la que debe desestimarse esta pretensión.

3. ME OPONGO debido a que en el proceso no se encuentra probada la erogación por el valor de veinticinco millones de pesos m/cte (\$25.000.000). El único valor que, en gracia de discusión, se encuentra probado es el de doce millones setecientos veinticuatro mil quinientos setenta y cinco pesos m/cte (\$ 12.724.575) que corresponde a los procedimientos practicados.

En todo caso, se aclara que no existió un daño emergente, pues sea lo primero indicar que no existe un daño antijurídico por el cual sea responsable mi mandante, ya que, INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. cumplió con sus obligaciones y no puede dejarse de lado que la evolución o complicaciones en el estado bucal del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ obedecen a condiciones patológicas propias preexistentes que se salen de la órbita de control de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.

4. ME OPONGO puesto que no es posible imputar responsabilidad a INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. debido a que no se encuentran probados los presupuestos para ello.

En el mismo sentido, el demandante no aportó prueba conducente, pertinente y útil, que permita conocer el supuesto incumplimiento del contrato,

contrariamente, en virtud de las pruebas que él mismo aportó se puede identificar que el objeto contractual se cumplió de forma adecuada.

De igual forma, ME OPONGO al reconocimiento de un daño moral, toda vez que no hay prueba de su existencia y su cuantía es exagerada.

## VI.FUNDAMENTOS DE LA DEFENSA. -

### 1. Razones y fundamentos jurídicos

En primer lugar, se hará referencia al régimen de responsabilidad aplicable para resolver el presente litigio (1.1). Seguido se explicará que mi poderdante no puede ser condenada porque no existe un daño que le sea atribuible (1.2.), tampoco hay un comportamiento culposo y mucho menos hay un nexo causal entre el supuesto daño y el comportamiento desplegado por mi poderdante (1.3.).

#### 1.1. Del Régimen jurídico aplicable - Obligaciones de medio y no de resultado.

Sea lo primero señalar que, para poder atribuir responsabilidad contractual a una persona, es necesario que concurran los elementos que la configuran, a saber: el incumplimiento a una obligación adquirida, el daño, la causalidad y el fundamento jurídico que se imputa.

Cuando nos encontramos frente a un evento de responsabilidad médica, dichos elementos no desaparecen, pues los mismos deben presentarse y deben ser valorados conforme a la *lex artis ad hoc*.

De igual manera, la jurisprudencia ha sido enfática en establecer que al valorar la conducta del galeno se debe tener en cuenta que sus obligaciones son de medio y no de resultado, razón por la cual, cuando se pretende declarar la responsabilidad de un médico, se valora que la conducta desplegada sea conforme a los principios que rigen la profesión y no precisamente el resultado obtenido.

Es así como por ejemplo en sentencia del 12 de septiembre de 1985<sup>2</sup> se dijo:

*“Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, si al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, según expresiones con que la jurisprudencia francesa describe su comportamiento. Por tanto, el médico sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”*

Del mismo modo, en sentencia del 5 de noviembre de 2013 con radicado 2005-00025-01, se estableció:

*“[...] en las obligaciones de medio el azar o el acaso es parte constitutiva de su contenido, y el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor, mientras que, por el contrario, en las obligaciones de resultado lo contingente está presente en una mínima proporción, de manera que la conducta*

---

<sup>2</sup> (G.J. CLXXX n° 2419, pág. 420).

*del obligado debe ser suficiente para obtener el logro esperado por el titular del derecho de crédito."*

En concordancia, en sentencia del 5 de noviembre de 2013, M.P. Arturo Solarte, se indicó:

*"En el planteamiento clásico de la teoría se consideró que el criterio de distinción para establecer si se está en presencia de una u otra clase de obligaciones, luego de evaluar, obviamente, la voluntad de las partes, se encuentra en la aleatoriedad del resultado esperado. En ese sentido, se señaló que en las obligaciones de medio el azar o el acaso es parte constitutiva de su contenido, y el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor, mientras que, por el contrario, en las obligaciones de resultado lo contingente está presente en una mínima proporción, de manera que la conducta del obligado debe ser suficiente para obtener el logro esperado por el titular del derecho de crédito.*

*En la actualidad, como un desarrollo de las ideas antes esbozadas y sin perjuicio de que se puedan considerar varios factores para adoptar la determinación respectiva (cfr. art. 5.1.5. de los Principios Unidroit), el criterio más aceptado para distinguir uno y otro tipo de obligación se encuentra en la incidencia que en el concepto de cumplimiento pueda tener el que con la conducta debida se realice el interés primario del acreedor, es decir, que éste efectivamente obtenga el resultado útil o la finalidad práctica que espera lograr. En algunas obligaciones, el deudor asume el compromiso de desarrollar una conducta determinada en favor del acreedor, con el propósito de satisfacer el resultado esperado por éste; no obstante, si tal resultado también depende de factores cuyo control es ajeno al comportamiento del deudor, v.gr. elementos aleatorios o contingentes, la obligación, en dichos eventos, es de medio o de medios, y el deudor cumple su compromiso si obra con la diligencia que corresponda, aunque no se produzca la satisfacción del interés primario del acreedor. Por su parte, en otras obligaciones, las de resultado, el interés primario del titular del derecho crediticio sí se puede obtener con el comportamiento o conducta debida, toda vez que en ellas la presencia del componente aleatorio o de azar es exigua, y por ende, el deudor sí puede garantizar que el acreedor obtenga el resultado o logro concreto que constituye dicho interés primario.*

*Ahora bien, no se puede desconocer que el comportamiento del deudor, teniendo presente que la obligación es una relación de cooperación para la satisfacción de necesidades, siempre estará enderezado a la realización del interés del acreedor: v.gr., el médico siempre tendrá como finalidad de su actuación la curación del paciente y el ingeniero se trazará como propósito de su conducta contractual la adecuada y completa culminación y entrega de la obra encargada. Lo que ocurre es que en el primer caso, el médico no puede garantizar que el resultado esperado y querido se realice, pues no se encuentra totalmente a su alcance que ello ocurra (existen circunstancias físicas, anímicas, ambientales, etc., que pueden condicionar y determinar el resultado esperado), mientras que en el contrato de obra, por regla general, para el deudor es factible lograr u obtener que el acreedor reciba efectivamente la obra encargada. En la obligación de medio el deudor cumplirá su deber de conducta desplegando la actividad o comportamiento esperado, aun cuando no se obtenga el resultado o fin práctico perseguido por el acreedor; por el contrario, si la obligación es de resultado, sólo habrá cumplimiento si el acreedor obtiene el logro o propósito concreto en el que fundó sus expectativas".*

Por su parte el artículo 104 de la Ley 1438 del año 2011 prescribe lo siguiente:

*"Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. [...]"*  
(Negrilla fuera de texto)

En igual sentido, el contrato No. 18-9680 suscrito por las partes el 29 de septiembre de 2018, expresamente hace mención al tipo de obligaciones asumidas por la entidad, al expresar:

*"CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA. GARANTÍAS DEL SERVICIO. En la prestación de servicios en el que el prestador tiene una obligación de medio y no de resultado. [...]"*

De acuerdo con lo anterior, no existe duda que, en el presente caso, nos encontramos frente a un evento en el cual se debe valorar la conducta de los demandados y no el resultado que de esta se esperaba.

Como se encuentra demostrado en la contestación a cada uno de los hechos y en la historia clínica de la paciente, la conducta desplegada por INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. fue oportuna, diligente, perita, con calidad y de conformidad a los principios que prescribe la ciencia.

Adicional a lo mencionado, se debe aclarar que, aunque existe un contrato en el presente caso, la obligación del médico es de medio porque por medio del contrato suscrito se obligó a la realización de un procedimiento sin esperar un determinado resultado; resultado que en todo caso dependió de factores ajenos a su actuar, ya que como se mencionó en distintas oportunidades, el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ padecía de diversas patologías que incidieron en su estado de salud bucal.

No obstante, en caso de que la fundamentación que se aplique al caso sea la de una obligación de resultado siendo este la realización de los procedimientos, esta prestación se cumplió, pues incluso se observa en la Historia Clínica de Odontología de Marlon Becerra que los procedimientos aplicados sobre los dientes del 15 al 17 y del 43 al 47 presentó adaptación, razón por la cual no requirió una reintervención en los mismos términos.

Dicho lo anterior, se resalta que el demandante no prueba el primer elemento que conforma la responsabilidad contractual (Incumplimiento de una determinada prestación), pues se limitó a alegar la negligencia médica, sin hacer referencia a la obligación incumplida en virtud del contrato celebrado.

## **1.2. Inexistencia de responsabilidad civil por ausencia de daño.**

Como se indicó en el numeral anterior, para declarar la existencia de responsabilidad civil es necesario que exista un incumplimiento a una obligación contractual, un daño, y un nexo de causalidad entre el supuesto incumplimiento y el daño.

En este apartado se procederá a analizar el elemento daño, comprendiendo su definición y los elementos que lo componen para que el mismo se configure.

En distintos autores se pueden encontrar diferentes definiciones. Al respecto Juan Carlos Henao en su libro *“El Daño”*, ha indicado:

*“Para De Cupis, “daño no significa más que nocimiento o perjuicio, es decir, aminoración o alteración de una situación favorable”. Para el tratadista Hinestrosa, “daño es la lesión del derecho ajeno consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que la acongoja.” Para Javier Tamayo, “Daño civil indemnizable es el menoscabo a las facultades jurídicas que tiene una persona para disfrutar un bien patrimonial o extrapatrimonial”. A su turno Escobar Gil escribe que “en el lenguaje corriente la expresión ‘daño’ significa todo detrimento, menoscabo o perjuicio que a consecuencia de un acontecimiento determinado experimenta una persona en sus bienes espirituales, corporales o patrimoniales, sin importar que la causa sea un hecho humano, inferido por la propia víctima o por un tercero, o que la causa sea un hecho de la naturaleza”. Para Bustamante Alsina, daño “significa el menoscabo que se experimenta en el patrimonio por el detrimento de los valores económicos que lo componen (daño patrimonial) y también la lesión a los sentimientos, al honor o a las afecciones legítimas (daño moral).”*

*Se puede extraer el elemento común de lo hasta aquí expresado para llegar a la siguiente definición: daño es la aminoración patrimonial que ha sufrido la víctima”<sup>3</sup>*

Teniendo en cuenta las anteriores definiciones, no se puede desconocer que las mismas refieren a la existencia de dos momentos, un antes y un después, momentos que encuentran marcados o se distinguen por la actuación de un sujeto. Dicha actuación supone la alteración negativa a una situación que antes era favorable.

Una vez aclarado el concepto de daño, es importante revisar los elementos que lo componen, siendo los siguientes:

- Que el daño sea cierto.
- Que sea personal.
- Debe ser antijurídico.
- No haber sido reparado con anterioridad.

Frente al elemento de certeza, no existe duda al afirmar que responde a que el daño debe existir y debe ser comprobable, independiente de si este es pasado o futuro. En tal sentido, el perjuicio nunca podrá ser eventual ni hipotético para que sea reparado.

Cuando hacemos referencia a que el daño debe ser personal, se está haciendo alusión a la legitimación en la causa que tiene una persona para pedir la reparación del daño. Esta legitimación surge cuando la persona es la titular del crédito. Así las cosas, *“el carácter personal del perjuicio estará presente cuando el demandante relaciona el daño padecido con los derechos que tiene sobre el bien que sufrió menoscabo, debiendo establecer una titularidad jurídica sobre el derecho que tiene respecto del bien menoscabado”*.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> HENAO PÉREZ, Juan Carlos, *El Daño. Análisis comparativo de la responsabilidad extracontractual del Estado en derecho colombiano y francés*, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1998. Pg. 83

<sup>4</sup> *Ibid.*, Pg. 103

En cuanto a la antijuridicidad del daño, la Corte Suprema ha indicado que “[...] *debe tratarse de una lesión a un bien jurídico que goza de protección constitucional o legal [...]. El criterio para establecer la existencia del daño es, entonces, normativo; lo que quiere decir que los valores, principios y reglas del propio sistema jurídico dictan las pautas para determinar lo que debe considerarse como daño.*”<sup>5</sup>

Sumado a lo anterior, es importante delimitar la existencia del daño teniendo en cuenta el régimen de responsabilidad aplicable, pues en este caso, se pretende alegar responsabilidad con fundamento en el supuesto incumplimiento del contrato No. 18-9680 celebrado el 29 de septiembre de 2018. En ese sentido, el daño alegado debe responder y enmarcarse puntualmente en el supuesto incumplimiento de la prestación.

En el caso del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, no existe un daño, toda vez que el contrato No. 18-9680 celebrado el 29 de septiembre de 2019 se cumplió adecuadamente, pues el procedimiento al cual se obligó se realizó y como prueba de ello está la historia clínica de Odontología de Marlon Becerra en la cual de forma expresa de indicó que hubo adaptación.

De igual forma, se resalta que tampoco existió un daño en relación con el procedimiento realizado toda vez que el resultado del mismo estuvo sujeto a factores ajenos a mi mandante que influyeron en la recuperación del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, entre ellos la gingivitis, caries secundaria, pulpitis irreversible y placa calcificada supragingival y posteriormente la presencia de periodontitis crónica.

Así mismo, tal y como se observa en la Historia Clínica, el procedimiento implicaba riesgos inherentes como la descementación de temporales o coronas, fractura de estructura, fractura de núcleo, fractura de carillas o la aparición de periodontitis asociada a mala higiene, entre otros; riesgos que el demandante conocía, y aceptó previo a la realización del procedimiento.

Debe igualmente tenerse en cuenta, que el demandante aun conociendo el estado de salud bucal que presentaba, el cual requería de constante seguimiento, por voluntad propia decidió abandonar el tratamiento odontológico, dejando al azar su recuperación.

Dado lo anterior, el perjuicio alegado por el demandante no es cierto ni es antijurídico, pues no hubo una alteración desfavorable en las condiciones del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ en virtud del contrato celebrado y que sea imputable a INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S., como se indicó con anterioridad, el contrato se ejecutó adecuadamente y su resultado obedeció a factores externos como los antecedentes patológicos del demandante.

### **1.3. Inexistencia de responsabilidad civil por falta de nexo causal entre el supuesto daño y el comportamiento desplegado por INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.**

Para el caso que nos corresponde analizar, aunque se encuentran descartados los elementos “incumplimiento de la obligación contractual” y “daño” para que exista responsabilidad civil contractual frente a mi poderdante, se realizará el estudio del

---

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Proceso SC13925-2016. M.P. Ariel Salazar Ramírez; 30 de septiembre de 2016.

nexo causal para el remoto evento que el despacho considere que existe si se configuran los dos elementos anteriores.

El nexo causal no es más que aquella relación existente entre el daño y la conducta desplegada por el agente al cual se le pretende imputar responsabilidad, en este caso, el incumplimiento de la obligación contraída en virtud del contrato celebrado. En ese sentido, los doctores Sergio Rojas Quiñones y Juan Diego Mojica Restrepo, en su texto *“De la causalidad adecuada a la imputación objetiva en la responsabilidad civil Colombiana”*, definen el nexo causalidad como:

*“El nexo de causalidad, entendido como la “necesaria conexión fáctica que debe existir entre la acción humana y el resultado dañoso producido”, es uno de los presupuestos fundamentales para la prosperidad de cualquier pretensión indemnizatoria en el marco de la responsabilidad civil.”<sup>6</sup>*

En el presente caso no existe un nexo de causalidad, por las siguientes razones:

- A.** El demandante no cumple con la carga de probar la existencia de un incumplimiento contractual, pues, aunque refiere que existió negligencia por parte del personal médico odontológico, no refiere en lo más mínimo a cuál es el deber incumplido.

En todo caso, se debe tener en cuenta que, según el objeto del contrato, nos encontramos ante una obligación de medios, pues en este evento INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S., se obligó a realizar un procedimiento sin esperar un determinado resultado ya que, en todo caso, existían factores externos que podían interferir en el proceso.

Prueba de lo anterior, es el consentimiento informado que se le presentó al paciente con fecha 12 de octubre de 2018, en donde se consignan una serie de riesgos como la descementación de temporales o coronas, fractura de estructura, fractura de núcleo, fractura de carillas o la aparición de periodontitis asociada a mala higiene, entre otros.

De igual forma, es importante resaltar que el objeto contractual se cumplió, pues en la Historia Clínica de Odontología de Marlon Becerra se observa que existe adecuación de las prótesis implantadas, razón por la cual no fue necesario que las mismas fueran reintervenidas en el mismo sentido.

- B.** No hay prueba de la existencia de un daño imputable a INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S., por el contrario, y como se indicó en el punto anterior, el objeto contractual se cumplió.

No obstante, es importante recalcar que en consulta posterior al procedimiento se evidenció la existencia de periodontitis crónica, la cual tiene completa relación con los antecedentes clínicos, así como también es claro que era uno de los riesgos asociados, previamente conocido y aceptado por el demandante.

Dicho lo anterior, no existe un nexo causal pues la condición que aduce el demandante que actualmente padece, no obedece a una mala praxis, sino a factores

<sup>6</sup> Rojas-Quiñones, Sergio & Mojica-Restrepo, Juan Diego, De la causalidad adecuada a la imputación objetiva en la responsabilidad civil colombiana, 129 Universitas, 187-235 (2014). <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.VJ129.caio>

externos como las patologías del demandante, así como a los riesgos mismos del procedimiento, los cuales fueron conocidos por este y aceptados.

## VII. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO. -

En aplicación del artículo 206 del Código General del Proceso, me permito objetar el juramento estimatorio, toda vez que se advierte que la estimación es excesiva e infundada, pues el demandante no aporta una prueba conducente y pertinente.

1. En lo que respecta al lucro cesante, el demandante no aportó prueba de su existencia, pues, aunque aporta una declaración juramentada, esta no constituye una prueba conducente y pertinente en la cual se pueda determinar el valor que ordinariamente recibía.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que no existe una prueba en la cual se pueda determinar el término durante el cual supuestamente dejó de recibir ingresos, pues en el expediente no se encuentra probada la incapacidad en virtud de las supuestas lesiones.

No sobra indicar que me objeto el valor estimado por el demandante debido a que confunde la definición de este concepto con el de daño emergente, pues se recuerda que, el lucro cesante hace referencia a la ganancia o provecho que se dejó de reportar, es decir, aquello que el demandante dejó de percibir en virtud de la ocurrencia del daño.

2. Con respecto al daño emergente, es de aclarar que tampoco existe prueba del rubro aducido por el actor, pues solo se encuentra probado el valor en que incurrió en virtud de la celebración del contrato No. 18-9680 por valor de valor de ocho millones de pesos m/cte (\$ 8.000.000), así como del valor adicional correspondiente a cuatro millones setecientos veinticuatro mil quinientos setenta y cinco pesos m/cte (\$ 4.724.575).

En esa medida, el valor total pagado por el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ corresponde únicamente al valor de doce millones setecientos veinticuatro mil quinientos setenta y cinco pesos m/cte (\$ 12.724.575)

Así las cosas, es completamente desproporcionado y excesivo el valor solicitado siendo de veintiséis millones de pesos m/cte (\$ 26.000.000).

## VIII. EXCEPCIONES DE MÉRITO. -

1. **Inexistencia de responsabilidad civil contractual por ausencia de daño derivado de las atenciones odontológicas realizadas por INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.**

El demandante no cumple con la carga de probar la existencia de un incumplimiento contractual, así como tampoco se encuentra probado que el supuesto daño sea imputable a INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.

Contrariamente, se encuentra acreditado que el objeto contractual se cumplió, y que

el daño o lesión padecida responde a las condiciones biológicas y patológicas del demandante, además de que es claro que la aparición de periodontitis crónica, cuyas consecuencias, entre otras, son la pérdida de los dientes, fue un riesgo previamente conocido y aceptado por el demandante.

## **2. Inexistencia de responsabilidad civil contractual por cumplimiento con diligencia de las obligaciones a cargo de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.**

Cuando nos encontramos en un evento en el cual se pretende declarar la responsabilidad de un profesional de la salud, es importante tener en cuenta que, tal y como lo ha indicado la jurisprudencia y la doctrina, se debe valorar la conducta del galeno en observancia a los principios que rigen la actividad médica.

En el caso que nos ocupa, como se evidencia en la contestación a los hechos de la demanda y con fundamento en la historia clínica, INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. a través de los profesionales de la salud puso en práctica los procedimientos más avanzados y aprobados por la comunidad médica para obtener el mayor bienestar de la paciente. Así las cosas, no es posible atribuirle responsabilidad al habida cuenta que, actuó en cumplimiento a sus obligaciones, siendo estas de medio y no de resultado.

## **3. Inexistencia de responsabilidad civil contractual por falta de prueba del nexo causal entre el daño alegado y el supuesto incumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.**

Aunque se descarta la existencia de un daño imputable a INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. y no se encuentra probado el incumplimiento del contrato No. 18-9680, en el evento en que el juez determine que hubo un incumplimiento contractual, se precisa que no hay un nexo causal debido a que el daño que argumenta el demandante que padece, no responde al procedimiento realizado.

Tal y como se observa en la historia clínica de la institución prestadora de salud Odontología de Marlon Becerra, existe una adecuación de la Prótesis Parcial Fija del 15 al 17, 43 a 47 y 35 a 37, lo que evidentemente demuestra que el objeto contractual se cumplió de forma adecuada.

De igual manera, debe tenerse en cuenta las patologías de base cuya evolución desembocó en una periodontitis crónica, influyó en el desarrollo del procedimiento, además de que la posibilidad de ser padecido fue informado y aceptado por el señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ

## **4. Indebida cuantificación del daño.**

Como se observa en la objeción al juramento estimatorio, la parte demandante pretende que le sea reconocido un rubro a título de perjuicio que no tiene fundamento alguno y que en todo caso no se origina en el supuesto incumplimiento del contrato.

Adicionalmente se resalta que no existe una prueba conducente, pertinente y útil que permita conocer la forma en que se estimó los rubros aducidos, además de que su cuantía es exagerada y no se encuentra debidamente discriminada.

## **5. Prescripción de la acción en contrato de servicios profesionales**

Con fundamento en el artículo 2542 de código Civil, solicito se declare la prescripción del contrato de servicios profesionales.

### **IX. PRUEBAS. -**

Solicito se tengan como pruebas las siguientes:

#### **1. Documentales:**

- 1.1. Copia de la Historia Clínica de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.
- 1.2. Misiva con asunto “Respuesta a reclamación” del 19 de julio de 2019.
- 1.3. Misiva con asunto “Respuesta a solicitud de citación y fecha para conciliación” del 4 de julio de 2019.
- 1.4. Contrato No. 18-9680 del 29 de septiembre de 2018 junto con anexo de condiciones.

#### **2. Declaración de parte:**

En aplicación del artículo 191 del Código General del Proceso, solicito decretar y practicar la declaración de parte del representante legal de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. para que conteste todas las preguntas que el suscrito y el despacho le podrán formular en la respectiva diligencia sobre los hechos de la demanda y la contestación de estos.

#### **3. Interrogatorio de parte:**

En atención a lo establecido en el artículo 191 del Código General del Proceso, solicito decretar y practicar el interrogatorio de parte de HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, para que responda las preguntas que le formularé por escrito en pliego abierto o cerrado. En caso de que el absolvente concurra a la audiencia me reservo el derecho de sustituir o completar las preguntas del pliego por cuestionamientos verbales.

#### **4. Testimonios:**

En aplicación del artículo 212 del Código General del Proceso me permito solicitar la declaración de las siguientes personas:

- 4.1. El señor Fernando Vela Perdomo, odontólogo especialista en rehabilitador oral, mayor de edad y domiciliado en Bogotá D.C., quien puede ser citado a través del suscrito o al correo electrónico [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co). El testigo declarará todo lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la contestación, en particular sobre las condiciones de salud oral del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ para el año 2018.
- 4.2. La señora Ana María Manrique, odontóloga especialista en rehabilitación oral mayor de edad y domiciliada en Bogotá D.C., quien puede ser citado a través del suscrito o al correo electrónico [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co). La testigo declarará todo lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la

contestación, en particular sobre sobre las condiciones de salud oral del señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ para el año 2019.

- 4.3. El señor Diego Alejandro Infante, odontólogo periodoncista, mayor de edad y domiciliado en Bogotá D.C., quien puede ser citado a través del suscrito o al correo electrónico [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co). El testigo declarará todo lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la contestación, en particular sobre las patologías clínica del paciente previo y posterior a la realización del procedimiento.
- 4.4. La señora Carme Liliana Díaz, endodoncista, mayor de edad y domiciliada en Bogotá D.C., quien puede ser citado a través del suscrito o al correo electrónico [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co). La testigo declarará todo lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la contestación, en particular sobre sobre el procedimiento que se le realizó al señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ.
- 4.5. La señora Luz Adriana Calderón, médica especializada en cirugía y patología oral, mayor de edad y domiciliada en Bogotá D.C., quien puede ser citado a través del suscrito o al correo electrónico [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co). La testigo declarará todo lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la contestación, en particular sobre el procedimiento que se le realizó al señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ, así como lo relacionado al consentimiento informado, esto es, los riesgos que el procedimiento implicaba.
- 4.6. La señora Lida Johana Niño, endodoncista, mayor de edad y domiciliada en Bogotá D.C., quien puede ser citado a través del suscrito o al correo electrónico [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co). La testigo declarará todo lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la contestación, en particular sobre el procedimiento que se le realizó al señor HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ y la evolución en la recuperación del paciente.
- 4.7. El señor Miguel Escobar, médico cirujano especialista en Trauma Maxilofacial, mayor de edad y domiciliado en Bogotá D.C., quien puede ser citado a través del suscrito o al correo electrónico [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co). El testigo declarará todo lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la contestación, en particular sobre las patologías clínica del paciente previo y posterior a la realización del procedimiento, así como sobre el procedimiento mismo.

## X. ANEXOS. -

1. Documentos mencionados en el acápite de pruebas.
2. Mensaje de datos en el que se remitió el poder para actuar
3. El poder debidamente otorgado junto con el certificado de existencia y representación legal de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.

## XI. NOTIFICACIONES. -

INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S. recibirá notificaciones en la Transversal 24 No. 54 - 08 en la ciudad de Bogotá D.C y en el correo electrónico

[notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co)

El suscrito recibirá en la Secretaría de su despacho, en la Calle 78 No. 9 - 57 Piso 6 de Bogotá D.C. y en los canales digitales para los fines del proceso: [/ hmedina@mypabogados.com.co](mailto:hmedina@mypabogados.com.co) / [/ gcajamarca@mypabogados.com.co](mailto:gcajamarca@mypabogados.com.co) / [/ asistentelegal@mypabogados.com.co](mailto:asistentelegal@mypabogados.com.co)

Atentamente,



**GERMÁN ANDRÉS CAJAMARCA CASTRO**  
C.C. No. 1.015.405.939 de Bogotá  
T.P. No. 234.541 del C. S. de la Jra.

CLÍNICA <u>Plaza de las Américas</u>	N° <u>19175668</u>	Hoja N° <u>1</u> de <u>1</u>
FECHA <u>28-09-2018</u>		

**Generando la primera experiencia ( Front )**

VALORACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	REVALORACIÓN	HORA	FECHA	CONVENIO	<u>Policia.</u>
CLÍNICA <u>Plaza de las Américas</u>			<u>28 09 2018</u>	<u>Ninguna</u>	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	
C.C.X.T.I. R.C C.E P.A	<u>19 775.668</u>	<u>F</u>	<u>4 07 1951</u>	<u>Granada Cond.</u>	
NOMBRE <u>Hugo</u>	PRIMER APELLIDO <u>Rodriguez</u>	SEGUNDO APELLIDO <u>(66) Lopez</u>			
CELULAR <u>3102650387</u>	TELÉFONO RESIDENCIA <u>NO</u>	TELÉFONO OFICINA <u>NO</u>	E-MAIL	<u>NO</u>	
DIRECCIÓN RESIDENCIA <u>Kra 74# 44-29</u>	CIUDAD <u>Btd</u>	DPTO.	<u>NO</u>		
OCUPACIÓN	EMPLEADO	ESTUDIANTE	ESTADO CIVIL	CASADO	UNIÓN LIBRE
HOGAR	INDEPENDIENTE	PENSIONADO <input checked="" type="checkbox"/>	SOLTERO <input checked="" type="checkbox"/>	DIVORCIADO	VIUDO
¿TIENE EPS? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	¿CUÁL? <u>Sanidad Militar</u>	AFILIADO BENEFICIARIO	¿TIENE PREPAGADA? SI NO	¿CUÁL?	NIVEL ESTUDIOS
EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (RESPONSABLE)	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO	CELULAR		
<u>Santiago Rodriguez Lopez</u>	<u>Hermano</u>		<u>323002698</u>		
¿CÓMO SE ENTERÓ DE SONRÍA? TV	RADIO	Prensa	REVISTA	¿POR QUÉ NOS ESCOGIÓ?	CALIDAD
INTERNET	VOLANTE	PENDÓN	REFERIDO <input checked="" type="checkbox"/>	OTRO	UBICACIÓN
MOTIVO DE LA CONSULTA <u>General</u>	DIAGNOSTICADOR <u>Drª Luisa</u>				

**Conociendo al paciente**

- ENCUESTA DE SALUD ORAL
- Aspectos relevantes para el paciente

**Generando Relaciones de por vida ( Sala Aud. )**

Hasta ahora ¿qué es lo que más le ha gustado? \_\_\_\_\_

Hasta ahora ¿qué es lo que menos le ha gustado? Tiempo del tratamiento, Calidad, Costo, etc. \_\_\_\_\_

**Compromisos adquiridos en la Negociación**

**AUTORIZACIÓN DEL TITULAR DE INFORMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES**

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, autorizó a CLÍNICAS CIENTÍFICAS ODONTOLÓGICAS SONRÍA para que registre y utilice mis datos personales, consignados en la base de datos de pacientes de odontología, y realice el procesamiento de los mismos para, entre otras acciones: hacer análisis permanentes de Información de población atendida, y la entrega de RIPS a órganos de control y vigilancia estatal del sector Salud - Resoluciones 1403 de 2006 y 3374 de 2000 -; investigación y estudios epidemiológicos; Procesos de actualización, programación y confirmación de agendas y atención de citas; Envío de información al suscrito acerca de promociones, eventos y campañas de salud oral, cambios, o novedades, y ofertas de tratamientos y/o productos; evaluación de la calidad de los tratamientos y servicios brindados.

Me doy por notificado y entiendo que por disposición legal, la información consignada en mi Historia clínica, a la que alude la Resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, no debe eliminarse de las bases de datos de SONRÍA. Tampoco los datos que conforman los registros y/o datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), conforme a lo reglamentado por la Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud.

Declaro expresamente que he recibido toda la información necesaria, completa y veraz de los derechos que me asisten como titular de datos, y acerca del tratamiento que me será brindado, y de las políticas de protección de datos de CLÍNICAS CIENTÍFICAS ODONTOLÓGICAS SONRÍA.

Nombre del Paciente: HUGO RODRIGUEZ LOPEZ

Identificación: ccn= 19.175668

Identificación: NO

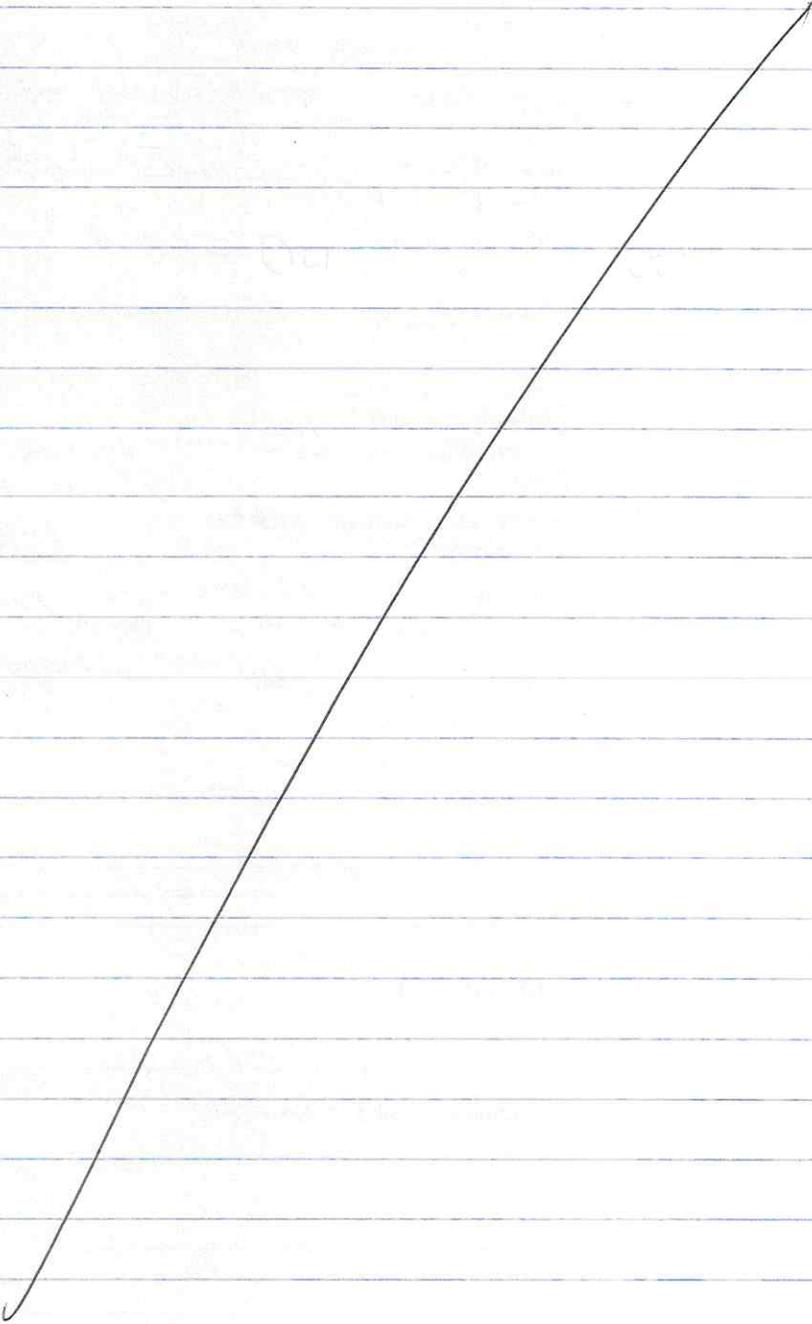
[Firma]  
Firma del Titular

OBSERVACIONES:

PC103

107-3-535-101

101



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL



FIRMA E IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: 28-09-2019      N°: 19175668      Hoja N° 1 de 1

CLINICA: Plaza Americas      TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C.X  TI  RC  CE  PA       No.: 19175668

NOMBRES: Hugo      PRIMER APELLIDO: Rodriguez      SEGUNDO APELLIDO: Lopez

1. MOTIVO DE LA CONSULTA

1.1. ORIGEN DE LA ENFERMEDAD: Enfermedad General       Accidente de Trabajo       Enfermedad Profesional

1.2. HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL: Hipertensión, Pese fe Manguelito 57 años, Control todo

2. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Sin antecedentes medicos ni alergico a ningun tipo de medicamento

3. EXAMEN TEJIDOS DENTARIOS ACTUAL

CONVENCIONES:

- Superficie cariada o recidiva (ROJO)
- Superficie obturada (AZUL)
- Diente extracción indicada (NEGRO)
- Diente extraído (NEGRO)
- Diente sin erupcionar (NEGRO)
- SF: Sellante Fisura (AZUL) Adapt. (ROJO) Des.
- Diente en Erupción
- PPF Pilar (AZUL) Adapt. (ROJO) Des.
- PPF con Pontico (AZUL) Adapt. (ROJO) Des.

PPR    SUP    INF    TOTAL    SUP    INF    PPF    SUP    No. U.    INF    No. U.

OBSERVACIONES: ROH (1) Caliente Suprayugual. Retenciones 11-21-12-22.

4. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA (DX Presuntivo): Cochinos desaptados

VALORACIÓN ESPECIALISTA: Endodonto - rehabilitador

FIRMA DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PACIENTE





OBSERVACIONES

Ninguna

5. EXAMEN ESTOMATOLOGICO

MUSCULOS MASTICADORES

LABIOS: Herpes SI  NO   
 Quelitis angular SI  NO   
 Mucocele SI  NO   
 Frenillo hipertrofico SI  NO   
 leucoplasia SI  NO   
 Otro \_\_\_\_\_

SINTOMATICOS

MEJILLAS: Aftas SI  NO   
 Herpes SI  NO   
 liquen plano SI  NO   
 Otro \_\_\_\_\_

ASINTOMATICOS

LENGUA: Macroglosia SI  NO   
 Microglosia SI  NO   
 Geográfica SI  NO   
 Fisurada SI  NO   
 Saburral SI  NO   
 Otro \_\_\_\_\_

PISO DE BOCA: Mucocele SI  NO   
 Ranula SI  NO   
 Leucoplasia SI  NO   
 Aftas SI  NO   
 Otro \_\_\_\_\_

MAXILARES: Macrognasia SI  NO   
 Micrognasia SI  NO   
 Torus mandibular SI  NO   
 Otro \_\_\_\_\_

PALADAR: Ojival SI  NO   
 Fisurado SI  NO   
 Torus palatino SI  NO   
 Palatitis protesica SI  NO   
 Otro \_\_\_\_\_

6. DIAGNOSTICO

6.1. DE TEJIDOS BLANDOS gingivitis simple

6.2. DE TEJIDOS DUROS caries

7. PRONOSTICO GENERAL Buena

PRONOSTICO ESPECIFICO DIENTE

UBICACIÓN

PRONOSTICO

8. ANALISIS PERIODONTAL

MOVILIDAD SI  NO  SANGRADO SI  NO   
 PLACA BLANDA SI  NO  RETRACCION GINGIVAL SI  NO   
 PLACA CALCIFICADA SI  NO

OBSERVACIONES placa blanda - calcificada

DIAGNOSTICO PERIODONTAL gingivitis simple

PRONOSTICO GENERAL Buena

9. EXAMEN ENDODONTICO

CAMBIO DE COLOR NO  
 FISTULA NO

OBSERVACIONES polipis irreversible 43-13-16-47

DIAGNOSTICO PERIODONTAL Buena

PRONOSTICO GENERAL

10. ANALISIS DE OCLUSION Y ATM

PLANO FRONTAL: Mordida abierta SI  NO  Sobremordida vertical SI  NO   
 Mordida profunda SI  NO  Sobremordida horizontal SI  NO

PLANO HORIZONTAL: Mordida cruzada anterior SI  NO  Mordida borde a borde SI  NO   
 Mordida cruzada posterior SI  NO

ANOMALIAS ATM: Ruido Articular SI  NO  Limitación apertura SI  NO   
 Disfunción dolorosa SI  NO

OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO OCLUSION Y ATM

PRONOSTICO GENERAL

11. CICLO DEL TRATAMIENTO Endodencia nucleo - corona - Impresor - leng

CLÍNICA PLAZA DE LAS AMERICAS  
 CRA 71D No. 6-94 L 1129 **Sonria**  
 TELÉFONO: 3144300

Alvaro Tejada  
 FIRMA DEL PACIENTE

C.C. No.

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO



EXAMEN PERIODONTAL

7. INFLAMACIÓN SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 8. SANGRADO SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 9. MOVILIDAD SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 10. EXUDADO SI \_\_\_ NO \_\_\_  
 11. FURCAS SI \_\_\_ NO \_\_\_

12. BIOTIPO PERIODONTAL GRUESO  DELGADO   
 13. CARRILLOS  
 14. FRENILLOS  
 15. LENGUA  
 16. DEFECTOS OSEOS TIPO I  TIPO II  TIPO III

6. INTERPRETACIÓN AYUDAS DIAGNOSTICAS

DÍA MES AÑO

1. RX PANORAMICO \_\_\_\_\_  
 2. RX PERIAPICAL DIENTE \_\_\_\_\_  
 3. TAC Max. Inf

7. EVIDENCIA DE COMPROMISO CON

1. SENO MAXILAR SI \_\_\_ NO  3. AGUJERO MENTONERO SI  NO \_\_\_  
 2. CONDUCTO NASOPALATINO SI \_\_\_ NO  4. CANAL DENTARIO INFERIOR SI  NO \_\_\_

5. OTROS? \_\_\_\_\_

8. DIAGNÓSTICOS

1. DX PERIODONTAL \_\_\_\_\_  
 2. DX REHABILITACIÓN \_\_\_\_\_  
 3. DX CIRUGÍA Acronia de 44/45/46/47

9. PLAN DE TRATAMIENTO

1. PLAN DE TRATAMIENTO CIRUGÍA ORAL Implantes con 44/46 por RPF  
 2. PLAN DE TRATAMIENTO PERIODONTAL \_\_\_\_\_  
 3. PLAN DE TRATAMIENTO REHABILITACIÓN \_\_\_\_\_

10. REGISTRE INDIVIDUALMENTE PARA CADA UNO DE LOS IMPLANTES A COLOCAR

REFERENCIA	UBICACIÓN	ESP MD	LONGITUD	DIÁMETRO QX	PLATAFORMA PROTÉSICA	TORQUE INSERCIÓN
BH	44/46		10.5	3.0		40

FIRMA DEL REHABILITADOR

FIRMA DEL PERIODONISTA

*Dra. Miguel Escobedo M.*  
 Cirujano - Implantología  
 R.M. 123456789  
 FIRMADO DEL CIRUJANO



12. PLAN GENERAL DE TRATAMIENTO ACORDADO

PERIODONCIA:

Limpeza supragingival

OPERATORIA:

Resinas 12-21-11-22-13-23

ENDODONCIA:

Endodoncia 16-47-43-15

REHABILITACIÓN:

Núcleo 17-43-47

Corona 17 44-15-43-47

CIRUGÍA:

No acordada

ODONTOPEDIATRÍA:

No aplica

ORTODONCIA:

No acordada

  
FIRMA DEL PACIENTE  
C.C. No.

CLÍNICA PLAZA DE LAS AMERICAS  
CRA 71D No. 6-94 L 1129  Sonria  
TELÉFONO: 3144300  
FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

CLINICA: REMISION Y CONTRAREMISION N° 19175668 Hoja N° 2 de 2

A .IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS  
DE: general A: ferocobrista

B. SOLICITUD DE ATENCIÓN 

DIA	MES	AÑO
28	09	19

paciente con placa calcificada

ENFERMEDAD ACTUAL: (signos y síntomas del motivo de remisión) Supragingival

DX PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

C. CONTRAREMISION: 

DIA	MES	AÑO

CLÍNICA PLAZA DE LAS AMERICAS  
CRA 71D No. 6-94 L 1129   
TELÉFONO: 3144300  
FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

A .IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS  
DE: diagnostico A: general

B. SOLICITUD DE ATENCIÓN 

DIA	MES	AÑO
28	09	19

como defica del 12-21-11-22

ENFERMEDAD ACTUAL: (signos y síntomas del motivo de remisión) 13-23.

DX PRESUNTIVO: Comes

C. CONTRAREMISION: 

DIA	MES	AÑO

CLÍNICA PLAZA DE LAS AMERICAS  
CRA 71D No. 6-94 L 1129   
TELÉFONO: 3144300  
FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

A .IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS  
DE: diagnostico A: endodoncia

B. SOLICITUD DE ATENCIÓN 

DIA	MES	AÑO
28	09	19

cliente para Realizar coronas

ENFERMEDAD ACTUAL: (signos y síntomas del motivo de remisión) 16-47-43-15.

DX PRESUNTIVO: \_\_\_\_\_

C. CONTRAREMISION: 

DIA	MES	AÑO

CLÍNICA PLAZA DE LAS AMERICAS  
CRA 71D No. 6-94 L 1129   
TELÉFONO: 3144300  
FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

A .IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS

DE: diagnostico

A: rehabilitador

B. SOLICITUD DE ATENCIÓN

DIA	MES	AÑO
20	09	14

ENFERMEDAD ACTUAL: (signos y síntomas del motivo de remisión)

17-44-15-43-47.

Coronitas desajustada

DX PRESUNTIVO:

caries secundaria

C. CONTRAREMISION:

DIA	MES	AÑO

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

CLÍNICA PLAZA DE LAS AMERICAS

CRA 71D No. 6-94 L 1129  
TELÉFONO: 3144300



FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

A .IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS

DE:

A:

B. SOLICITUD DE ATENCIÓN

DIA	MES	AÑO

ENFERMEDAD ACTUAL: (signos y síntomas del motivo de remisión)

DX PRESUNTIVO:

C. CONTRAREMISION:

DIA	MES	AÑO

CLÍNICA PLAZA DE LAS AMERICAS

CRA 71D No. 6-94 L 1129  
TELÉFONO: 3144300



FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

A .IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS

DE:

A:

B. SOLICITUD DE ATENCIÓN

DIA	MES	AÑO

ENFERMEDAD ACTUAL: (signos y síntomas del motivo de remisión)

DX PRESUNTIVO:

C. CONTRAREMISION:

DIA	MES	AÑO

FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

CLÍNICA PLAZA DE LAS AMERICAS

CRA 71D No. 6-94 L 1129  
TELÉFONO: 3144300



FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

VALORACIÓN ESPECIALISTAS

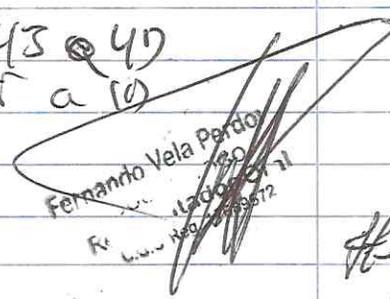
CLINICA Plaza de las Américas  
FECHA 12/10/19

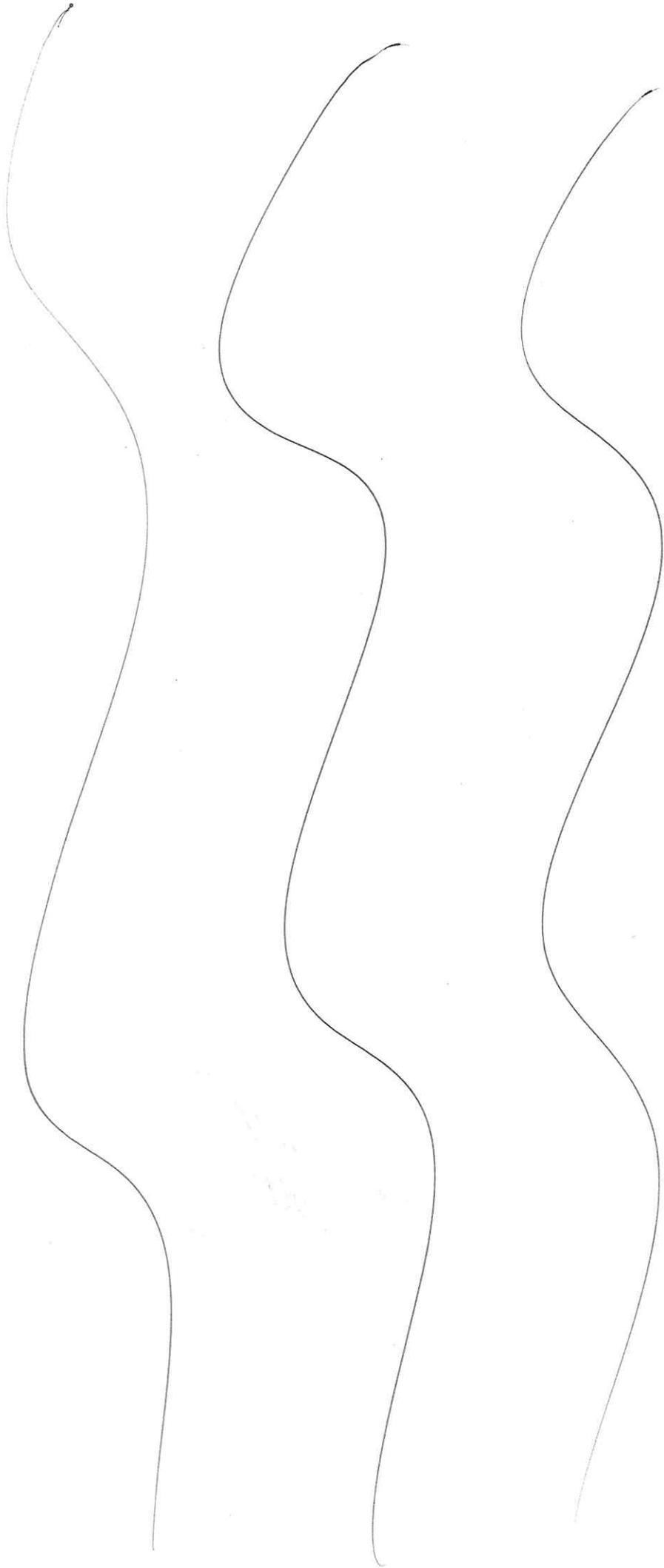
N° 191175668 Hoja N° 1 de 1

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

1ER APELLIDO: Rodriguez 2DO APELLIDO: Lopez  
NOMBRES COMPLETOS: Hugo

NO OLVIDE REGISTRAR: EXAMEN CLÍNICO DIAGNOSTICO PRONÓSTICO PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	VALORACIÓN	FIRMA Y SELLO ODONTOLOGO	FIRMA PACIENTE
12-10-2018	9:15 am	Endodoncia	Paciente y genero masculino 66 años con antecedente de Hipertensión Arterial controlada.		Hugo Lopez
06/10/18		Endodoncia	Paciente asiste a consulta para rehabilitación de la zona inferior por protesis fija completa		
			Dx = Caries Secundaria.		
			Prost = Fija		
			Hx: - Nudos 43-47, 15 y 19.		
			- PPF 43 @ 47		
			- PPF 15 a 19		
					
					Hugo Lopez



CLINICA **PALECIAS** N° **19175668** Hoja N° **2** de **2**  
 FECHA **10-Julio-2019**

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE  
 1ER APELLIDO: **Rodriguez** 2DO APELLIDO: **Lopez**  
 NOMBRES COMPLETOS: **Hugo**

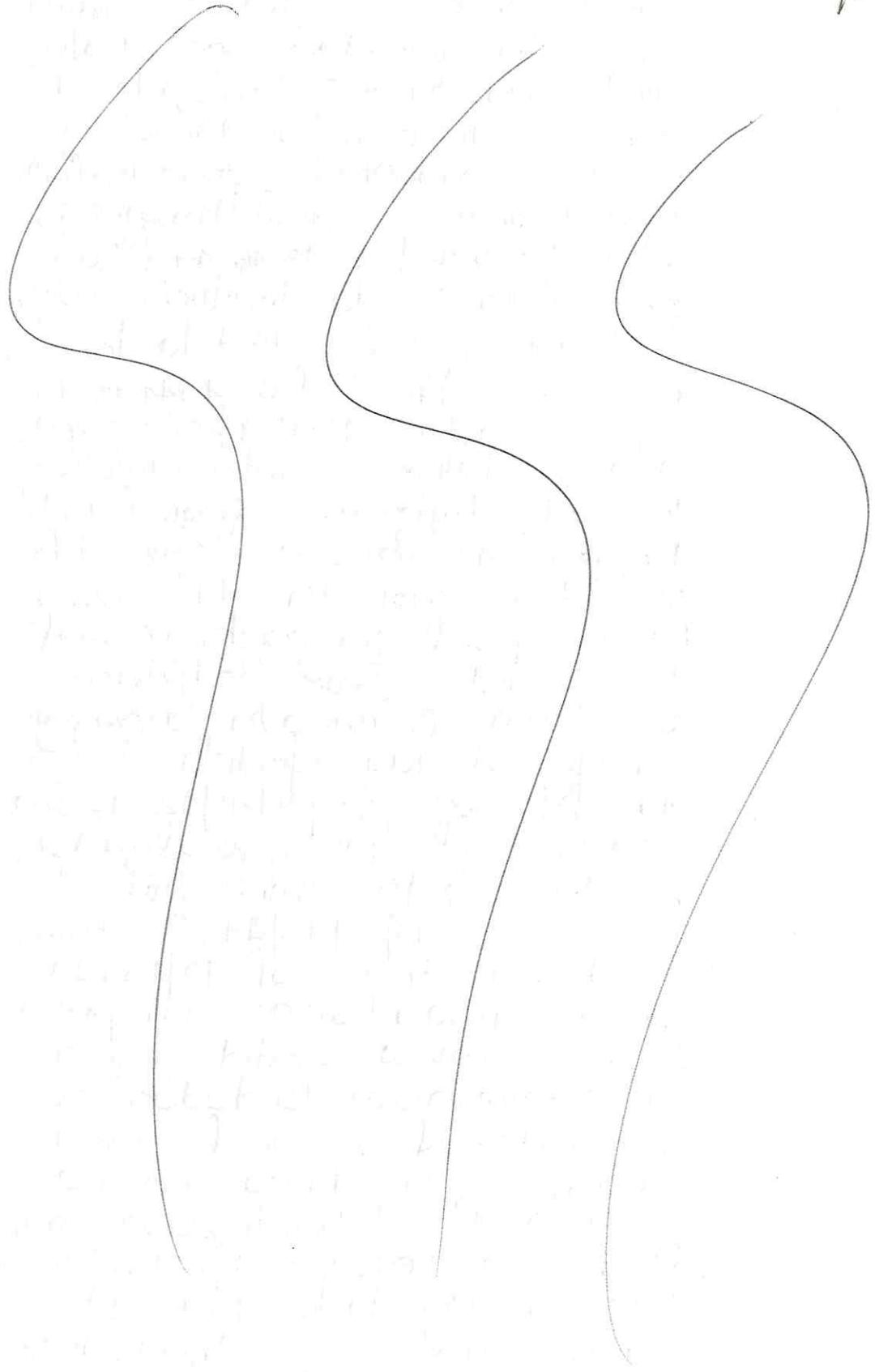
NO OLVIDE REGISTRAR: EXAMEN CLÍNICO DIAGNOSTICO PRONÓSTICO PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	VALORACIÓN	FIRMA Y SELLO ODONTÓLOGO	FIRMA PACIENTE
10-07-2019	8:40	R Otol	<p>Paciente género masculino, 67 años de edad, Hipertenso controlado quien refiere Inconformidad con tratamiento odontológico Realizado. Al examen Clínico: Prótesis Parcial fija 15-16-17 desadaptada zona 15, frac. Juro Cerámico Cervical / Palatino 15. Prótesis Parcial fija 45-46-47 (Realizada fuera de la Institución) Desadaptada, retracción Pérdida Inserción 47. Prótesis Parcial fija 43-44-45-47 Dependentada. 43-47 Unión preparada con Retenedor Intraradicular Cementado. Inflamación gingival Distal 43 Mesial 47. Paciente refiere dolor constante a nivel del 47. Bolso Activo Mesial sangrado mesial 47. Pérdida Inserción / Retención 26. Placa calcificada Supragingival generalizada. Mordido Profundo. Atenuación 33/32/31/41/42. Pérdida ósea horizontal leve generalizada. Se solicita Rx Panorámica Actual y Periapicales 17/15/43/47. Se observa Endodoncia Funcional 17/15/43. Retenedor Intraradicular 17/15/43/47. Lesión Vertical 47. pérdida ósea 47. ss/ Valoración Endodóntica y Periodontal General para establecer conducta Previo manejo por Rehabilitación. Faja Higiénica Peridontal Instrucción Técnica Cepillado. Plan Tto: Inicial: Retirar Prótesis Fija 15-16-17</p>		

→ temporalización. Espera valoración por endodoncias / Perodoncias para Definir Fase 2 de tratamiento.

*Dr. Ana María Martínez B.*  
Dentista - Rehabilitadora  
Oral C.F.E.O.  
Reg. 2182

*Alvaro Dubey*



CLINICA Edus  
FECHA

Nº 19175668

Hoja Nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

1ER APELLIDO: Rodriguez

2DO APELLIDO: Lopez

NOMBRES COMPLETOS: Hugo

NO OLVIDE REGISTRAR:

EXAMEN CLÍNICO

DIAGNOSTICO

PRONÓSTICO

PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	VALORACIÓN	FIRMA Y SELLO ODONTOLOGO	FIRMA PACIENTE
12/3/19		GUDD	<p>PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD ASINTE PARA VALORACIÓN, REFIERE HIPERTENSIÓN CONTROLADA, GASTRITIS Y TIROIDES.</p> <p>PRESENCIA DE PROTESIS FIJA CON PILARES 43-XXX-47, DESAJUSTADA. 43 Y 47 PERCUSIÓN +, 47 MOVILIDAD GRADO I 43 NO PRESENTA MOVILIDAD, PRESENCIA DE RETENEDORES INTRA RADIOLÚSCOS ADAPTADOS.</p> <p>PRESENCIA DE PROTESIS FIJA CON PILARES 15-X-17. CON PERCUSIÓN POSITIVA, 15 SE OBSERVA DESADAPTADA LA CORDÓN EN RILTIPO</p> <p>26 PRESENTA RETRACCIÓN GINGIVAL, NO PRESENTA MOVILIDAD PERCUSIÓN NEGATIVA, ANÁLISIS DESADAPTADA</p> <p>RADIOGRÁFICAMENTE: (43) PERDIDA OJA VERTICAL OBSTRUCCIÓN ENDODONTICA EN BUEN ESTADO, PRESENCIA DE RETENEDOR I.R. LESION APICAL (LESION-ENDO-PERIODONTAL)</p> <p>(45) NO SE OBSERVA LESION APICAL OBSTRUCCIÓN ENDODONTICA EN BUEN ESTADO, PRESENCIA DE RETENEDOR I.R.</p> <p>15 Y 17: OBSTRUCCIÓN ENDODONTICA EN BUEN ESTADO, NO SE OBSERVA LESION APICAL PRESENCIA DE RETENEDORES I.R.</p> <p>(26) OBSTRUCCIÓN DESADAPTADA, GUD. CONCHA EN BUEN ESTADO, NO SE OBSERVA LESION APICAL</p> <p>(28) OBSTRUCCIÓN DE GUD CON TRAYENTE</p>		

OBSTRUCCION ENDODONTICA EN  
BUEN ESTADO, RESERVA CÉLULA  
DE GRAN TAMAÑO.

### DIAGNOSTICO:

47 DIENTE TRATADO/PERIODONTITIS Apical.

45: DIENTE TRATADO

15: DIENTE TRATADO

17: DIENTE TRATADO

26: DIENTE TRATADO

24: DIENTE TRATADO

### TRATAMIENTO:

47: EXODONCIA

45: CORONA

15 y VALORACION CON REHABILITACION

17 | PARA DETERMINAR NECESIDAD DE  
CAMBIO DE PROTESIS FIJA O NO

26: CAMBIO DE RESTAURACION (VALORACION  
CON REHABILITACION PARA DETERMINAR  
NECESIDAD DE PROTESIS FIJA

25: VALORACION CON REHABILITACION PARA  
DETERMINAR NECESIDAD DE PROTESIS FIJA

### PRONOSTICO:

47: MALO

45: FAVORABLE

26: FAVORABLE

24: FAVORABLE

15: REMANADO

17: REMANADO

PATRICIA GONZALEZ  
ENDODONTIA  
JUNIO 2009

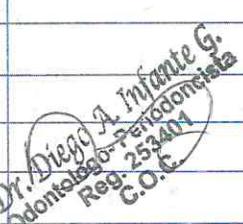
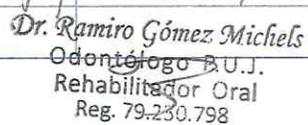
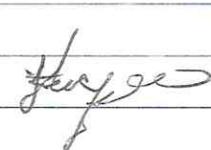
VALORACIÓN ESPECIALISTAS

CLINICA Seleus N° 19175668 Hoja N°      de     

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

1ER APELLIDO: Rodriguez 2DO APELLIDO: Lopez  
NOMBRES COMPLETOS: Hugo

NO OLVIDE REGISTRAR: EXAMEN CLÍNICO DIAGNOSTICO PRONÓSTICO PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	VALORACIÓN	FIRMA Y SELLO ODONTOLOGO	FIRMA PACIENTE
12/7/19		Periodonco	<p>Diagnostico: Periodontitis crónica con Pólos desdoblados Mucosa Pócora con Fijo desarrollado de 44-47 Diente (47) Perimucosa solo no rehobitable, Fija de 15-17 Diente (15) Perimucosa desdoblada con Endodoncia y rehobitación, desarrollo zona del 24-26, Pócora requiere relleno por parte y oclusión modulación de placa e interferir</p>		
15/08/19		R.O	<p>Paciente masculino 67 años hipertenso controlado que acude a clínica con P. parcial fijo 43-44-45-46-47 desarrollado y perdido diente 43-47 pilares un núcleo expuesto a cavidad oral A examen clínico movilidad en diente 47 - A RX → pérdida ósea vertical mesial / . Respecto muy largo con ponticos. D/ 47 MAL pronóstico (posible exodoncia). Present prótesis 15-16-17 en descripción en 15.</p> <p>TTO: Exodoncia 47 coronas completa 43 por estudios → Implants 44-47 y P.P. fijo 44-45-46-47 Prótesis parcial fijo 15-16-17</p>		

31/08/19 R.O

Tto definitivo luego de pasar por ultrason y radiografía

- Repetir cc de 43
- Repetir P.P.F. 44.45.46.47 pero a hora exodonar 47.  
Implante 44 - 46 contra 45.
- Repetir cc. de 15.16.17. P.P.F.

h. consej. a paciente realizar

implante en 36  ; repetir cc 35

Dr. Ramiro Gómez Michels  
Odontólogo P.D.J.  
Rehabilitador Oral  
Reg. 79.230.798



10/09/19 Maxilofacial

Se volana pto quien presenta ausencia del 44/45/46/47 con rebordes adscuado en superior y inferior. Se programa lo para implantes del 44-46 para PPF

SS/ DH 3.8 x 10.5 (2)



Dr. Miguel Saucedo M.  
Cirujía - Trauma Maxilofacial  
R.M. 79.42418  
P.D.J.

CLINICA Kennedy Central  
FECHA Octubre 1/19

Nº 19975663

Hoja Nº de

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

1ER APELLIDO: Rodríguez 2DO APELLIDO: López

NOMBRES COMPLETOS: Hugo I

NO OLVIDE REGISTRAR: EXAMEN CLÍNICO DIAGNOSTICO PRONÓSTICO PLAN DE TRATAMIENTO

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	VALORACIÓN	FIRMA Y SELLO ODONTÓLOGO	FIRMA PACIENTE
			<p>Paciente de 68 años de edad de sexo masculino Medrado con Tarke, tiroxina, Riputa Hipertensión Arterial y alteración en foides anist con dolor en zona de 15 a 17 Presenta f. P. F en Relativo del 15 Cerámica Fracturada, Gran aumento de Plano Posteriore</p> <p>No encuentro Fístulas ni Perdidas ósea q' pueden indicar Fractura o fisura.</p> <p>Radiográficamente se encuentran los dntos obturados sin evidencia de lesiones apicales</p> <p>DX conductos obturados 15-17 bngnitas asociada al aumento de plano.</p> <p>PX Favorable</p> <p>TD Se sugiere Remoción de la P.P.F y Revaloración clínica por Endodencia y Periotomia</p>	<p><i>Liliana Díaz</i></p> <p>DRª LILIANA DÍAZ Endodencia COC U. de C</p>	<p><i>Hugo I</i></p>



CLINICA Plan de los Anillos N° 19195668 Hoja N° 1 de 1  
FECHA 06/10/17

Fecha: 06/10/17

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo, Hugo Rodríguez Lopez, identificado(a) con documento de identidad número: 19195668 expedido en la ciudad de Bogotá, domiciliado(a) en Bogotá, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Fernando Vela Pardo, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento de prostodoncia fija a los siguientes dientes:

- |   |   |
|---|---|
| Diente (s) a tratar: <u>15-17-43-47</u>         | procedimiento: <u>Núcleos 15-17-43 y 47</u> |
| Diente (s) a tratar: <u>PPF 15-17 PPF 43-47</u> | procedimiento: <u>Impresión de yeso</u>     |
| Diente (s) a tratar: <u>( )</u>                 | procedimiento: <u>molde de copias</u>       |
| Diente (s) a tratar: <u>( )</u>                 | procedimiento: <u>Procedura</u>             |
| Diente (s) a tratar: <u>( )</u>                 | procedimiento: <u>Cambios</u>               |

Adicional se me ha informado las posibles complicaciones que se puedan presentar durante o después de haber realizado mi tratamiento:

1. Hipersensibilidad después de la talla en los muñones.
2. Descementación de temporales o coronas.
3. Fractura de estructura metálica o de porcelana
4. Exposición pulpar al realizar preparaciones
5. Fractura de núcleo
6. Fractura de carillas
7. Periodontitis asociada a mala la higiene
8. Fracturas radiculares

He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsible, consecuencias, me han explicado que el tiempo estipulado de garantía para el procedimiento realizado es de doce meses, siempre y cuando cumpla las recomendaciones dadas por el profesional y asista a un control en un periodo de tres meses; resueltas todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a Sonría Clínicas Dentales, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y a los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Nombre y firma del paciente  
[Firma]  
c.c. 19-17566 de BOGOTÁ

Nombre y firma del responsable del paciente  
[Firma]  
c.c. 19195668 de Bogotá

Nombre y firma del especialista  
[Firma]  
c.c. 19089772 de Plan  
Fernando Vela Pardo  
Especialista OI II  
C.C. 19089772

CLINICA <i>Plaza de las Américas</i>	N°	19175668	Hoja N°		de	
FECHA <i>23/01/19</i>						

**RECOMENDACIONES PROTESIS FIJA**

- Es normal que la primera semana usted presente sensibilidad, presión o leve dolor, si esto persiste por favor acuda nuevamente a su especialista para realizar un control.
- Recuerde realizar su higiene oral con seda dental, enhebradores, unipenachos o el cepillo que le haya recomendado su especialista, de esto dependerá, en gran parte el éxito de su nueva restauración.
- Tenga cuidado con los golpes que tenga por mas pequeños que sean (botellas de gaseosa) ya que la porcelana a pesar de ser un material de mucha dureza puede fracturarse o iniciar líneas de fractura que a futuro dañaran su restauración.
- En caso de fractura es preciso retirar toda la restauración para retirar toda la porcelana y volverlo a hacer.
- Si siente que su puente se ha soltado de alguno de los pilares o siente leve dolor por favor acuda de inmediato a su especialista.
- Recuerde asistir semestralmente a sus controles periodontales, esto ayudara a que su restauración sea de larga duración.

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

*[Firma]*  
 c.c. 19175668 de Bogotá

Nombre y firma del responsable del paciente

\_\_\_\_\_  
 c.c. de

Nombre y firma del especialista

*[Firma]*  
 c.c. de *[Firma]*

CLINICA	<u>Plaza de los Amérucos</u>	N°	<u>19175668</u>	Hoja N°	<u>1</u>	de	<u>2</u>
FECHA	<u>12.10.18</u>						

Fecha: 12 Octubre 2018

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo, Hugo Rodríguez López, identificado(a) con documento de identidad número: 19175668 expedido en la ciudad de Bogotá, domiciliado(a) en Bogotá, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor LADONIRO, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento de endodoncia X o desobturación        en los diente(s) 43 y adicional se me ha informado y explicado lo siguiente:

1. Que el objetivo principal del tratamiento de endodoncia es el retiro del tejido pulpar inflamado o infectado y la posterior limpieza, desinfección y relleno de la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso de bacterias y toxinas.
2. Que el tratamiento de endodoncia puede requerir la aplicación de anestesia local, cuyos riesgos pueden ser los siguientes: parestesia, inflamación por infiltración de vasos sanguíneos y hematomas entre otros.
3. Que en un procedimiento de endodoncia se puede presentar perforaciones de la pared radicular por falta de visibilidad o por estructuras anatómicas dentarias específicas del paciente.
4. Que es factible que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se elimine totalmente o que no se logre la limpieza, desinfección y relleno óptimo de los conductos radiculares, por lo que puede ser necesario acudir a un retratamiento o a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años.
5. Que es posible que después del tratamiento de endodoncia la pieza dentaria cambie de color y se oscurezca ligeramente o que se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizarle una corona y/o insertar refuerzos intraradiculares (pernos núcleos o espigos).
6. Que se requiere una vez finalizado el tratamiento, una obturación definitiva.
7. Que en la desobturación se presenten fracturas de limas o fresas dentro conducto.
8. Que en la desobturación de los conductos se presenten o sobre obturaciones o desobturaciones completas del conducto.

He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles, consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a Sonría Clínicas Dentales, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y a los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del responsable del paciente

[Firma]  
c.c. 19175668 de BOGOTÁ  
Nombre y firma del Especialista

c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

CLINICA	N°	Hoja N°	de
FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

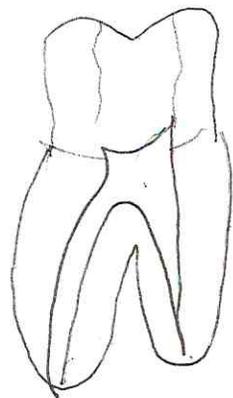
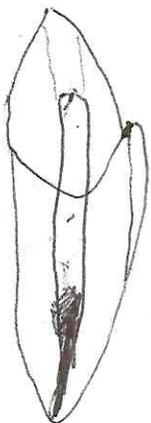
**RECOMENDACIONES DURANTE Y/O DESPUES DE UN TRATAMIENTO DE CONDUCTOS**

- Nunca deje su diente sin obturación o calza o sin cemento o sin corona (ni antes, ni durante, ni después del tratamiento), al dejar el diente destapado se contaminara de bacterias que hay en la saliva, causando caries, exacerbaciones (como dolores), abscesos e inflamaciones

**Si se llega a caer su obturación o calza o cemento o corona y el diente se encuentra expuesto al medio oral por favor realice lo siguiente:**

- Colóquese un algodón.
- No deje pasar más de 2 horas sin que busque como colocarse una obturación, calza o cemento, acuda a atención odontológica.
- Si el diente se fractura NO es por el tratamiento de conductos si no por la caries tan extensa que dejo las paredes de los dientes muy débiles y de fácil fractura, si queda expuesto al medio oral acuda a consulta odontológica.
- El diente generalmente queda con un cemento temporal de color blanco el cual deberá ser reemplazado máximo a los 8 días por una obturación definitiva o corona de acuerdo a su caso, una vez su tratamiento de conductos culmine.

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Nombre y firma del paciente

*[Handwritten signature]*  
c.c. 19175668 de Bogotá

Nombre y firma del responsable del paciente

\_\_\_\_\_  
c.c. de

Nombre y firma del especialista

\_\_\_\_\_  
c.c. de

CLINICA	N°	Hoja N°	de
FECHA			

Fecha: 05 sept. 2019

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo, HUGO RODRIGUEZ LOPEZ, identificado(a) con documento de identidad número: CC N= 19.175668 expedido en la ciudad de DE BOGOTA, domiciliado(a) en BOGOTA D.C. otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor \_\_\_\_\_, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento o cirugía \_\_\_\_\_ en los diente(s) \_\_\_\_\_, y/o cuadrante \_\_\_\_\_, adicional se me ha informado y explicado lo siguiente:

1. Que pueden surgir complicaciones tales como:
- a. Inflamación \_\_\_\_\_
  - b. Dolor \_\_\_\_\_
  - c. Hemorragia \_\_\_\_\_
  - d. Parestesia y paresia \_\_\_\_\_
  - e. Dehisencia de puntos o colgajo \_\_\_\_\_
  - f. Necrosis del colgajo \_\_\_\_\_
  - g. Rechazo de injerto \_\_\_\_\_
  - h. Infección \_\_\_\_\_
  - i. Halitosis \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a Sonría Clínicas Dentales, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y a los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del responsable del paciente

Hugo Rodriguez Lopez  
c.c. 19.175668 de BOGOTA

c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y firma del especialista

Dra. Adriana Calderón  
Cirujano y Patología Oral  
Pontificia Universidad Javeriana  
Reg. 315668

c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

CLINICA FECHA	N° <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 80px; height: 15px;"></span>	Hoja N° _____ de _____
------------------	---	------------------------

**RECOMENDACIONES DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA**

- No escupa ni se cubra con pañuelos o bufandas.
- No realice actividad física.
- Aplíquese hielo sobre la zona de la cirugía durante las primeras 24 horas post quirúrgicas a partir de ahí, inicie intermitentemente con calor húmedo teniendo cuidado de no quemarse, esto ayudara a disminuir la equimosis o morado si lo presenta.
- Realice su higiene bucal común y corriente, suavemente en el lugar de la cirugía teniendo en cuenta de no retirar los puntos o cementos quirúrgicos que se hayan dejado, si se llegan a caer por favor acuda de nuevo a su especialista.
- Si presenta sangrado profuso o hemorragia, fiebre, inflamación persistente y excesiva o reacciones a los medicamentos por favor acuda de inmediato a su especialista.
- Duerma con dos almohadas evitando tener la cabeza demasiado inclinada y no se acueste por el lado en que se realizo la cirugía.
- En lo posible mantenga dieta liquida y/o blanda (no lácteos por 3 días) y recuerde mantener el aseo adecuado en su boca.
- Realice las recomendaciones de los enjuagues y aplique e ingiera los medicamentos que su especialista le asigno, NO se automedique.
- No fume ni consuma bebidas alcohólicas.
- Recuerde asistir a su control posquirúrgico de acuerdo a las indicaciones de su especialista.

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del responsable  
del paciente

  
 \_\_\_\_\_  
 c.c.                      de

\_\_\_\_\_  
 c.c.                      de

Nombre y firma del especialista

\_\_\_\_\_  
 c.c.                      de



CLINICA	N°	Hoja N°	de
FECHA			

Fecha: 05 sept. 2019

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo HUGO RODRIGUEZ LOPEZ Identificado (a) con documento de identidad numero cc.N=19.175668 expedido en la ciudad de BOGOTÁ, domiciliado en BOGOTÁ, declaro que el Dr. Bogotá me ha explicado que el tratamiento odontológico que necesito implica la administración de ANESTESIA LOCAL. Al respecto entiendo que:

- La anestesia local se utiliza en Odontología con la finalidad de procurar efectuar el tratamiento odontológico sin dolor.
- La anestesia local se aplica mediante una inyección de sustancias, que bloquean de manera reversible los impulsos nerviosos de modo tal que se interrumpe transitoriamente la sensibilidad.
- El efecto de la anestesia local me producirá una sensación extraña en la región anestesiada, que normalmente desaparecerá espontáneamente en dos o tres horas aproximadamente, dependiendo de la cantidad de anestésico suministrado.

La administración de la anestesia local puede provocar en algunos casos:

- Ulceras en la mucosa
- Dolor
- Hematoma
- En algunas ocasiones limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior.
- Del mismo modo, puede ocasionar una baja de presión y sensación de mareo.

Entiendo que algunos pacientes pueden presentar algún tipo de reacción alérgica o hipersensibilidad a la anestesia local, que se manifiesta como urticaria, dermatitis de contacto, asma y edema angioneurótico, que en casos extremos pueden requerir tratamiento de emergencia. Sin embargo, según se me ha explicado, en base a mis antecedentes personales no es de esperar para mi caso este tipo de reacciones desfavorables.

Todo tratamiento odontológico puede ocasionar potencialmente distintas complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, sobre todo en personas con alguna condición o enfermedad sistémica como las siguientes: diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad.

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a Sonría Clínicas Dentales, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y de los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad.

Nota: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del responsable del paciente

Hugo Rodríguez Lopez  
c.c.19.175668 de Bogotá

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ c.c.

Nombre y firma del Especialista

Dra. Adriana Chiriboga  
c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Dra. Adriana Chiriboga  
Cirujana y Periodista Oral  
Facultad Universidad Javeriana  
Reg. 31566



CLINICA FECHA	N° <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Hoja N° _____ de _____

Fecha: 17/09/19

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo, [Firma], identificado(a) con documento de identidad número: 19175668 expedido en la ciudad de \_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_ otorgo en forma libre mi consentimiento a los Doctor(es) 1. Miguel Escobar 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ para que en ejercicio legal de su profesión se me practique la colocación del implante en el diente(s) 44/46, Y adicional se me ha informado y explicado lo siguiente:

1. El propósito principal de la intervención es la reposición de los dientes perdidos. Se que alternativamente podría recurrir a prótesis convencionales, de menor costo, pero lo descarto por los beneficios que se pueden obtener con la técnica de implantología.
2. El procedimiento se llevará a cabo bajo anestesia local, de cuyos posibles riesgos también se me ha informado.
3. El procedimiento se lleva a cabo en dos fases, una primera en la que se fijan unos tornillos al hueso mediante la realización con fresas de un lecho o alvéolo artificial, y una segunda fase (pasando varios meses), cuando el hueso y el tornillo estén integrados con el hueso, se coloca un pilar sobre ellos para recibir posteriormente los aditamentos protésicos.
4. Como en cualquier intervención quirúrgica existen posibilidades de complicaciones de las cuales he sido informado. Están incluyen limitación de función oral, dolor post operatorio, sangrado, infección o absceso que puede requerir tratamiento de drenaje, equimosis, reacciones alérgicas a los materiales y medicamentos utilizados; cambios en las sensaciones o movimientos (parestias y/o parálisis de los músculos que pueden ser temporales o permanentes). Comunicaciones oro-antrales que pueden convertirse o traducirse en infecciones. Si esta lesión persiste deben tomarse otras medidas quirúrgicas para remediarlas, lesiones en los dientes, trastornos en la articulación temporo mandibular y cicatrización deficiente que puede convertirse en la pérdida del implante. He sido advertido además que existe el riesgo de fractura del implante o de la corona después de realizar la carga de los mismos, lo cual exigirá medidas adicionales, incluso el retiro quirúrgico del implante.
5. He sido advertido que el consumo de tabaco, alcohol o azúcar pueden afectar la cicatrización de las encías y pueden limitar el éxito del implante. Dado que no hay manera de predecir exactamente la capacidad de cicatrización de la encía y el hueso en cada paciente.
6. También se me ha explicado que independiente de la técnica empleada podría producirse afecciones de terminaciones nerviosas, que disminuyen la sensibilidad en labios, mentón, lengua, encía.
7. Aunque la técnica se realice correctamente, existe un porcentaje de fracasos entre el 8% y el 10% de los pacientes que pueden requerir la repetición de la intervención.
8. Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante y debe culminarse con la fase de rehabilitación.
9. Adicional a estos procedimientos y dependiendo del análisis diagnóstico inicial realizado, y la evolución del procedimiento, se podrán requerir procedimientos adicionales que regeneren el soporte periodontal, como injertos, membranas, por lo tanto autorizo la realización de los mismos, cuando el profesional tratante considere necesarios.
10. Entiendo que debo asistir a los controles que me sean programados y seguir las indicaciones que me suministren los profesionales.
11. Entiendo que la garantía del Implante - Tornillo es para toda la vida. Excepto los materiales (Membrana, Hueso) y honorarios que se requieran para la regeneración ósea posterior a un fracaso. Igualmente no entra en la garantía los aditamentos necesarios para la fase de rehabilitación posterior al fracaso del implante por no oseointegración.

He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a Sonría Clínicas Dentales, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y a los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Nombre y firma del paciente

[Firma]  
c.c. 19175668 de Bogotá

Nombre y firma del responsable  
del paciente

\_\_\_\_\_  
c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_





CLINICA	N°	Hoja N°	de
FECHA			

Fecha: 17/09/19

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo Hugo Rodríguez identificado (a) con documento de identidad numero \_\_\_\_\_ expedido en la ciudad de \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_, declaro que el Dr. Miguel Escobar me ha explicado que el tratamiento odontológico que necesito implica la administración de ANESTESIA LOCAL. Al respecto entiendo que:

1. La anestesia local se utiliza en Odontología con la finalidad de procurar efectuar el tratamiento odontológico sin dolor.
  1. La anestesia local se aplica mediante una inyección de sustancias, que bloquean de manera reversible los impulsos nerviosos de modo tal que se interrumpe transitoriamente la sensibilidad.
  2. El efecto de la anestesia local me producirá una sensación extraña en la región anestesiada, que normalmente desaparecerá espontáneamente en dos o tres horas aproximadamente, dependiendo de la cantidad de anestésico suministrado.
  3. La administración de la anestesia local puede provocar en algunos casos:
    - a. Ulceras en la mucosa
    - b. Dolor
    - c. Hematoma
    - d. En algunas ocasiones limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior.
    - e. Del mismo modo, puede ocasionar una baja de presión y sensación de mareo.
  4. Entiendo que algunos pacientes pueden presentar algún tipo de reacción alérgica o hipersensibilidad a la anestesia local, que se manifiesta como urticaria, dermatitis de contacto, asma y edema angioneurótico, que en casos extremos pueden requerir tratamiento de emergencia. Sin embargo, según se me ha explicado, en base a mis antecedentes personales no es de esperar para mi caso este tipo de reacciones desfavorables.
  5. Todo tratamiento odontológico puede ocasionar potencialmente distintas complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, sobre todo en personas con alguna condición o enfermedad sistémica como las siguientes: diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad.
- He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles y consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a Sonria Clínicas Dentales, a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y de los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.
- Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad.

Nota: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del responsable del paciente

Hugo Rodríguez  
c.c. 19175668 de Bogotá

c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Especialista

c.c. \_\_\_\_\_  
Dr. Miguel Escobar M.  
Chugo - Clínica Móvil  
R.M. 19442478  
P.U.J.

CLINICA	N° <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>																					Hoja N° _____ de _____
FECHA																						

**RECOMENDACIONES DESPUÉS DE APLICACIÓN DE ANESTESIA LOCAL**

- Después de haber recibido un tratamiento odontológico bajo anestesia local, debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1. Procure no comer nada hasta que el efecto de la anestesia se haya desvanecido por completo, esto evitar laceraciones en los tejidos anestesiados.
2. Si después de 24 horas de realizado el procedimiento la zona anestesiada presenta los siguientes signos y síntoma acuda de inmediato a la Sede Sonría en donde fue realizado el procedimiento:
  - a. Ausencia de sensibilidad y/o movilidad en la zona anestesiada.
  - b. Dolor.
  - c. Limitación del movimiento.
  - d. Inflamación no asociada al procedimiento (cirugías).
  - e. Hematoma no asociado al procedimiento.
3. Siga las recomendaciones específicas dadas por el odontólogo según el tratamiento recibido.

Otras recomendaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

*[Handwritten Signature]*

c.c. *17-17566* de *Bogotá*

Nombre y firma del responsable del paciente

\_\_\_\_\_

c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y firma del especialista

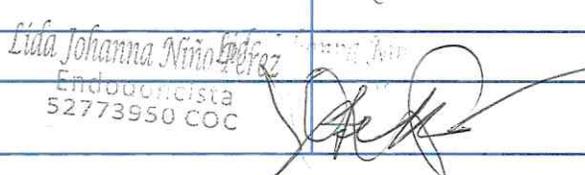
\_\_\_\_\_

c.c. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS**

Clinica Plaza Amena Fecha    No. 19175668 Hoja No: 1 De: 2  
 Primer apellido Rodriguez. Segundo apellido Ortiz Nombres completos Lugo

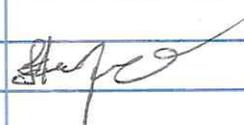
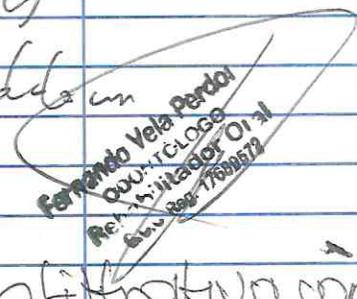
Fecha	Hora	Diagnóstico	Código	Diente	Procedimiento Realizado	Firma y sello Odontólogo	Firma Paciente
<u>02/10/18</u>			<u>P01</u> <u>E45</u>		<u>Se realiza Drenaje</u> <u>Supragingival con</u> <u>curitas presión la</u> <u>punta del dedo</u> <u>cada una de las</u> <u>dientes. Presión</u> <u>y se pasan</u> <u>Alambritos de</u> <u>con protido de</u> <u>Monocel al 35%</u> <u>3 series cada</u> <u>una de 10</u> <u>minutos Apertor.</u> <u>8 de noche</u> <u>al por</u>	<u>Dr. Sebastián Valencia Restrepo</u> <u>Odontólogo</u> <u>F.U.A.M.</u> <u>Reg. 05-1159-15</u>	<u>Hugo Díaz</u>
<u>06/10/18</u>					<u>Revisión de</u> <u>pac 43 y 44</u> <u>se realiza</u> <u>procedimiento</u> <u>Art. Entodon</u>	<u>Fernando Mola</u> <u>Odontólogo</u> <u>F.U.A.M.</u> <u>Reg. 05-1159-15</u>	<u>Hugo Díaz</u>

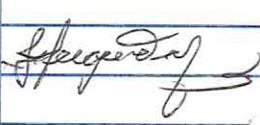
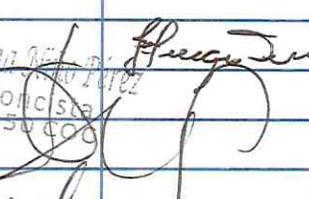
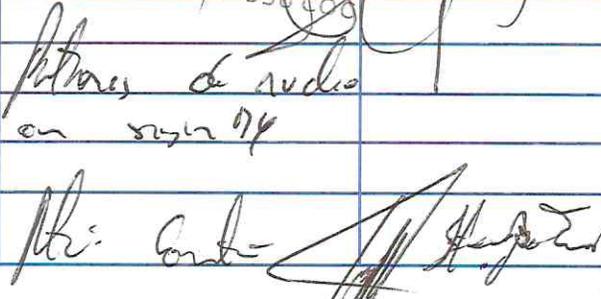
Fecha	Hora	Diagnóstico	Código	Diente	Procedimiento Realizado	Firma y sello Odontólogo	Firma Paciente
12.05 2018			E01A E01B	43	Anestesia infiltrativa con Lidocaina 2% #1, acceso endodántico, aislamiento pulpectomia, conductometría 23 milímetros, Lima Apical Principal 35, instrumentación, irrigación con Hipoclorito de sodio, secado con puntas de papel, obturación con cono principal 35, conos accesorios 15, medio cementante fealobet, ordenación lateral. e desobstru para patrínculo nudo.		
24.10 2018			E03A E03B	47	Anestesia truncular en Dentario inferior derecho con Lidocaina 2% #1, acceso endodántico, aislamiento pulpectomia, conductometría: Mesiodistal-Mesialdistal 16.5 milímetros, Lima Apical Principal 30, Distal: 16.5 milímetros Lima Apical Principal 35, instrumentación, irrigación con Hipoclorito de sodio, secado con puntas de papel, obturación con conos principales 30-35, conos accesorios 15-20 medio cementante fealobet		

**EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS**

Clinica: Plaza de las Américas    Fecha: 31/10/18    No.: 1912566P    Hoja No.: 1    De: 1

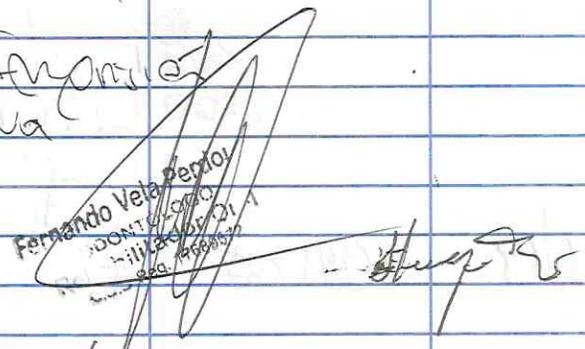
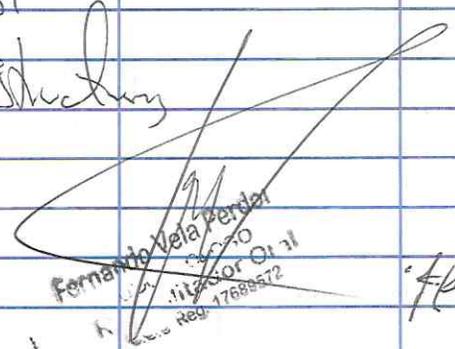
Primer apellido: Pedryon    Segundo apellido: Lopez    Nombres completos: Hugo

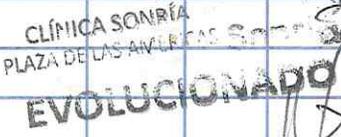
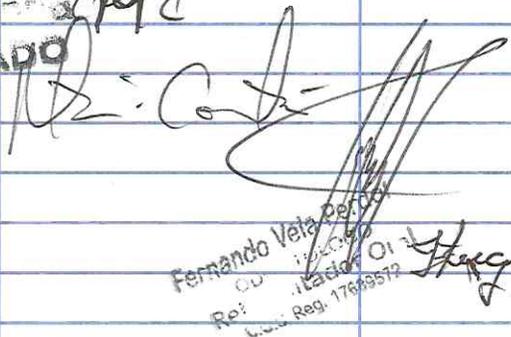
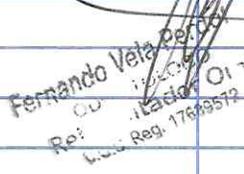
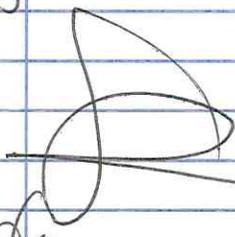
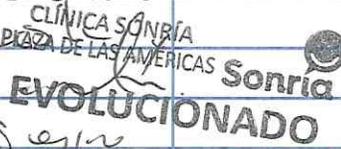
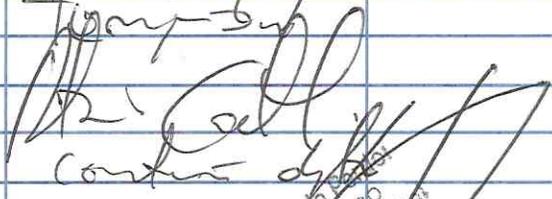
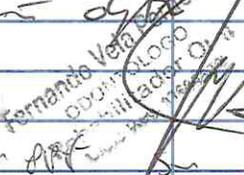
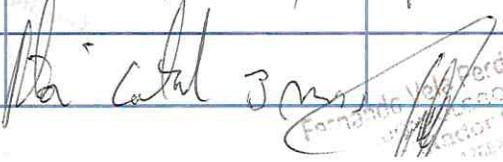
Fecha	Hora	Diagnóstico	Código	Diente	Procedimiento Realizado	Firma y sello Odontólogo	Firma Paciente
31/10/18					Control de vulvarios 43 y 47		
09/11/18					Revisión de PPF 15-17 → a 17 → de pinos Rx: Endodon		
23 Nov 2018			EO1A 15 FOBA 16 FO1B 15		Anestesia infiltrativa con hidrocloruro de cloruro de lidocaina 20% #1 retiro, provisional accesos endodónticos, aislamiento, pulpectomías, conductometrías 15: vestibular: 12.5mm palatino: 17.5milímetros, Lima Apical principal 35, instrumentación, irrigación con hipoclorito de sodio, secado con punta de		

Fecha	Hora	Diagnóstico	Código	Diente	Procedimiento Realizado	Firma y sello Odontólogo	Firma Paciente
					<p>papel, obturación con conos principales 35, conos accesorios 15, medio cementante fastapea, condensación lateral. Se desobstruye para patrón de nubes. Se dejó multa de algodón, coloidal y provisional.</p>	<p>Lida Johanna Stino Pérez Endodoncista 52773950 COC</p> 	
03/12 2018			E03B	17	<p>Aperturas infiltrativo con Hobbolino 2da #1, retiro provisional, aislamiento, conductometría, Vestibular Meso-Distal - Palatino 14.5 milímetros, Lino Apical (Principal 30, instrumentación, irrigación con hipoclorito de sodio, se cubre con puntas de papel, obturación con conos principales 30, conos accesorios 15-20, medio cementante fastapea, condensación lateral. Se desobstruye para patrón de nubes.</p>	<p>Lida Johanna Stino Pérez Endodoncista 52773950 COC</p> 	
05/18/18			15 17		<p>Puntos de ruido en 5/12/18</p>		

**EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS**

Clinica: Plaza A Fecha: 14/12/18 No.: 1917668 Hoja No.: 1 De: 1  
 Primer apellido: Robinson Segundo apellido: Lopez Nombres completos: Hugo

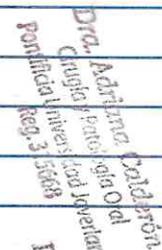
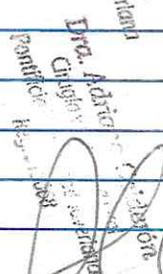
Fecha	Hora	Diagnóstico	Código	Diente	Procedimiento Realizado	Firma y sello Odontólogo	Firma Paciente
14/12/18		A968 A969		15 17	Primer turno de Ray paralelo con el carilla de se ponton adhes con Mylx wrap Para impresión definitiva	 Fernando Vela Perdomo DONT. C.R. C.C. 1112301 01 11 Reg. 17689572	
09/01/19		A969 x 8			Turno de impresión de con silicon con PPF sup 2 un Se toma impresión de definitiva	 Fernando Vela Perdomo DONT. C.R. C.C. 1112301 01 11 Reg. 17689572	

Fecha	Hora	Diagnóstico	Código	Diente	Procedimiento Realizado	Firma y sello Odontólogo	Firma Paciente
16/01/19		164EX8			Prueba de estructuras de PPF 14 y 15 17F 24	  	
17/01/19				11 S.P.A.W 21 Collos Em 12 M 11, 21, 12, 22 22 Bon. pulido 23, 13 23 Bon. pulido 13. 24 Bon. Az		 	
23/01/19		164P48			Prueba prueba de color de PPF según a punto en tiempo	  	
13/03/19					collo de PPF en estado sonoso por cita firme y adaptada	  	

EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS

Clinica **TECMO** Fecha **31/08/2019** No. **19175668** Hoja No.: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_\_

Primer apellido **Rodríguez** Segundo apellido **Wiper** Nombres completos **Hugo** F M

Fecha	Hora	Diagnóstico	Código	Diente	Procedimiento Realizado	Firma y sello Odontólogo	Firma Paciente
31.08.19			R69A	15-16	Toma impresiones	Dr. Ramiro Gómez Michels Odontólogo P.U.J. Rehabilitador Oral Reg. 79.239.798	
			R69A	17-43	elaborado para la serie de BU A3		
05/09/19			D10	47	Bajo prueba asepsia y asepsia se informó al Mejor dentista inferior con lido convencional y con epinefrina #2 dentales suya ción y aseo del 47. Se enseñan y se explican cuidados de los y signos de alarma para suministro de 500mg/ 6 horas / 3 días (Se entregan y explican cuidados de la dentadura rehabilitada)	 	



**EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS**

Clinica: Techo. Fecha: DD MM AAAA No.                      Hoja No.:        De:       

Primer apellido: Rodriguez Segundo apellido: Lopez Nombres completos: Hugo

Fecha	Hora	Diagnóstico	Código	Diente	Procedimiento Realizado	Firma y sello Odontólogo	Firma Paciente
17/09/19					<p>Despues anestesia local se realiza nichos Qus en zonas del 44 y 46 para BH 38 x 10.5 mm <u>NO</u> signos de dolor.</p> <p>Se dan indicaciones POP con los 7 se medica Amoxicilina - Nimesulida Se tomo Rx. Control en 14 dias</p>	<p>Dr. Miguel Escobar M. Cirujano - Traumatología Maxilofacial R.M. 79442478 P.U.J.</p>	
01/10/19					<p>Control POP de 14 dias <u>NO</u> signos de dolor. Control en 1 mes.</p>	<p>Dr. Miguel Escobar M. Cirujano - Traumatología Maxilofacial R.M. 79442478 P.U.J.</p>	
10.10.19			269B 15-16 269B 17		<p>En frens transmetálicos a destiara protesis parcial fija de lobos temporal con acrílico BUAD y cement con H30ud.</p> <p>Próx act: <u>          </u> 43</p>	<p>Dr. Ramiro Gómez Michels Odontólogo Rehabilitación Maxilofacial Reg. 75.250.758</p>	

CLINICA SONRÍA  
TECHO  
EVOLUCIONADO  
Sonria  
FIRMA: [Signature]

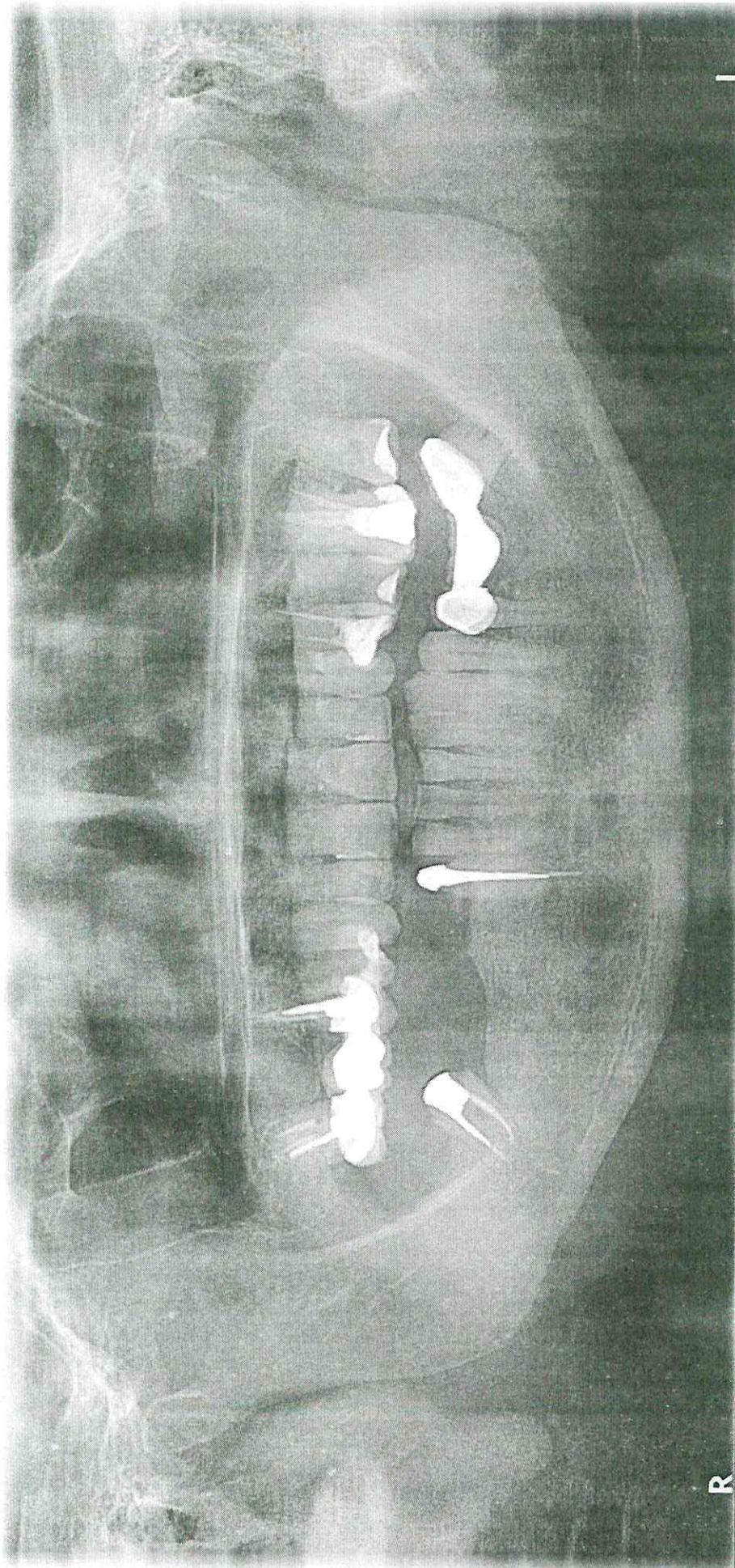
CLINICA SONRÍA  
TECHO  
EVOLUCIONADO  
Sonria  
FIRMA: [Signature]

BioHorizons Tapered Internal  
REF: TRX3810 [LOT] 1705522  
3.8 x 10.5mm, 3.5 Plat

BioHorizons Tapered Internal  
REF: TRX3810 [LOT] 1705522  
3.8 x 10.5mm, 3.5 Plat







R

RODRIGUEZ LOPEZ, HUGO  
2019-08-30 12:33:24

8

8

DRIGUEZ LOPEZ HUGO

N: 04-07-1951

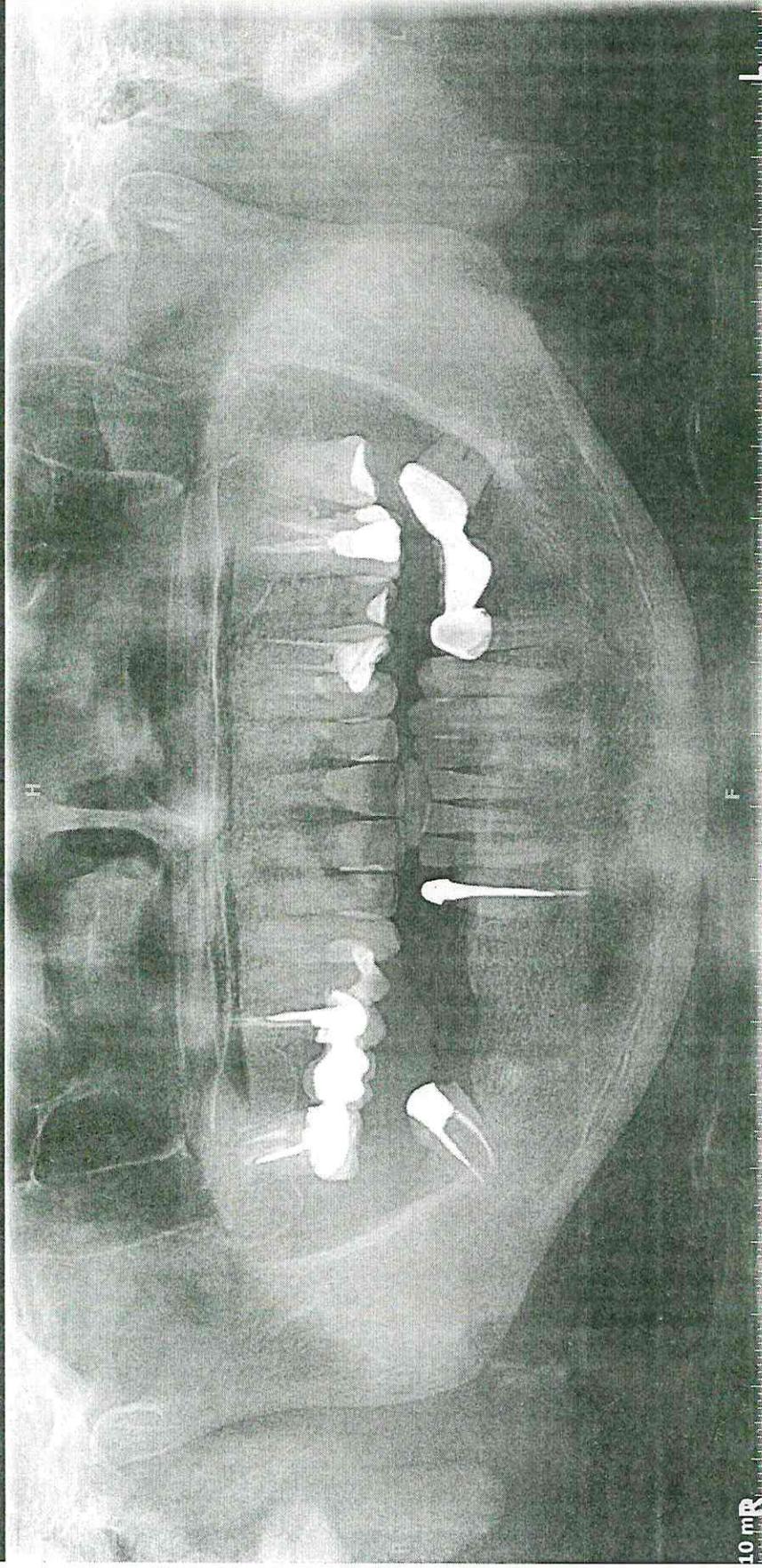
Lografia Panorámica



Identificación:

Remite: Dr (a).

Fecha Estudio 10-07-2019



10 mR

Clinica Sonria - Galerías  
Av CII 53 No 25 - 03 Piso 1 Teléfono: 358 0424  
Pagina web: [www.sonria.com.co](http://www.sonria.com.co)

DRIGUEZ LOPEZ HUGO

N: 04-07-1951

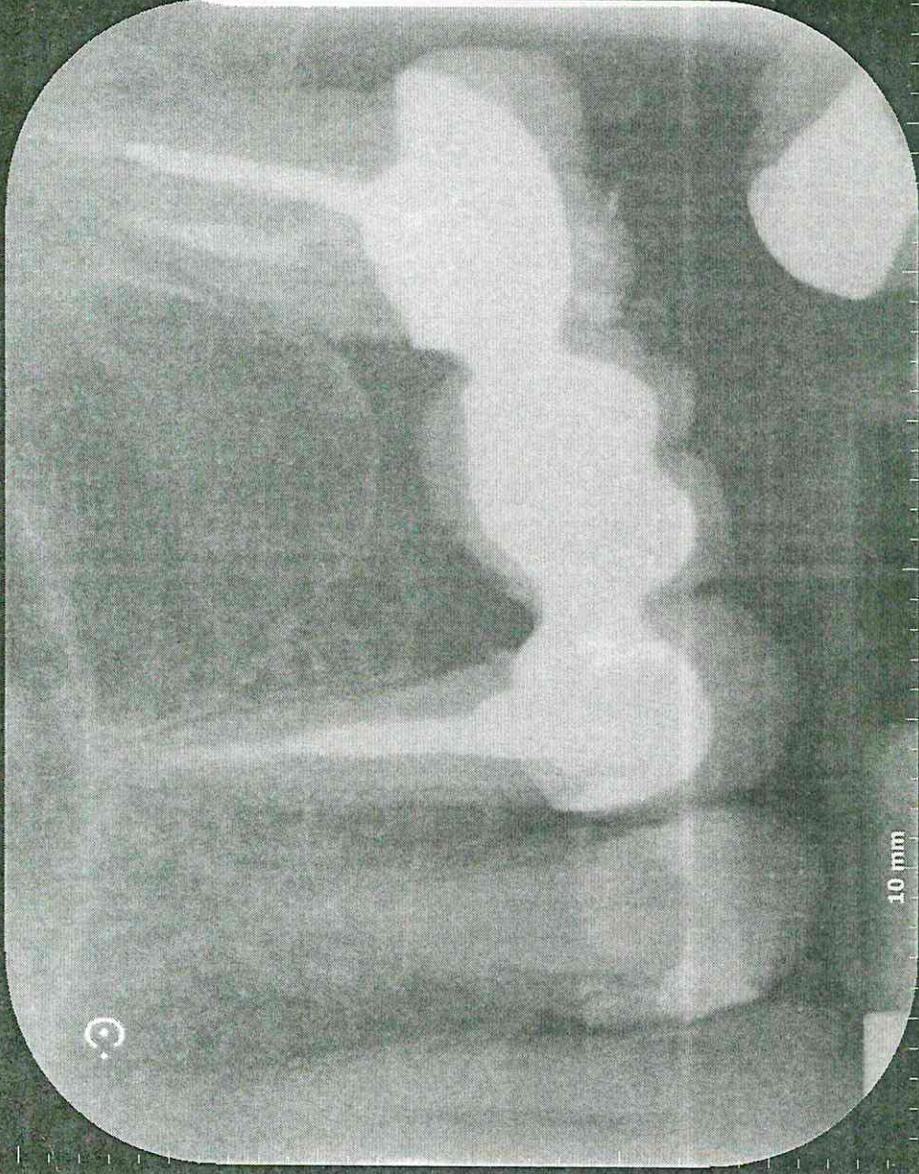
lografia Panorámica



Identificación:

Remite: Dr (a).

Fecha Estudio 10-07-2019



Clinica Sonría - Galerías  
Av Cll 53 No 25 - 03 Piso 1 Telefono: 358 0424  
Pagina web: [www.sonria.com.co](http://www.sonria.com.co)

DRIGUEZ LOPEZ HUGO

e N: 04-07-1951

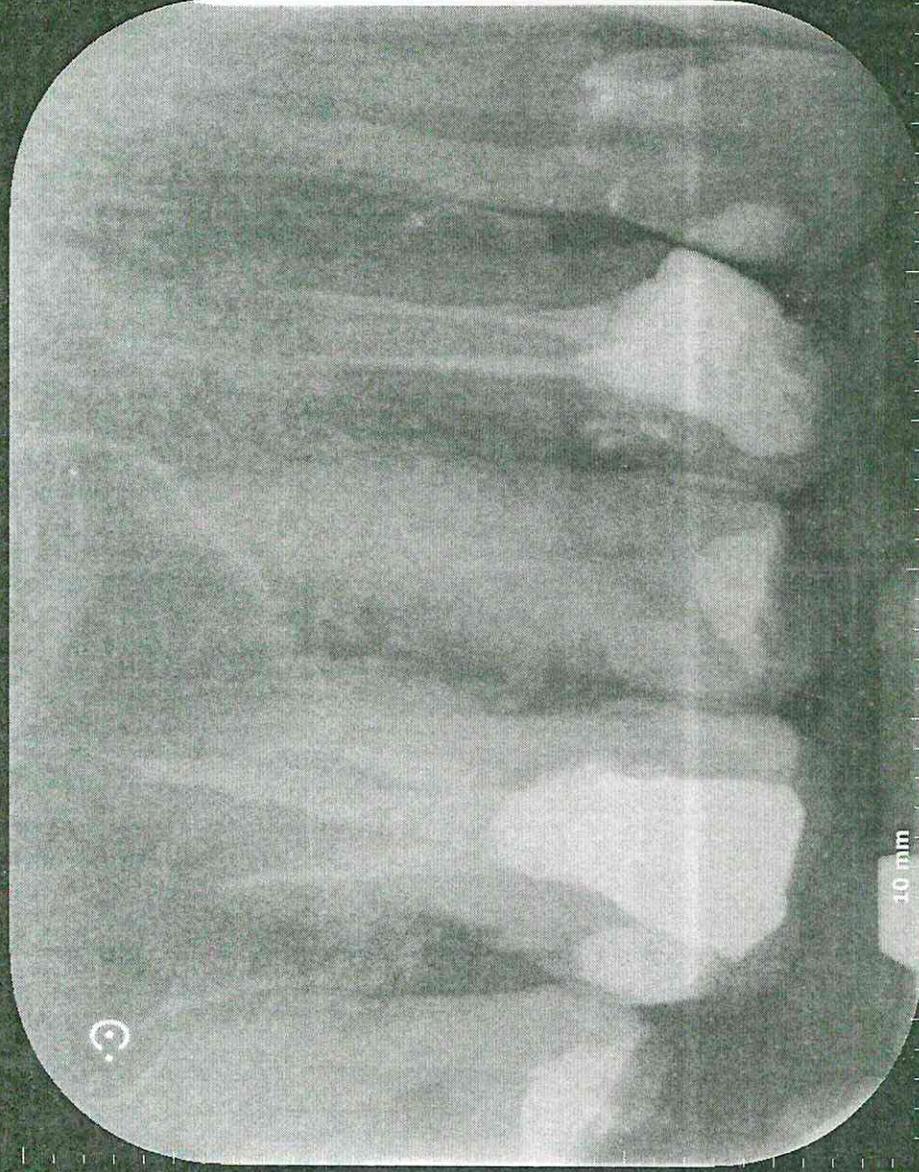
Lografia Panorámica



Identificación:

Remite: Dr (a).

Fecha Estudio 10-07-2019



Clinica Sonria - Galerías  
Av Cll 53 No 25 - 03 Piso 1 Telefono: 358 0424  
Pagina web: [www.sonria.com.co](http://www.sonria.com.co)

DRIGUEZ LOPEZ HUGO

N: 04-07-1951

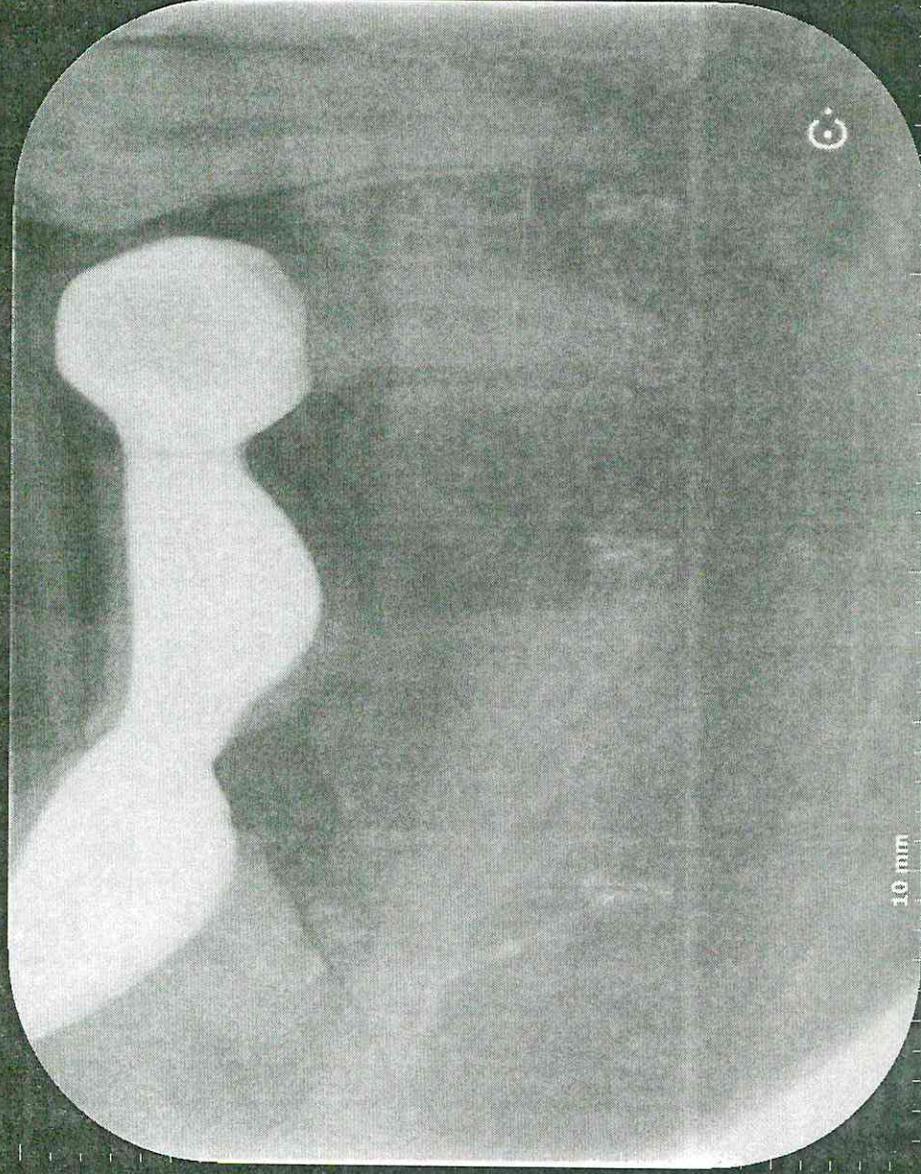
lografía Panorámica



Identificación:

Remite: Dr (a).

Fecha Estudio 10-07-2019



10 mm

Clinica Sonría - Galerías  
Av Cll 53 No 25 - 03 Piso 1 Teléfono: 358 0424  
Página web: [www.sonria.com.co](http://www.sonria.com.co)

DRIGUEZ LOPEZ HUGO

Identificación: N: 04-07-1951

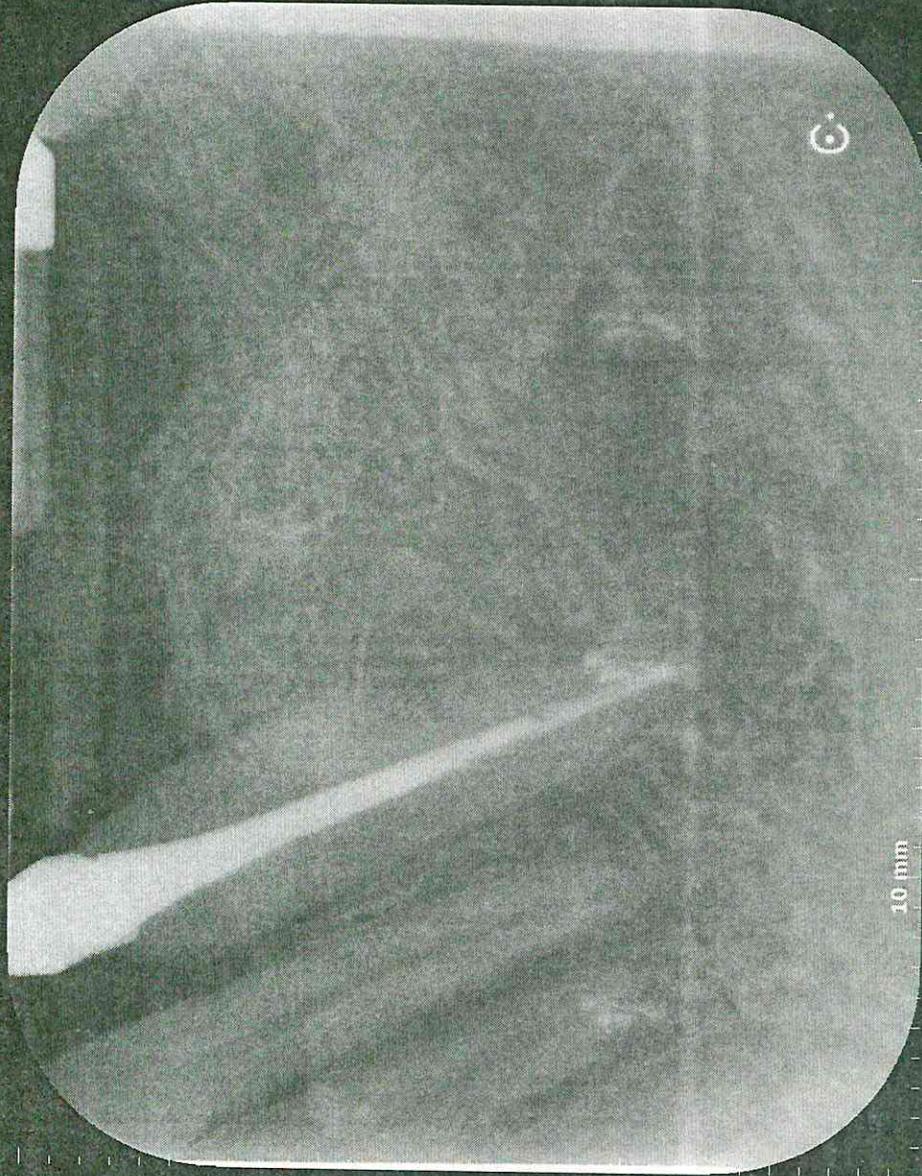
Diografía Panorámica



Identificación:

Remite: Dr (a).

Fecha Estudio 10-07-2019



Clinica Sonria - Galerías  
Av. Cll 53 No 25 - 03 - Piso 1 Teléfono: 358 0424  
Pagina web: [www.sonria.com.co](http://www.sonria.com.co)

DRIGUEZ LOPEZ HUGO

N: 04-07-1951

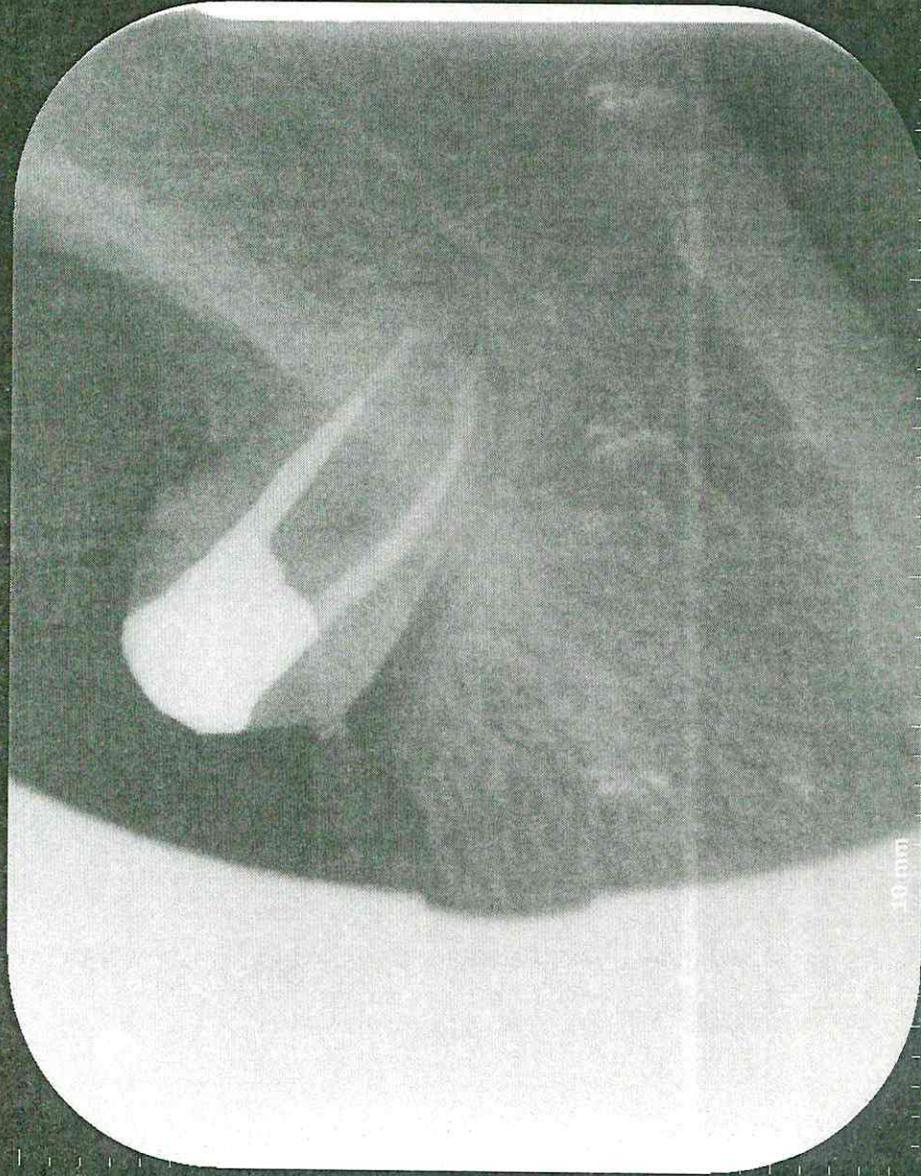
lografia Panorámica



Identificación:

Remite: Dr (a).

Fecha Estudio 10-07-2019



Clinica Sonría - Galerías  
Av Cll 53 No 25 - 03 Piso 1 Teléfono: 358.0424  
Pagina web: [www.sonria.com.co](http://www.sonria.com.co)

 <b>Sonría</b> El poder de tu sonrisa	Clínicas Científicas Odontológicas Sonría
	LISTA DE CHEQUEO PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y APLICACIÓN DE ANESTESIA

LISTA DE CHEQUEO PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y APLICACIÓN DE ANESTESIA EN ODONTOLOGÍA

Fecha: 17/09/19  
 Nombre de Usuario: Hugo Rodriguez  
 Documento: \_\_\_\_\_

ITEM	S	NO	OBSERVACIONES
<b>1. IDENTIFICACIÓN</b>			
1.1. Se ha confirmado la identidad del paciente.	X		
1.2. Se tiene ubicado el consultorio dispuesto con unidad odontológica, iluminación, succionador, instalación de agua, aire, funcionamiento de las soldas de aire para la pieza de alta y de baja, negatoscopio.	X		
1.4. Se tiene claramente definido los conceptos descritos en el manual de bioseguridad, lavado de manos, asepsia, esterilización.	X		
1.3. Se tiene disponible la historia clínica	X		
1.4. Se cuenta con consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos.	X		
1.5. Se cuenta con consentimiento informado para anestesia local.	X		
1.6. Se ha confirmado la realización del procedimiento.	X		
1.7. El paciente presenta alergias conocidas.			
1.8. Presenta alguna condición patológica sistémica y esta controlada.			
1.9. El paciente que ha sido premedicado ha dado cumplimiento con la toma del medicamento			
<b>2. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO</b>			
2.1. Se cuenta con el recurso humano idóneo y suficiente.	X		
2.2. Se ha definido y revisado los posibles riesgos y complicaciones.	X		
2.3. Se cuenta con el instrumental suficiente y adecuado	X		
2.4. Se cuenta con los materiales suficientes y artefactados.	X		
<b>3. POSTOPERATORIO</b>			
3.1. Se ha dejado escrito claramente el procedimiento en la historia clínica, incluyendo las complicaciones presentadas y los posibles riesgos con firma y sello del profesional.	X		
3.2. Se han prescrito los medicamentos.	X		
3.3. Se le ha suministrado al paciente recomendaciones y cuidados postoperatorios	X		
3.4. Se ha definido el manejo postoperatorio (cita control).	X		
3.5. Se ha hecho seguimiento al riesgo presentado	X		

NOMBRE RESPONSABLE VERIFICACIÓN:

Dr. Miguel Escobar M.  
 Cirujía Bucal Maxilofacial  
 R.M. 122.278  
 P.H.S.

C: Cumple  
 NC: No cumple



Programa de Farmacovigilancia

Formato Control 5 correctos



Nombre paciente:

Abego Rodriguez

Fecha de Administración:

17/09/19

5 CORRECTOS	MEDICAMENTO										
	ELONJURO DE SODIO Suero fisiológico	PRILCICINA Anestesia Simple	TRICLORINA MONOHIDRATO Anestesia con Epinefrina al	LEOCARINA Anestesia Spray	BENZOCAINA Anestesia típica sabores	YODOPIRIVINE PIRROLIDONA Iodopir	ALBATO DE POTASIO Dolip K	PERFUNDIO HIPOFENO Agua Oxalacida	CLORHEXINA BICLONATO Clorhexol	ATROPIOL ETILICO Atropol Ambrulico	PETROLATO BLANCO Vaselina
Usario correcto:											
Medicamento correcto:											
Dosis correcta:											
Hora correcta:											
Via correcta:											

Firma Profesional (cc y sello)

*Dr. Miguel Escobar*  
C.R. 12.412.78

Bogotá D.C., 19 de julio de 2019

DGC-2815515-2019

Señor:

**HUGO RODRIGUEZLOPEZ** 19175668  
**CARRERA 74 n 44-29 SUR PORTERIA 2, INT 16, Apto 347**  
**Lago de Timiza**  
**Bogotá Cundinamarca**

**Asunto:** Respuesta a reclamación.

Respetado Señor:

Reciba un cordial saludo.

Dando respuesta a la solicitud radicada por Usted en días pasados, le informamos que su caso ha sido analizado con base en su historia clínica y las ayudas diagnósticas que en ella se encuentran y la valoración clínica realizada el pasado 10-7-19.

Se ha definido realizar el cambio de la prótesis fija superior derecha de los dientes 15 a 17, la cual será asumida por Sonría.

A nivel del diente 47, usted desde el inicio presentaba una lesión apical, por lo cual se procedió a realizar el tratamiento de conducto, este tratamiento se encuentra funcional, sin embargo, observamos que esta lesión permanece en las mismas condiciones iniciales, encontramos también que se está presentando una inflamación a nivel del ligamento periodontal de este molar, por lo cual se procederá a realizar unos provisionales, los cuales serán asumidos por Sonría.

Es necesario que se realice un mantenimiento periodontal, el cual debe ser asumido por Usted, posterior a esto se mantendrá en control clínico y radiográfico aproximadamente por 3 meses para ver la evolución de este molar y poder definir la conducta a seguir.

*"Para sonría lo más importante es la salud oral de sus pacientes, por eso trabajamos día a día con los mejores profesionales y dispuestos a brindar la mejor calidad en nuestros tratamientos"*

Cordialmente,

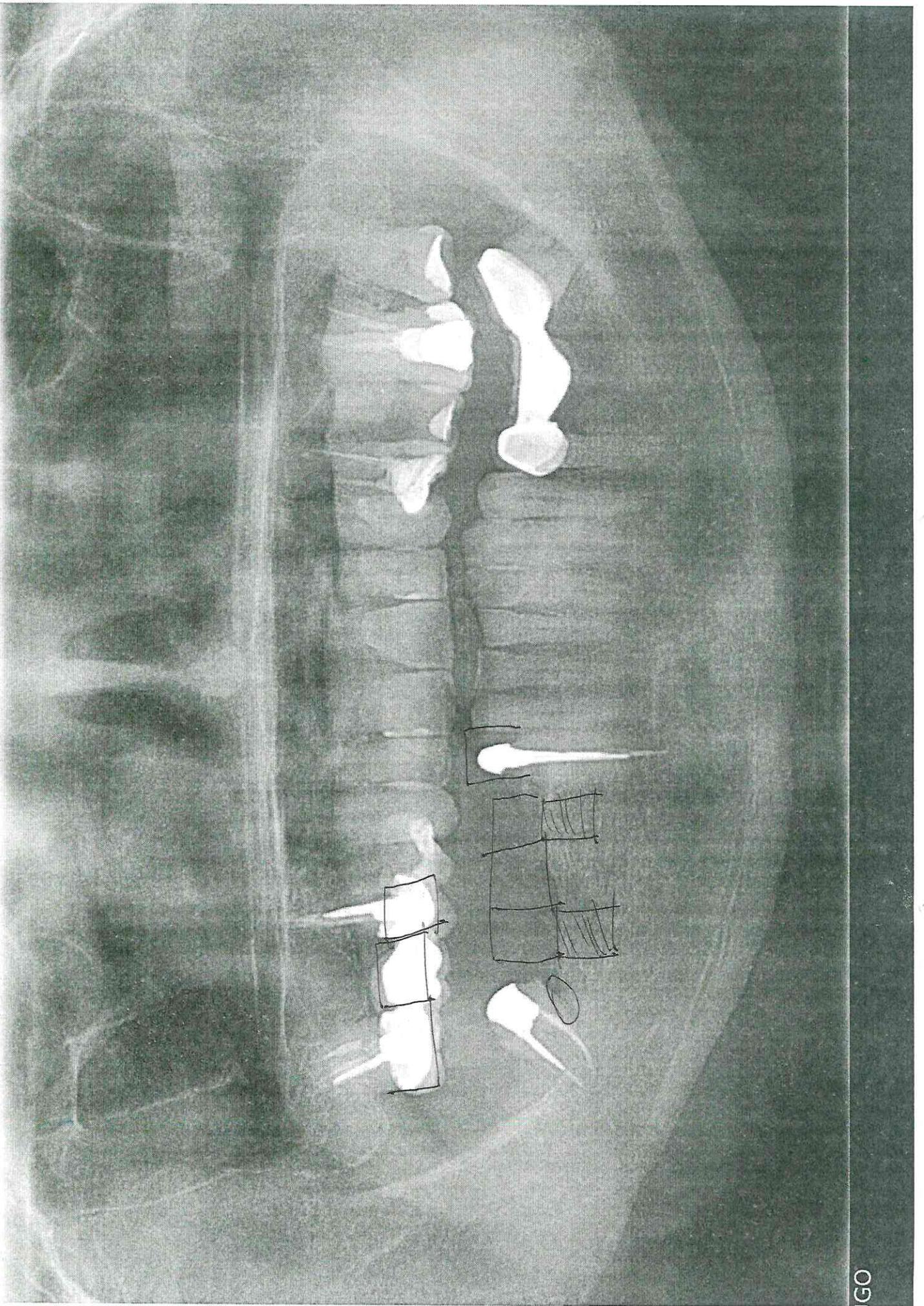
*Fiorella Gómez Silva*

**FIGRELLA GÓMEZ SILVA**

Coordinador de Calidad

Gerencia Científica

**Clínicas Científicas Odontológicas Sonría**



Ciudad: Bogotá Fecha: \_\_\_\_\_  
 Clínica Origen: Plaza de las Américas  
 Clínica Destino: Techo

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: Hugo Rodríguez Lopez  
 Tipo de documento: CC Numero: 19173568  
 Tarjeta Numero: 18-11655

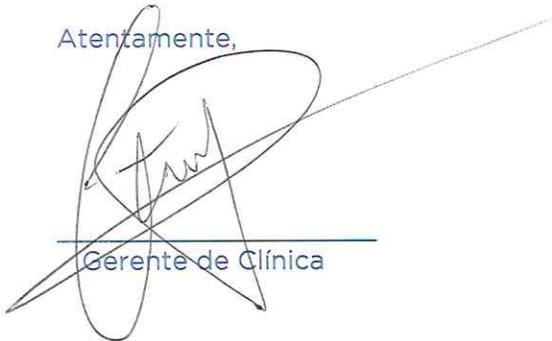
**DOCUMENTACION RELACIONADA**

	NO	SI
Formato Traslado de Historia Clínica	_____	<u>/</u>
Paquete Radiológico	_____	<u>/</u>
Cefalómetro	<u>/</u>	_____
Radiografía Panorámica	_____	<u>/</u>
Juego Periapical	<u>/</u>	_____
Estudio Fotográfico	<u>/</u>	_____
Modelos de Estudio	<u>/</u>	_____
Estado de Cuenta	_____	<u>/</u>
Epicrisis de atención odontológica	<u>/</u>	_____

**SALDO A FAVOR** \$2.415

Agradeciendo su atención y colaboración.

Atentamente,



\_\_\_\_\_  
Gerente de Clínica

Bogotá D.C., 4 de julio de 2019

DGC-2815515-2019

Señor:

**HUGO RODRIGUEZ LOPEZ**

**CARRERA 74 n 44-29 Sur, Int 16, Apto 347, Barrio Lago Timiza**

Bogotá-Cundinamarca

**Asunto:** Respuesta a solicitud de citación y fecha para conciliación.

Respetado Señor:

Reciba un cordial saludo.

Dando respuesta a la solicitud radicada por Usted en días pasados queremos informarle que se ha realizado un análisis de su caso con base en la historia clínica, las ayudas diagnosticas que se encuentran en ella y los soporte aportados por Usted, encontrando que los procedimientos fueron realizados bajo los protocolos establecidos para el tratamiento realizado.

Teniendo en cuenta los registros realizados por los profesionales de la clínica Marlon Becerra, evidenciamos que reportan que las protesis parciales fijas de 15 17 y de 43 a 47 realizadas en Sonría se encuentran adaptadas; reportan algunos hallazgos clínicos que no son causados por el tratamiento realizado si no por su oclusión. De hecho, tal y como se reporta en estos documentos, no se programó el cambio de ninguna de esta protesis, evidenciando estabilidad y adaptación de las mismas.

A pesar de lo anterior, debido a su inconformidad y al reporte de desalojo de una de las protesis y teniendo en cuenta que para Sonría lo más importante es su salud oral, queremos invitarlo a una valoración clínica en la sede de Galerías Calle 53 N 25-03, Teléfono: 3580424 el próximo miércoles 10 de julio de 8:00 a 11:30; quedamos a la espera de su confirmación.

Una vez tengamos esta valoración, procederemos a definir la conducta a seguir.

*"Para sonría lo más importante es la salud oral de sus pacientes, por eso trabajamos día a día con los mejores profesionales y dispuestos a brindar la mejor calidad en nuestros tratamientos"*

Cordialmente,

*Fiorella Gomez Silva*

**FIGRELLA GÓMEZ SILVA**

Coordinador de Calidad

Gerencia Científica

**Clínicas Científicas Odontológicas Sonría**

Bogotá. D.C., \_\_\_\_\_ de marzo, 2019

Señores

**SONRIA CLINICAS ODONTOLOGICAS**

Sede Plaza de las Américas

Cra. 71 # 06 – 94 LC 1

Bogotá

**Asunto:** Solicitud copia de Historia Clínica del señor **HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ**

Con todo respeto me dirijo ante esta entidad clínica odontológica, con el fin de solicitar me sea expedida una copia de la Historia Clínica a nombre del señor **HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ** identificado con cedula de ciudadanía No. 19.175.668 de Bogotá, la cual reposa en los archivos de esta entidad; la cual es requerida de mi parte con fines personales.

Agradezco su amable atención y oportuna respuesta a mi solicitud.

Cordialmente,

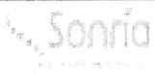


**HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ**

C.C. 19.175.668 de Bogotá

Teléfono: 310 265 03 87

Correo electrónico: hugorodri510@gmail.com

	<b>CONTRATO DE ODONTOLOGÍA GENERAL</b>	Código:	GVFR020
		Versión:	1
		Fecha Emisión:	15/02/07

### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS GENERALES

**Número del Contrato:** 18-9680  
**Contratista:** INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S  
**Representante Legal:** JUAN CARLOS GIRALDO CERQUERA  
**Identificación:** CC 7691109  
**Número Identificación Tributaria (NIT):** 830108482  
**Domicilio Entidad:** C RA 71 O 6 -94 L C 1129  
**Contratante (Paciente):** HUGO RODRIGUEZ LOPEZ  
**Identificación Paciente:** CC 19175668  
**Domicilio Paciente:** CRA 74 # 44-29  
**Teléfono Paciente:** (310) 2650387  
**Representante Legal Paciente:**  
**Domicilio Representante Legal:**  
**Teléfono:**  
**Número de Orden (Historia Clínica):** 19175668  
**Domicilio del Contrato:** EL ENCANTO

Entre los suscritos a saber: por una parte INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S, quien en adelante y para todos los efectos de éste contrato se denominará simplemente LA CLÍNICA, y por la otra, HUGO RODRIGUEZ LOPEZ Con Documento de Identificación No. CC 19175668 quien se ha identificado como EL PACIENTE, hemos acordado celebrar el presente contrato de prestación de servicios odontológicos, que se regirá por las siguientes Cláusulas: CLAUSULA PRIMERA. OBJETO. LA CLÍNICA se obliga para con el PACIENTE a prestarle en forma profesional los servicios de odontología, de conformidad con los precios, condiciones, términos y cantidades que se determinan en éste contrato, y eventuales anexos que durante su ejecución y desarrollo se acuerden.

Código	Descripción	Zona	Ubic.	Valor
E03	EN DIENTES MULTIRRADICULARES	Diente	16	\$ 396,270
E03	EN DIENTES MULTIRRADICULARES	Diente	47	\$ 396,270
R96	NUCLEOS INDIRECTOS	Diente	17	\$ 218,875
R96	NUCLEOS INDIRECTOS	Diente	43	\$ 218,875
R69	CORONA CERAMCO-ARGELOY PLUS	Diente	17	\$ 662,320
O06	OBTURACION DE 2 SUPERFICIES	Diente	12	\$ 113,900
O06	OBTURACION DE 2 SUPERFICIES	Diente	21	\$ 113,900
R69	CORONA CERAMCO-ARGELOY PLUS	Diente	44	\$ 662,320
R69	CORONA CERAMCO-ARGELOY PLUS	Diente	15	\$ 662,320
P01	REMOCION CALCULOS SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE	Cuadrante	1	\$ 78,625
O06	OBTURACION DE 2 SUPERFICIES	Diente	11	\$ 113,900
E01	EN DIENTES UNIRRADICULARES	Diente	43	\$ 217,005
R96	NUCLEOS INDIRECTOS	Diente	15	\$ 218,875
R69	CORONA CERAMCO-ARGELOY PLUS	Diente	43	\$ 662,320
R69	CORONA CERAMCO-ARGELOY PLUS	Diente	47	\$ 662,320

E01	EN DIENTES UNIRRADICULARES	Diente	15	\$ 217,005
R96	NUCLEOS INDIRECTOS	Diente	47	\$ 218,875
R69	CORONA CERAMCO-ARGELOY PLUS	Diente	45	\$ 662,320
R69	CORONA CERAMCO-ARGELOY PLUS	Diente	46	\$ 662,320
R69	CORONA CERAMCO-ARGELOY PLUS	Diente	16	\$ 662,320
O06	OBTURACION DE 2 SUPERFICIES	Diente	22	\$ 113,900
O028	OBTURACION DE 1 SUPERFICIE PROMO	Diente	13	\$ 45,700
O028	OBTURACION DE 1 SUPERFICIE PROMO	Diente	23	\$ 45,700

LA CLINICA ofrece la posibilidad de diferir el pago del tratamiento en un número de cuotas, lo cual no guarda relación directa con la duración del tratamiento. EL tiempo definitivo del tratamiento será el que resulte del avance y progreso particular de cada paciente. El odontólogo se reserva el derecho de determinar cualquier cambio en el plan de tratamiento, que a su juicio técnico se requiera para conseguir los objetivos del procedimiento. Si el tratamiento logra los objetivos propuestos en menor tiempo el paciente deberá cancelar el saldo pendiente. CLAUSULA SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL PACIENTE. Serán obligaciones a cargo del PACIENTE y en pro de la correcta ejecución del tratamiento, las siguientes: a) Cancelar, en debida forma y de conformidad las cuotas acordadas en su plan de pagos, así como los costos de los tratamientos o procedimientos adicionales que sean señalados como indispensables o necesarios por parte del profesional, LA CLÍNICA o su representante durante toda la ejecución del tratamiento. b) Asistir cumplidamente a las citas programadas por LA CLÍNICA, advirtiendo que el incumplimiento de 3 citas seguidas, LA CLINICA de manera unilateral podrá suspender el tratamiento. La inasistencia a las citas programadas, el cuidado inadecuado del tratamiento o la complejidad del caso, comprometen la evolución y avance del tratamiento, lo que conlleva controles adicionales de los cuales el paciente debe asumir su costo de acuerdo al valor vigente en su momento. c) Cumplir con las instrucciones de higiene oral y el uso adecuado de cepillos, seda dental, enjuagues y recomendaciones otorgadas por el Odontólogo. d) Hacer uso adecuado de acuerdo a instrucciones del odontólogo de los elementos que requiera de la colaboración del paciente para el correcto desempeño del tratamiento. e) Cumplir con las remisiones de interconsulta medica- odontológica, además de los exámenes o ayudas diagnosticas que sean ordenadas por el odontologo. f) Avisar oportunamente a LA CLÍNICA su imposibilidad de asistir a las consultas programadas como parte del tratamiento. Dicha inasistencia no lo exonera de cumplir con el pago de las cuotas señaladas de acuerdo a su plan de pagos. g) Asumir el costo de los daños ocasionados por culpa negligencia o imprevisión del paciente. h) Tratar siempre de forma respetuosa y amable al personal de LA CLÍNICA. i) Informar a la clínica cuando identifique o se presente cualquier situación que pueda afectar el desarrollo de su tratamiento j) Informar de manera oportuna y veraz a LA CLÍNICA, acerca de sus antecedentes médicos, así como del conocimiento que posea sobre alergias, enfermedades congénitas o desarrolladas o adquiridas con anterioridad al comienzo del tratamiento, e incluso en desarrollo del mismo. CLAUSULA TERCERA. OBLIGACIONES DE LA CLÍNICA. Serán obligaciones a cargo de la CLÍNICA, a favor del PACIENTE contratante, las siguientes: LA CLINICA dispondrá de los medios humanos, técnicos a su disposición para llevar a cabo el tratamiento, sin embargo el resultado del mismo dependerá de condiciones de salud propias del paciente, factores como la higiene oral, autocuidado, cumplimiento de las recomendaciones y asistencia a las citas programadas, a prestar, los servicios a que se refiere la cláusula primera del contrato, en condiciones de calidad, competencia, capacidad y técnicas apropiadas y requeridas. PARÁGRAFO PRIMERO. Las obligaciones médico-odontológicas a cargo de LA CLÍNICA, en todo caso se entienden como de medio y no de resultado. CLAUSULA CUARTA. VALOR DEL CONTRATO. El valor estimado del presente contrato, conforme al diagnóstico inicial, se ha determinado en la suma de:

NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS VENTISEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE.(\$9,426,500):

VALOR TOTAL CONTRATO:	\$9,426,500
DESCUENTO AUTORIZADO:	14.86%
VALOR NETO DEL CONTRATO:	\$8,026,235

PARÁGRAFO PRIMERO. Los anteriores valores, se proyectan y encuentran definidos según el plan de pagos escogido voluntariamente por el paciente. PARÁGRAFO SEGUNDO: El Paciente se obliga para con LA CLÍNICA a cancelar los costos y valores adicionales que se ocasionen por procedimientos, sub-procedimientos, ayudas diagnosticas y aparatología que sean necesarios y consienta autorizar que se le realicen, conforme a los precios vigentes al momento de la decisión, sean consecuenciales o no al diagnóstico inicial. Como también ayudas diagnósticas de control cuando el especialista lo estime conveniente. CLAUSULA QUINTA. FORMA DE PAGO. El PACIENTE se obliga

para con LA CLÍNICA a cancelar el precio total del valor neto del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO. El pago programado se hará conforme a lo acordado, y en caso de pactarse cuotas periódicas para cada una de las citas, el pago se debe realizar antes del comienzo de cada cita a la que EL PACIENTE deba asistir, conforme al procedimiento e instrucciones informadas por LA CLÍNICA. PARÁGRAFO SEGUNDO. El monto total del contrato podrá ser cubierto por el PACIENTE de manera anterior al inicio del tratamiento. PARÁGRAFO TERCERO. Superado el tiempo estimado para la ejecución del contrato por causas imputables al paciente, se realizará una nueva valoración con un nuevo presupuesto a las tarifas vigentes en el momento. PARÁGRAFO CUARTO. Si el tratamiento por su evolución y desarrollo se finaliza antes del tiempo estimado, el paciente deberá cancelar el valor insoluto del precio acordado. De igual manera si el tratamiento se extiende a un tiempo mayor del pactado por causas imputables al paciente como inasistencias, falta de higiene oral, o por la complejidad del tratamiento, el paciente deberá cancelar los procedimientos o subprocedimientos que se originen de esta situación así como también los procedimientos o subprocedimientos que hayan sido realizados pero por el tiempo transcurrido o la falta de cuidado por parte del paciente se deban realizar nuevamente PARÁGRAFO QUINTO. Queda entendido que si durante la ejecución de este contrato el paciente opta por cualquier modalidad de pago distinta al pago en efectivo, financiación o mediante tarjetas de crédito, y avisa el desistimiento de la modalidad de pago escogida y escoge otra, serán de su entero cargo los costos que ocasione el servicio financiero prestado para atender su necesidad crediticia, entre otros; la solicitud elaboración, la confirmación y aprobación de las respectivas garantías del eventual crédito. Sí el paciente utiliza algún medio de financiación, EL PACIENTE acepta desde ya que la CLÍNICA no tiene ninguna inherencia o responsabilidad en el mismo, y que es de entera responsabilidad del PACIENTE el pago de seguros, fondos, intereses y demás emolumentos causados por el uso de cualquier sistema de financiación. CLAUSULA SEXTA. LUGAR DE PAGO. El valor del presente contrato será pagado por el PACIENTE, o por quien él autorice, en las cajas que para este efecto tenga dispuestas LA CLÍNICA. LA CLÍNICA no es responsable, en ningún caso, y bajo ningún concepto por los pagos efectuados por el PACIENTE o quien éste disponga, que se efectúen en lugares distintos de las cajas de LA CLÍNICA. Y es su obligación exigir y recibir el correspondiente recibo de caja que será expedido de inmediato conforme a los procedimientos establecidos para tal efecto en LA CLÍNICA

CLAUSULA SÉPTIMA. DURACIÓN. El término de duración del presente contrato es indeterminado, no obstante se podrá ser estimado de acuerdo al Plan escogido por el paciente así como por la COMPLEJIDAD del tratamiento, el desarrollo del mismo y el seguimiento del paciente de las instrucciones entregadas por el profesional. CLAUSULA OCTAVA. COBERTURA DEL SERVICIO. LA CLÍNICA se obliga a cumplir con los servicios contratados con sujeción al presente contrato y/o los adicionales que se celebren por escrito. CLAUSULA NOVENA SERVICIOS ADICIONALES. Todo servicio adicional que se requiera y surja con ocasión del desarrollo del tratamiento será objeto de un nuevo contrato, instrumento que será parte integral del presente y se entiende aceptado con su suscripción por EL PACIENTE. PARÁGRAFO PRIMERO. En el caso que por el tipo de tratamiento requiera la programación de citas de control o mantenimiento el valor corresponderá a los procedimientos que se realicen durante estas citas y estos procedimientos deberán ser asumidos por el paciente. CLAUSULA DÉCIMA. TERMINACIÓN DEL CONTRATO. Además de su expiración natural por la terminación del tiempo estimado al iniciar el contrato o la ejecución del servicio, LA CLÍNICA se reserva la facultad de terminación unilateral de este contrato en algunas de las siguientes circunstancias: a) Cuando se presente en el PACIENTE una deficiente higiene oral que impida continuar con el tratamiento de manera normal, sustentada en la valoración clínica del profesional tratante. b) Cuando el PACIENTE no asista de manera continua a por lo menos (3) tres citas programadas como parte del tratamiento de manera injustificada; inasistencias que impidan continuar con el tratamiento de manera normal y/o comprometan el resultado del mismo. c) Cuando el paciente se encuentre en mora de cancelar algún procedimiento de los procedimientos o subprocedimientos realizados o cuotas pactadas. d) Cuando el paciente deje de asistir a las citas programadas por un lapso igual o mayor a 60 días calendario luego de la última cita cumplida o de las programadas de común acuerdo por vía telefónica o a través de cualquier medio. e) Cuando se evidencie manipulación de la aparatología usada en el tratamiento o atención de un tercero o del paciente. f) cuando trascurren 6 meses a la firma del contrato y el paciente no inicie. g) cuando habiendo iniciado el tratamiento el paciente tenga una inasistencia no justificada de 6 meses a partir de la última fecha de atención PARÁGRAFO PRIMERO. La terminación unilateral del contrato por parte de LA CLÍNICA, no exoneran al PACIENTE del pago de los servicios que hasta la fecha se le hayan prestado. PARÁGRAFO SEGUNDO. La terminación unilateral del contrato por parte de LA CLÍNICA da lugar a la aplicación de la cláusula penal (20% del saldo sin ejecutar) . Sí pasados 12 meses calendario después de presentada cualquier causal de terminación unilateral, el paciente no reclama los valores pagados a Clínica, dichos valores expiraran y no serán sujetos de devolución. CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA. ESTIMACIÓN ANTICIPADA DE PERJUICIOS. Si el paciente habiendo firmado este contrato, lo termina unilateralmente, de manera expresa o tácita, independiente de los avances del tratamiento, pagará a LA CLÍNICA a título de pena como valor anticipado de los perjuicios causados el VEINTE POR CIENTO (20%) del valor del saldo sin ejecutar del tratamiento, perjuicios originados en los gastos operativos y costos administrativos en que incurre LA CLÍNICA en su atención, entre otros el valor de los materiales, gastos administrativos, laboratorios y otros elementos usados en el (los) respectivo (s) tratamiento (s) y/o procedimiento (s). Este contrato se entiende terminado unilateral y tácitamente por EL PACIENTE, cuando deja de asistir a las citas y/o controles programados durante un lapso superior a 60 días calendario, termino contado desde la fecha de la última cita cumplida y evolucionada en la historia clínica. así mismo se entiende la terminación del contrato, cuando el paciente expresamente lo solicita por cualquier causa, en tal caso opera el pago de la cláusula penal. EL PACIENTE declara que ha leído, entendido esta estipulación y renuncia de manera expresa a cualquier tipo de requerimiento judicial o extrajudicial para su efectividad. La aplicación de esta pena es independiente de las demás acciones que LA

CLÍNICA podrá promover en caso de que los perjuicios sean de mayor valor; se hace efectiva y opera automáticamente. CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA. GARANTÍAS DEL SERVICIO. En la prestación de servicios en el que el prestador tiene una obligación de medio y no de resultado.

I. EN IMPLANTES: El implante tiene garantía de 10 años, contado a partir de la colocación del tornillo en boca, esta garantía solo podrá hacerse efectiva cumpliendo con lo siguiente, es obligación del paciente culminado el proceso de rehabilitación, continuar con los controles de su (s) implante (s) cada seis (6) meses o por el tiempo que conforme a prescripción del profesional tratante, sea necesario, además de las siguientes condiciones: 1).Que asista, una vez colocado el implante o implantes, a los controles previstos, para este tipo de tratamientos a los ocho (8) días calendario siguientes a la colocación del implante o implantes. 2).Que asista a un segundo control, al mes siguiente (30 días calendario), contado desde la fecha de colocación del implante o implantes. 3).Que inicie el proceso de rehabilitación, a más tardar dentro de los (6) meses (180 días calendario), posteriores a la colocación del implante, periodo en el cual se espera que el proceso de oseointegración del implante haya sido exitoso (es decir, que el paciente no haya presentado rechazo fisiológico), que haya mantenido excelentes hábitos de higiene oral, que no fume ni consuma sustancias psicoactivas de ningún tipo. 4).Que una vez rehabilitado asista a las citas de control y mantenimiento por lo menos una vez al año. II. EN REHABILITACION SOBRE IMPLANTES: En el caso de los implantes, existen condiciones no previsible o cambios en las condiciones clínicas del paciente posterior al inicio del tratamiento, lo que puede generar variaciones, adiciones o modificaciones al plan de tratamiento contratado, relacionadas con la necesidad de usar aditamentos diferentes a los contratados, estas modificaciones que generen un valor adicional deberán ser asumidas por el paciente. El paciente debe asistir a sus controles a los 8 días, al mes, a los tres meses y posteriormente cada año III. Las regeneraciones óseas, los injertos de hueso y membrana y/o procedimientos adicionales relacionados con estos, son adicionales al tratamiento contratado. Estos insumos son sensibles a su eventual aceptación o rechazo fisiológico por el organismo humano. El resultado final de la regeneración no es previsible por lo cual, un paciente podrá requerir una o más regeneraciones óseas, estas deberán ser asumidas por el paciente, dada la naturaleza de alta complejidad de la eventual oseointegración de tales insumos; existen casos en que para lograr la rehabilitación de los implantes se requieren de aditamentos o elementos que no se encuentran en la oferta de sonría y para los cuales se debe acudir a casas comerciales y proveedores diferentes a los manejados por la compañía, en estos casos el paciente asumirá el 100% del valor de estos elementos adicionales. III. EN REHABILITACION CONVENCIONAL, ODONTOLOGIA GENERAL Y RETENEDORES: a) En Prótesis Total tendrá una garantía de 6 meses, contados desde la entrega al paciente; Este último deberá asistir después de terminado el tratamiento a los siguientes controles: primer control, ocho (8) días posteriores a la entrega final del trabajo, Segundo Control al mes (1) siguiente de la fecha de entrega final del trabajo. b) En Prótesis parcial removible (estructura metálica), tendrá una garantía de 6 meses, contados desde la entrega al paciente, Este último deberá asistir después de terminado el tratamiento a los siguientes controles: primer control (8) ocho días posteriores a la entrega final del trabajo, Segundo Control a los tres (3) meses posteriores a la entrega final del trabajo. c) En Prótesis Fija, tendrá una garantía de 12 meses, contados desde la entrega al paciente. Este último deberá asistir a controles así: Primer control a los ocho (8) días posteriores a la entrega final del trabajo. Segundo Control a los seis (6) meses posteriores a la entrega final del trabajo o terminación de tratamiento. d) En Prótesis Flexident, tendrá una garantía de 12 meses, contados desde la entrega al paciente, Este último deberá asistir a controles así: Primer control a los ocho (8) días posteriores a la entrega final del trabajo. Segundo Control a los seis (6) meses posteriores a la entrega final del trabajo o terminación de tratamiento. e) En operatoria, el paciente deberá seguir las instrucciones y recomendaciones dadas por la clínica. f) Las prótesis mucosoportadas o prótesis transicionales, en el entendido que son tratamientos intermedios no tienen garantías. g) En los aclaramientos dentales (blanqueamientos), el grado de aclaramiento es particular dependiendo del caso, y su conservación depende de los hábitos de cuidado del paciente y el seguimiento de las recomendaciones dadas por LA CLÍNICA, por lo cual sobre los mismos no hay garantías. h) los retenedores tendrán una garantía de 1 mes, contados desde la fecha de entrega al paciente, los mismos requieren de un adecuado uso y cuidado por parte del paciente, es indispensable el seguimiento a las recomendaciones dadas por la clínica, y la asistencia a los controles de retenedor

al mes, tres meses y posteriormente cada año. PARAGRAFO. Todas las garantías están sujetas al estudio técnico científico de cada caso en particular y solo podrán hacerse efectivas cumpliendo con las condiciones anteriormente señaladas. CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. MODIFICACIONES. Este contrato podrá ser modificado o adicionado por solicitud de alguno de los contratantes, con sujeción a la firma del respectivo acuerdo. CLÁUSULA DECIMA CUARTA. HABEAS DATA.- Conforme a lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1581 de 2012 y su decreto Reglamentario 1377 de 2013, autorizo a la CLÍNICA para que registre y utilice mis datos personales, consignados en la base de datos de pacientes de odontología, y realice el procedimiento de los mismos para, que entre otras acciones, hacer análisis permanentes de información de población atendida, y la entrega de RIPS a órganos de control y vigilancia estatal del sector Salud- Resoluciones 1403 de 2006 y 3374 de 2000; investigación y estudios epidemiológicos; procesos de actualización programación y confirmación de agendas y atención de citas; Envío de información al suscrito acerca de promociones, eventos y campañas de salud oral, cambios o novedades y ofertas de tratamientos y/o productos; evaluación de calidad de los tratamientos y servicios brindados. Me doy por notificado y entiendo que por disposición legal. La información consignada en mi Historia Clínica, a la que alude la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, no debe eliminarse de las bases de datos de SONRÍA. Tampoco los datos que conforman los registros y/o datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), conforme a lo reglamentado en la Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud. Declaro expresamente que he recibido toda la información necesaria completa y veraz de los derechos que me asisten como titular de datos, y acerca del tratamiento que me

será brindado, y de las políticas de protección de datos de CLÍNICAS CIENTÍFICAS ODONTOLÓGICAS SONRÍA. CLAUSULA DÉCIMO SÉPTIMA. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO: EL PACIENTE manifiesta bajo la gravedad de juramento, que se entiende prestado con la suscripción del presente contrato, que los recursos que componen su patrimonio y con los cuales pagará el desarrollo del presente contrato no provienen de lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita. El paciente autoriza expresamente a la CLÍNICA, para que consulte los listados, sistemas de información y bases de datos a los que haya lugar y de encontrar algún reporte, LA EMPRESA procederá a adelantar las acciones contractuales y/o legales que correspondan. CLAUSULA DECIMO OCTAVA. NATURALEZA DEL CONTRATO Y SUS ANEXOS. Éste contrato, sus anexos y los demás documentos que surjan con ocasión y desarrollo del mismo, se entenderán de naturaleza comercial, y los mismos prestarán mérito ejecutivo con sujeción a las normas legales vigentes. CLAUSULA DÉCIMO NOVENA. ACEPTACIÓN. EL PACIENTE declara que ha sido informado con amplitud y claridad por el profesional tratante y/o LA CLÍNICA, acerca de la naturaleza del tratamiento convenido, el alcance del mismo, sus beneficios y los posibles riesgos previsibles de este tratamiento y/o procedimientos contratados con ocasión de este mismo, así como de las reacciones idiopáticas o posibles resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión.

De conformidad con lo anteriormente expuesto, las partes suscriben el presente contrato, en dos ejemplares del mismo tenor y valor, a la fecha 29-09-2018

He leído y entendido el contenido del presente contrato, para esto firmo en señal de aceptación

LA CLÍNICA

EL PACIENTE

*JOHN CARLOS ENRIQUETA*

*X [Firma]*

Representante Legal  
C.C.

C.C. 19175668 B70  
Por Representante Legal ( )

No. Consecutivo: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: Hugo rodriguez

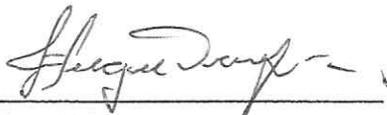
Número de Identificación: 79 175 668

Fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente reconozco y acepto que:

1. SONRIA ofrece servicios odontológicos de acuerdo a las necesidades de cada paciente, y pensando en la salud oral de los colombianos ha dispuesto diversos medios de pago: efectivo, tarjetas débito o crédito, y financiación bancaria.
2. Dichos medio de pago son herramientas independientes a la prestación de servicios odontológicos.
3. Es claro que, con el diligenciamiento de los formatos de la entidad financiera, y al plasmar mi firma y huella, estoy solicitando un crédito con una entidad financiera de manera libre y espontánea. Que no se relaciona de manera directa con Sonría. Por lo tanto reconozco las condiciones, formas y valores de pago con la entidad financiera.
4. Al solicitar tal crédito ante una entidad financiera y con cualquier otro medio de pago, reconozco que SONRIA únicamente es responsable por la prestación del servicio de odontología, por tanto SONRIA está excluida de cualquier reclamación entre el paciente y entidad financiera alguna.
5. Cualquier reclamación con relación a los términos del crédito y forma de pago debe ser dirigida directamente a la entidad financiera.
6. Los términos y condiciones de pago del tratamiento odontológico o el crédito se establecen con la entidad financiera, por tanto no corresponden al término de ejecución del contrato de prestación de servicios odontológicos.
7. Los valores relacionados con la forma de pago o el crédito solicitado y su posible desistimiento, estarán a cargo completa, única y exclusivamente del paciente. Así mismo el paciente deberá reconocer a la entidad financiera los valores acordados con esta, tales como intereses, fondo de garantías, entre otros, así como también los gastos que se hayan generado en el tiempo de gestión de la devolución y otros gastos (transferencias, cambios de moneda y otras transacciones como transferencias bancarias, estos deben ser asumidos por el paciente que solicita el desistimiento.
8. SONRIA al prestar los servicios odontológicos establece desde ya, con cualquier medio de pago, las siguientes políticas:
  - o Clausula penal equivalente al 20% del saldo a devolver \*, en caso de que paciente decline de la ejecución del mismo por causas no imputables a SONRIA.
  - o Pasado un (1) año, después de su última atención, el saldo que haya pagado el paciente y no haya sido utilizado, se vencerá y no será objeto de devolución.
  - o En el caso de ortodoncia que se encuentre en tratamiento y solicite devolución y no continúe su tratamiento en las clínicas de Sonria, se aplica un descuento adicional del 10% del valor de la ortodoncia contratada.
  - o Los contratos de prestación de servicios odontológicos no tienen un tiempo de ejecución determinado, ni corresponden al tiempo de pago o términos de crédito alguno, ya que la ejecución del tratamiento odontológico depende de la evolución del paciente y su respuesta al tratamiento.
  - o El Paciente se obliga para con LA CLÍNICA a cancelar los costos y valores adicionales que se ocasionen por procedimientos, sub-procedimientos y aparatología que sean necesarios y consienta autorizar que se le realicen, conforme a los precios vigentes al momento de la decisión, sean consecuenciales o no al diagnóstico inicial.
9. Toda promoción o beneficio que adquiera el paciente directamente con Sonría debe tener su respectivo soporte escrito, de lo contrario, de no ser demostrable, no podrá ser aprovechado por el paciente.

Acepto que he leído y reconozco los términos aquí señalados y en constancia plasmo mi firma y huella:



Firma Y Cedula Paciente

Firma Responsable



\*Saldo a devolver: es el valor abonado menos el valor de los procedimientos ejecutados.

Señores:

**JUZGADO NOVENO (9) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

E. S. D.

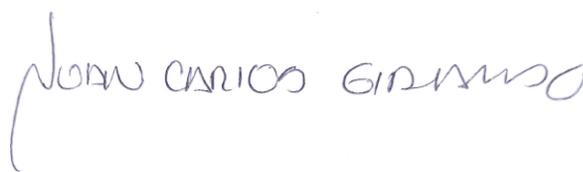
**REFERENCIA:** Proceso Declarativo  
**DEMANDANTE:** HUGO RODRÍGUEZ LÓPEZ.  
**DEMANDADO:** INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.  
**RADICADO:** 1100140030-09-2021-00564-00  
**ASUNTO:** Poder Especial

Respetados señores:

**JUAN CARLOS GIRALDO CERQUERA**, mayor y vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.691.109 de Neiva, actuando en calidad de representante legal de INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S., de manera atenta manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.795.035 de Bogotá y T.P. 108.945 del C.S.J., y a **GERMÁN ANDRÉS CAJAMARCA CASTRO**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 1.015.405.939 de Bogotá abogado inscrito, portador de la tarjeta profesional No. 234.541 del C.S.J, con correos electrónicos [hmedina@mypabogados.com.co](mailto:hmedina@mypabogados.com.co) y [gcajamarca@mypabogados.com.co](mailto:gcajamarca@mypabogados.com.co) respectivamente, para que en nombre de la sociedad que represento actúen, intervengan y lleven hasta su culminación el proceso de la referencia.

Mis apoderados quedan facultados en los términos de los artículos 75 y 77 del Código General del Proceso y en especial quedan habilitados para conciliar, recibir, transigir, desistir y realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,



**JUAN CARLOS GIRALDO CERQUERA**  
C.C. 7.691.109 de Neiva  
REPRESENTANTE LEGAL  
INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.

Aceptamos,



**HÉCTOR MAURICIO MEDINA CASAS**  
C.C. 79.795.035 de Bogotá  
T.P. 108.945 del C.S. de la J.



**GERMÁN ANDRÉS CAJAMARCA CASTRO**  
C.C. 1.015.405.939 de Bogotá  
T.P. 234.541 del C.S. J.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

**CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:**

**NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO**

Razón social: INVERSIONES DAMA SALUD SAS  
Nit: 830.108.482-3 Administración : Direccion  
Seccional De Impuestos De Bogota, Regimen Comun  
Domicilio principal: Bogotá D.C.

**MATRÍCULA**

Matrícula No. 01211895  
Fecha de matrícula: 9 de septiembre de 2002  
Último año renovado: 2021  
Fecha de renovación: 31 de marzo de 2021  
Grupo NIIF: Entidades controladas por Supersalud y Supersubsidio de acuerdo a lo establecido en el decreto 2649 y 2650.

**UBICACIÓN**

Dirección del domicilio principal: Tv 24 No. 54 - 08  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico: [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co)  
Teléfono comercial 1: 3580444  
Teléfono comercial 2: No reportó.  
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Tv 24 No. 54 - 08  
Municipio: Bogotá D.C.  
Correo electrónico de notificación: [notificaciones@sonria.com.co](mailto:notificaciones@sonria.com.co)  
Teléfono para notificación 1: 3580444  
Teléfono para notificación 2: No reportó.  
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

**CONSTITUCIÓN**

Por Escritura Pública No. 0001915 del 14 de agosto de 2002 de Notaría 32 de Bogotá D.C., inscrito en esta Cámara de Comercio el 9 de septiembre de 2002, con el No. 00843609 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada INVERSIONES DAMA SALUD S A.

**REFORMAS ESPECIALES**

Por Escritura Pública No. 0001871 del 23 de octubre de 2002 de Notaría 39 de Bogotá D.C., inscrito en esta Cámara de Comercio el 5 de noviembre de 2002, con el No. 00851490 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de INVERSIONES DAMA SALUD S A a INVERSIONES DAMA SALUD S A Y PODRA UTILIZAR PARA TODOS LOS EFECTOS QUE CONSIDERE NECESARIO EL NOMBRE DE SONRIA CLINICAS DENTALES DE COLOMBIA S A.

Por Escritura Pública No. 0002084 del 6 de agosto de 2008 de Asamblea de Accionistas de Bogotá D.C., inscrito en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2008, con el No. 01234197 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de INVERSIONES DAMA SALUD S A Y PODRA UTILIZAR PARA TODOS LOS EFECTOS QUE CONSIDERE NECESARIO EL NOMBRE DE SONRIA CLINICAS DENTALES DE COLOMBIA S A a INVERSIONES DAMA SALUD S A.

Por Acta No. 36 de la Asamblea de Accionistas, del 27 de febrero de 2015, inscrito el 18 de junio de 2015 bajo el número 01949101 del libro IX, la sociedad de la referencia se transformó de Sociedad Anónima a Sociedad por Acciones Simplificada bajo el nombre de: INVERSIONES DAMA SALUD S.A.S.

Por Acta No. 036 del 27 de febrero de 2015 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 18 de junio de 2015, con el No.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
01949101 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de INVERSIONES DAMA SALUD S A a INVERSIONES DAMA SALUD SAS.

**TÉRMINO DE DURACIÓN**

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

**OBJETO SOCIAL**

La sociedad tendrá como objeto principal la prestación de servicios de salud y de asistencia en diferentes campos; de servicios de odontología general y especializada, tratamientos y procedimientos odontológicos de baja y alta complejidad; en general podrá ofrecer, atender y/o hacer tratamientos de promoción, prevención, y rehabilitación de salud oral y/o medicina general; podrá realizar cualquier actividad que tenga como propósito administrar sociedades o establecimientos de comercio, en especial clínicas médicas u odontológicas, directa o indirectamente, brindando servicios integrales de administración, entre otros outsourcing para administración de nómina, de contabilidad, planeación, comunicaciones, publicidad, control de calidad, finanzas, tesorería, capacitación, sistemas, auditoria y en general hacer las funciones que correspondan a un back office en cualquier compañía o ente societario, en Colombia o en el exterior cuya actividad u objeto sea igual o similar al objeto social de la sociedad; en fin, hacer el seguimiento y control de procesos administrativos, operativos, comerciales, legales y técnico científicos para sí misma, o para terceros. En desarrollo de su objeto, la sociedad podrá comprar, vender, adquirir, enajenar a cualquier título toda clase de bienes muebles o inmuebles, tomar o dar dinero en préstamo a interés, gravar en cualquier forma sus bienes muebles o inmuebles, dar en prenda los primeros o hipotecar los segundos, girar, endosar, adquirir, aceptar, protestar, pagar o cancelar toda clase de títulos valores y aceptarlos en pago; realizar operaciones de libranza u otros medios de pago semejantes o similares, hacer operaciones de crédito con productos bancarios o financieros a través de los canales del sistema bancario nacional o internacional, con recursos que provengan de actividades de origen lícito; tener derechos sobre marcas, dibujos, patentes, insignias, cederlos a cualquier título; promover y formar

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

empresas de la misma índole o de negocios directamente relacionados con su objeto social principal y aportar a ellos toda clase de bienes en el contrato de sociedad o asociación para la explotación de negocios que constituyan su objeto o que se relacionen directamente con él; adquirir o enajenar a cualquier título cualquier activo; ejercer la representación o agencia de personas naturales o jurídicas dedicadas a las mismas actividades o aquellos que se relacionen indirectamente con su objeto; y, en general, hacer en cualquier parte, sea en su nombre propio o por cuenta de terceros o en participación con ellos, toda clase de operaciones y ejecutar toda clase de actos o contratos, bien sea industriales, comerciales o financieros, siempre que sean necesarios y benéficos para el logro de los fines que desarrolla la sociedad.

**CAPITAL****\* CAPITAL AUTORIZADO \***

Valor : \$4.000.000.000,00  
No. de acciones : 4.000.000,00  
Valor nominal : \$1.000,00

**\* CAPITAL SUSCRITO \***

Valor : \$3.651.886.000,00  
No. de acciones : 3.651.886,00  
Valor nominal : \$1.000,00

**\* CAPITAL PAGADO \***

Valor : \$3.651.886.000,00  
No. de acciones : 3.651.886,00  
Valor nominal : \$1.000,00

**REPRESENTACIÓN LEGAL**

La sociedad tendrá un Gerente General, y un suplente que lo reemplazará, en sus faltas accidentales, temporales o absolutas. La sociedad tendrá un secretario general con funciones de representante legal para asuntos judiciales, extrajudiciales, administrativos y

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
policivos. El Gerente General, el suplente y el secretario general serán designados por la Junta Directiva.

**FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL**

El Gerente General ejercerá todas las funciones propias de la naturaleza de su cargo, y en especial, las siguientes: (A) Representar a la sociedad ante los accionistas, ante terceros y ante toda clase de autoridades de orden administrativo y jurisdiccional; (B) Ejecutar todos los actos y operaciones correspondientes al objeto social, de conformidad con lo previsto en las leyes y en estos estatutos; (C) Autorizar con su firma todos, los documentos públicos o privados que deban otorgarse en desarrollo de las actividades sociales o en interés de la sociedad; (D) Presentar a la asamblea general en sus reuniones ordinarias, un inventario y un balance de fin de ejercicio, junto con un informe escrito sobre la situación de la sociedad, un detalle completo de la cuenta de pérdidas y ganancias y un proyecto de distribución de utilidades obtenidas; (E) Nombrar y remover los empleados de la sociedad cuyo nombramiento y remoción le delegue la junta directiva; (F) Tomar todas las medidas que reclame la conservación de los bienes sociales, vigilar la actividad de los empleados de la administración de la sociedad e impartirles las órdenes e instrucciones que exija la buena marcha de la sociedad; (G) Convocar la Asamblea General a reuniones extraordinarias cuando lo juzgue conveniente o necesario y hacer las convocatorias del caso cuando lo ordenen los estatutos, la Junta Directiva o el revisor fiscal de la sociedad; (H) Convocar la junta directiva cuando lo considere necesario o conveniente y mantenerla informada del curso de los negocios sociales; (I) Cumplir las órdenes e instrucciones que le impartan la asamblea general o la Junta Directiva, y en particular, solicitar autorizaciones para los negocios que deben aprobar previamente la asamblea o Junta Directiva, según lo dispone la Ley, el acuerdo marco de inversión, o los presentes estatutos; y (J) Cumplir o hacer que se cumplan oportunamente todos los requisitos o exigencias legales que se relacionen con el funcionamiento y actividades de la sociedad. El secretario general ejercerá las funciones propias de la naturaleza de su cargo y en especial las siguientes funciones: (A) Participar en las reuniones de la asamblea general y de la Junta Directiva, elaborar las actas, y velar porque los libros correspondiente se mantengan actualizados; (B) Dar fe con su firma de las actas de la asamblea y junta directiva; (C) Orientar

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

y definir en su leal saber y entender los asuntos jurídicos de la sociedad de conformidad con la constitución, la ley y los estatutos de la sociedad; (D) Asesorar en su leal saber y entender, en asuntos jurídicos de su competencia a las autoridades de la sociedad; (E) Representar a la sociedad ante todas las autoridades de la República de Colombia de cualquier jerarquía, de orden administrativo o jurisdiccional, o ante entidades privadas investidas de jurisdicción y competencia o no; (F) Constituir los apoderados especiales a quienes vaya a conferirse dicha representación; (G) Coordinar los asesores externos (abogados), en el desempeño de sus encargos, conferir (les) poderes de apoderamiento general o especial para instruir los asuntos extrajudiciales y/o judiciales, administrativos o policivos, y hacerles el respectivo seguimiento; (H) Representar a la sociedad ante las autoridades judiciales del orden civil, laboral, comercial, penal, administrativo, policivo o de cualesquier otro orden y/o jurisdicción, ante las autoridades extrajudiciales, centros de conciliación, tribunales de arbitramento, jueces en equidad, y en general ante las autoridades o funcionarios de todo orden y jerarquía con jurisdicción y competencia o sin ella, con facultades de conciliar, transigir, recibir, sustituir, desistir, renunciar, reasumir y en general de todas las consagradas en el artículo 70 del C.P.C. o en la norma vigente que la derogue, reemplace o sustituya, en las demás codificaciones vigentes y en la Constitución Nacional; (I) Velar por el cumplimiento de los requisitos jurídicos formales en los estatutos de la sociedad conforme a su leal saber y entender, con sujeción a las políticas, procesos y procedimientos, manuales de apoyo y directrices de la Junta Directiva o instrucciones del gerente general; (J) Tener en archivo los documentos inherentes a la personería jurídica de la sociedad, libros y demás soportes legales; (K) Recopilar en lo posible la información que esté a su alcance relativa a las disposiciones legales que rijan la sociedad; (L) Protocolizar las decisiones tomadas por la Asamblea de Accionistas o la Junta Directiva, en lo que fuere menester; (M) Coordinar las dependencias a su cargo, en el caso que aplique; y (N) Todas las demás que le confiera la Asamblea General de Accionistas.

**NOMBRAMIENTOS****REPRESENTANTES LEGALES**

Por Acta No. 203 del 30 de septiembre de 2016, de Junta Directiva,

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
inscrita en esta Cámara de Comercio el 13 de octubre de 2016 con el No. 02149068 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Gerente General	Juan Carlos Giraldo Cerquera	C.C. No. 000000007691109

Por Acta No. 255 del 29 de mayo de 2020, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de junio de 2020 con el No. 02578673 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Suplente Del Gerente	Adriana Yineth Roa Bustos	C.C. No. 000000026427466

Por Acta No. 256 del 30 de junio de 2020, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 25 de septiembre de 2020 con el No. 02619490 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Secretario General	Leidy Dahiana Caro Caro	C.C. No. 000000053003373

**ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

## JUNTA DIRECTIVA

Por Acta No. 53 del 30 de abril de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 17 de junio de 2021 con el No. 02715858 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Mario Pacheco Cortes	C.C. No. 000000003226688
Segundo Renglon	Fernando Lastra Aritio	C.E. No. 000000000307336



**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Gina Liliana Granados Pinto	C.C. No. 000000039796717 T.P. No. 35461-T

Por Documento Privado No. 2072021 del 1 de septiembre de 2021, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de septiembre de 2021 con el No. 02742108 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Andrea Pacheco Galvis	C.C. No. 000001019017052 T.P. No. 251320-T

**REFORMAS DE ESTATUTOS**

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001871 del 23 de octubre de 2002 de la Notaría 39 de Bogotá D.C.	00851490 del 5 de noviembre de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0001514 del 25 de julio de 2003 de la Notaría 39 de Bogotá D.C.	00894235 del 22 de agosto de 2003 del Libro IX
Cert. Cap. del 28 de julio de 2003 de la Revisor Fiscal	00898937 del 23 de septiembre de 2003 del Libro IX
E. P. No. 0002238 del 20 de octubre de 2003 de la Notaría 39 de Bogotá D.C.	00903014 del 21 de octubre de 2003 del Libro IX
E. P. No. 0002103 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 33 de Bogotá D.C.	00949706 del 26 de agosto de 2004 del Libro IX
Cert. Cap. No. 0000001 del 1 de diciembre de 2005 de la Revisor Fiscal	01026720 del 16 de diciembre de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0001907 del 1 de agosto de 2007 de la Notaría 39 de Bogotá D.C.	01150783 del 14 de agosto de 2007 del Libro IX
E. P. No. 0001908 del 1 de agosto de 2007 de la Notaría 39 de Bogotá	01151446 del 16 de agosto de 2007 del Libro IX

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

D.C.					
E. P. No. 0003286	del 6 de diciembre de 2007	de la Notaría 39 de Bogotá D.C.	01179160	del 21 de diciembre de 2007	del Libro IX
E. P. No. 0001714	del 4 de julio de 2008	de la Notaría 39 de Bogotá D.C.	01228267	del 15 de julio de 2008	del Libro IX
E. P. No. 0002084	del 6 de agosto de 2008	de la Asamblea de Accionistas de Bogotá D.C.	01234197	del 11 de agosto de 2008	del Libro IX
E. P. No. 1279	del 27 de mayo de 2009	de la Notaría 39 de Bogotá D.C.	01304185	del 10 de junio de 2009	del Libro IX
E. P. No. 4483	del 24 de octubre de 2011	de la Notaría 62 de Bogotá D.C.	01523421	del 27 de octubre de 2011	del Libro IX
E. P. No. 8016	del 3 de diciembre de 2013	de la Notaría 62 de Bogotá D.C.	01787507	del 6 de diciembre de 2013	del Libro IX
Acta No. 036	del 27 de febrero de 2015	de la Asamblea de Accionistas	01949101	del 18 de junio de 2015	del Libro IX
Acta No. 37	del 28 de agosto de 2015	de la Asamblea de Accionistas	02018538	del 10 de septiembre de 2015	del Libro IX
Acta No. 38	del 30 de octubre de 2015	de la Asamblea de Accionistas	02037875	del 20 de noviembre de 2015	del Libro IX
Acta No. 40	del 27 de noviembre de 2015	de la Asamblea de Accionistas	02047820	del 23 de diciembre de 2015	del Libro IX
Acta No. 42	del 29 de febrero de 2016	de la Asamblea de Accionistas	02138504	del 7 de septiembre de 2016	del Libro IX

**SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL**

Por Documento Privado del 8 de julio de 2016 de Representante Legal, inscrito el 12 de julio de 2016 bajo el número 02121506 del libro IX, se comunicó que se ha configurado una situación de control por parte de la sociedad matriz: INVERSIONES DAMA SALUD SAS, respecto de las siguientes sociedades subordinadas:

- INVERSIONES DENTALES DE RIOHACHA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA SAS

Domicilio: Bogotá D.C.

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Fecha de configuración de la situación de control : 2015-11-25

Por Documento Privado del 8 de julio de 2016 de Representante Legal, inscrito el 12 de julio de 2016 bajo el número 02121576 del libro IX, se comunicó que se ha configurado una situación de control por parte de la sociedad matriz: INVERSIONES DAMA SALUD SAS, respecto de las siguientes sociedades subordinadas:

- COLORIDENT LAB SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA - SAS -

Domicilio: Bogotá D.C.

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

Fecha de configuración de la situación de control : 2015-02-27

**RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN**

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

**CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU**

Actividad principal Código CIIU: 8622

Actividad secundaria Código CIIU: 7490

**ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO**

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio:

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE RESTREPO  
Matrícula No.: 01222056  
Fecha de matrícula: 21 de octubre de 2002  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Diag 19 Sur No 20-39  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE QUIRIGUA  
Matrícula No.: 01222058  
Fecha de matrícula: 21 de octubre de 2002  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Tv 94 A 80 A 91  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE KENNEDY  
Matrícula No.: 01222059  
Fecha de matrícula: 21 de octubre de 2002  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Ak 80 No 55 - 37 Sur Lc  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE GALERIAS  
Matrícula No.: 01222060  
Fecha de matrícula: 21 de octubre de 2002  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Ac 53 N° 25 - 03 Lc  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE AV 68  
Matrícula No.: 01231553  
Fecha de matrícula: 3 de diciembre de 2002  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Av Calle 72 No. 76 - 76  
Municipio: Bogotá D.C.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE FONTIBON  
Matrícula No.: 01244047  
Fecha de matrícula: 7 de febrero de 2003  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cr 99 No. 18 - 04  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE SUBA  
Matrícula No.: 01266904  
Fecha de matrícula: 22 de abril de 2003  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cra 92 No 147 68 Lc 22  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE TECHO  
Matrícula No.: 01324830  
Fecha de matrícula: 24 de noviembre de 2003  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Carrera 78 B # 38 C 23 Sur  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE TUNAL  
Matrícula No.: 01324918  
Fecha de matrícula: 24 de noviembre de 2003  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cr 25 # 48 -09 Sur  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE C.C. HAYUELOS  
Matrícula No.: 01364835  
Fecha de matrícula: 13 de abril de 2004  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cl 20 No. 82-52 Local 1-66C / 1-66B Piso  
1 Hayuelos Centro Comerc  
Municipio: Bogotá D.C.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE BOGOTA CENTRO  
Matrícula No.: 01381216  
Fecha de matrícula: 31 de mayo de 2004  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Ak 7 # 21-89  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE C.C. GRAN PLAZA  
EL ENSUEÑO  
Matrícula No.: 01381217  
Fecha de matrícula: 31 de mayo de 2004  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Calle 59 S # 51 - 21 Lc 145  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE VENECIA  
Matrícula No.: 01381218  
Fecha de matrícula: 31 de mayo de 2004  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Aut Sur No 54 A - 25  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE CHAPINERO  
Matrícula No.: 01597533  
Fecha de matrícula: 12 de mayo de 2006  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Carrera 13 # 57 - 12  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD CHIA  
Matrícula No.: 01601117  
Fecha de matrícula: 24 de mayo de 2006  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Av Pradilla No. 1 - 125 Este  
Municipio: Chía (Cundinamarca)

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE SALITRE

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Matrícula No.:	01626038
Fecha de matrícula:	17 de agosto de 2006
Último año renovado:	2021
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Ac 24 No 68 C - 25 Lc 18
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	SONRIA DAMA SALUD - SEDE TITAN PLAZA
Matrícula No.:	01658821
Fecha de matrícula:	14 de diciembre de 2006
Último año renovado:	2021
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Av. Boyacá No. 80-94 Local 1-36
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	SONRIA DAMA SALUD COLINA CAMPESTRE
Matrícula No.:	01812751
Fecha de matrícula:	24 de junio de 2008
Último año renovado:	2021
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Ak 58 No. 128B-94
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	SONRIA DAMA SALUD SEDE FUSAGASUGA
Matrícula No.:	01933611
Fecha de matrícula:	25 de septiembre de 2009
Último año renovado:	2021
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Av Las Palmas # 9 - 13
Municipio:	Fusagasugá (Cundinamarca)
Nombre:	SONRIA DAMA SALUD SEDE CENTRO MAYOR
Matrícula No.:	02195533
Fecha de matrícula:	22 de marzo de 2012
Último año renovado:	2021
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Calle 38A Sur No. 34D 51 C.C Centro Mayor Lc 1-107
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	SONRIA DAMA SALUD SEDE CALLE 95
Matrícula No.:	02900140

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Fecha de matrícula: 19 de diciembre de 2017  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cr 15 No. 95 - 18 / 22 Lc 1  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE PLAZA DE LAS AMERICAS  
Matrícula No.: 02918965  
Fecha de matrícula: 14 de febrero de 2018  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Carrera 71 D No. 6 - 94 Sur C.C Plaza De Las Americas Lc 1129  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE C.C. PLAZA IMPERIAL  
Matrícula No.: 03178598  
Fecha de matrícula: 11 de octubre de 2019  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cl 146 A No. 106 - 20 Lc 1 - 98 Cc Plaza Imperial  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE C.C. GRAN PLAZA SOACHA  
Matrícula No.: 03178632  
Fecha de matrícula: 11 de octubre de 2019  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cr 7 # 30 B - 139 Lc 1 - 157 - 158  
Municipio: Soacha (Cundinamarca)

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE BOSA  
Matrícula No.: 03187297  
Fecha de matrícula: 5 de noviembre de 2019  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cl 65 Sur No. 78 L - 65  
Municipio: Bogotá D.C.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL****Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21**

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE CC PLAZA CENTRAL  
Matrícula No.: 03203314  
Fecha de matrícula: 15 de enero de 2020  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cr 65 # 11 - 50 L 2 - 45, L 2 - 46  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE CC VILLA DEL RIO  
Matrícula No.: 03315177  
Fecha de matrícula: 1 de diciembre de 2020  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Diagonal 57 C Sur # 62- 60 Consultorio  
Local 172 Consultorio Loc  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD SEDE RESTREPO 2  
Matrícula No.: 03319871  
Fecha de matrícula: 22 de diciembre de 2020  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Carrera 18 Sur # 17- 68  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: CLINICA ODONTOLOGICA SELF COLOMBIA  
Matrícula No.: 03355208  
Fecha de matrícula: 18 de marzo de 2021  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Cl 19 Sur # 18- 46 / 48  
Municipio: Bogotá D.C.

Nombre: SONRIA DAMA SALUD DIVERPLAZA  
Matrícula No.: 03399443  
Fecha de matrícula: 13 de julio de 2021  
Último año renovado: 2021  
Categoría: Establecimiento de comercio  
Dirección: Transversal 99 70 A 89  
Municipio: Bogotá D.C.

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----

Nombre:	SONRIA DAMA SALUD FONTANAR
Matrícula No.:	03399445
Fecha de matrícula:	13 de julio de 2021
Último año renovado:	2021
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Kilometro 2.5 Via Chia - Cajica Local Pf-01
Municipio:	Chía (Cundinamarca)

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN [WWW.RUES.ORG.CO](http://WWW.RUES.ORG.CO).

**TAMAÑO EMPRESARIAL**

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 56.139.913.718

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 8622

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos:

**CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**

Fecha Expedición: 12 de octubre de 2021 Hora: 09:36:21

Recibo No. AB21460123

Valor: \$ 6,200

**CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B21460123B2BD4**

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a [www.ccb.org.co/certificadoselectronicos](http://www.ccb.org.co/certificadoselectronicos) y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

-----  
Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 7 de junio de 2017. Fecha de envío de información a Planeación : 9 de septiembre de 2021. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a [www.supersociedades.gov.co](http://www.supersociedades.gov.co) para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

\*\*\*\*\*  
Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

\*\*\*\*\*  
Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

\*\*\*\*\*  
Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



## **Germán Andrés Cajamarca Castro**

---

**De:** NOTIFICACIONES SONRIA <notificaciones@sonria.com.co>  
**Enviado el:** lunes, 11 de octubre de 2021 08:51 a. m.  
**Para:** Germán Andrés Cajamarca Castro  
**Asunto:** Poder / Rad. 2021 - 00564/ Dte: Hugo Rodríguez López / Ddo: Inversiones Dama Salud  
**Datos adjuntos:** 21.08.27 Poder Hugo Rodríguez López.pdf

Buenos días Dr. German

Por medio de la presente me permito remitir poder debidamente firmado.

Cordialmente,

Inversiones Dama SALud SAS