Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Viernes 20 de Noviembre del 2020
HORA: 13:34:14

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo(s) suscrito(s) a nombre de; OLGA ORDOÑEZ LOPEZ, con el radicado; 202000014, correo electrónico registrado; estadosjudiciales@ospedale.com.co, dirigido(s) al JUZGADO 2 CIVIL DEL CIRCUITO.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, (+57) 321 576 5914

Archivos Cargados
RTADDA3LLAMAMIENTOSLITIS.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-20201120133415-20212

Manizales, 19 de Noviembre de 2020

Señor:
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES – CALDAS
E. S. D.
La ciudad.

REFERENCIA: CONTESTACION DEMANDA
RADICADO: 17001-3-03-002-2020-00014-00
PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
DEMANDANTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO
DEMANDADO: EPS SALUD TOTAL Y CLINICA VERSALLES

OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ , mayor de edad, residente y domiciliada en la ciudad de Cali (Valle del Cauca), abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como apoderada de la CLÍNICA VERSALLES S.A. con Nit. 810003245-1, correo electrónico lidercontable@clinicaversallessa.com.co tal y como consta en el poder especial a mí debidamente conferido para actuar por su representante legal MARIANA QUINTERO POLANIA, identificada con cedula de ciudadanía No. 30.287.116, y que aporto con este escrito, respetuosamente procedo a presentar contestación a la demanda, dentro del proceso de la referencia y proponer excepciones, en los siguientes términos:

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS FUNDAMENTOS FÁCTICOS

1. **AL HECHO PRIMERO: NO ME CONSTA**, Por ser del resorte del núcleo familiar de la demanda nos atenemos a los que se pruebe legalmente y para esto es la parte actora la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori***

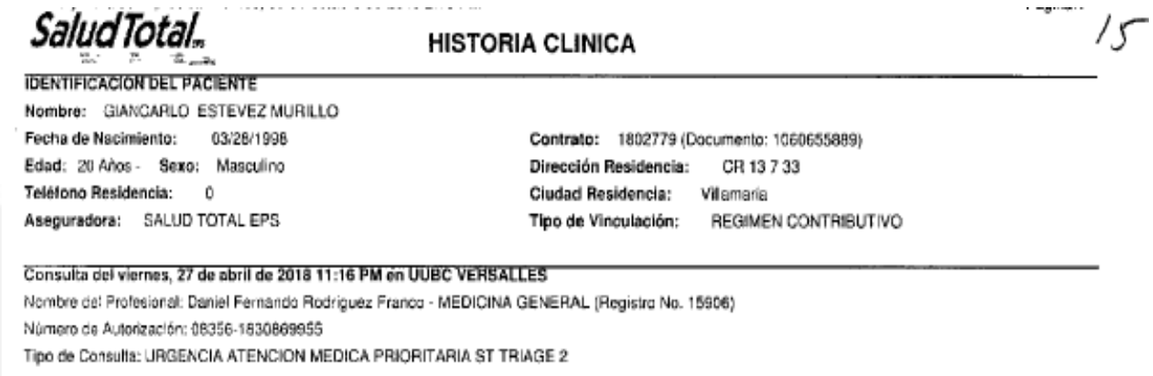
2. AL HECHO SEGUNDO: NO ME CONSTA: Corresponde a una afirmación fuera del alcance jurídico de mi representada, referencia LA CLINICA DE LA PRESENTACIÓN, en convenio con su EPS SALUD TOTAL, por lo cual, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori,***

3. **AL HECHO TERCERO: NO ME CONSTA:** Es una afirmación de la parte demandante que deberá ser probada por la parte actora, por cuando desconocemos que exactamente ese día inicio su sintomatología, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori***

4. AL HECHO CUARTO: NIEGO EL HECHO, al respecto debo manifestar que la atención realizada en la fecha y hora relacionada en este ítem del libelo demandatorio y los anexos de las historias clínicas de la demanda, es CLARO que la atención se la brindo directamente la EPS SALUD TOTAL, en la unidad de atención básica. En este punto se da claridad al Despacho que la UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD DE SALUD TOTAL (UUBC), funcionaba en las Instalaciones de la Clinica Versalles, con la cual se

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

tenía un contrato de arrendamiento del local comercial, siendo de su resorte el manejo directo de la atención médica que ahí brindaban y su relación contractual que nos unió para la fecha solo fue de carácter comercial en el arrendamiento , la actividad la realizaban directamente bajo su responsabilidad en todos los órdenes incluido el laboral con sus galenos y personal paramédico que laboraba para ellos, en la historia clínica así se puede evidenciar.



Salud Total EPS — HISTORIA CLINICA — 15

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Fecha de Nacimiento: 03/28/1998 — Contrato: 1802779 (Documento: 1060655889)
Edad: 20 Años - Sexo: Masculino — Dirección Residencia: CR 13 7 33
Teléfono Residencia: 0 — Ciudad Residencia: Villamaria
Aseguradora: SALUD TOTAL EPS — Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del viernes, 27 de abril de 2018 11:16 PM en UUBC VERSALLES
Nombre del Profesional: Daniel Fernando Rodriguez Franco - MEDICINA GENERAL (Registro No. 15906)
Número de Autorización: 08356-1830869955
Tipo de Consulta: URGENCIA ATENCION MEDICA PRIORITARIA ST TRIAGE 2

De igual manera aportamos el contrato de arrendamiento en anexo completo aquí lo siguiente al respecto.



Salud Total EPS

CONTRATO DE ARRENDAMIENTO CELEBRADO ENTRE CLÍNICA VERSALLES S.A. Y SALUD TOTAL EPS S.A.

CUARTA.- DESTINACIÓN: El inmueble materia del presente contrato, será destinado por el ARRENDATARIO para llevar a cabo actividades propias de su objeto social, no pudiendo darle uso distinto, ni cederlo, ni subarrendarlo todo o en parte, como tampoco entregar la tenencia parcial o total del mismo bajo ningún título, sin previo permiso escrito del ARRENDADOR.

5. AL HECHO QUINTO: NO ME CONSTA: Corresponde a una afirmación fuera del alcance jurídico de mi representada, por cuanto fue una atención directa realizada en la UUBC de su EPS SALUD TOTAL, por lo cual, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

Al respecto de igual manera el Dr DANIEL FERNANDO RODRIGUEZ FRANCO, no es funcionario de la CLINICA VERSALLES, se reitera que con la EPS SALUD TOTAL, se tenía contrato de arrendamiento de local comercial donde funcionaba su UNIDAD DE URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD de su manejo directo y en la Historia clínica aportada por el demandante de la atención en dicha unidad se evidencia que este galeno la atendió así:

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

Anamnesis

Anamnesis

Motivo de Consulta: desde hace 40 minutos dolor en hipocondrio derecho irradiado a espalda y testiculo ipsilateral asociado a emesis niega diarrea

Enfermedad Actual: Paciente de 20 años quien refiere dolor abdomina de inicio subito en area de fosa iliaca derecha sin irradiacino en este momento cpon miccion normal asociado a emesis no otro
alergiaS: niega

Revisión Por Sistemas: No Refiere

Alergias

Causa de Alergia:

Ninguna

Sintomático de Piel: No Aplica

s Mayor de 15 dias: No Aplica

DIAGNOSTICO: (R10) DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO

Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INGRESO URGENCIAS

CONDUCTAS:

1. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS
   1. CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9 % 500 Ml., No. 5
      Posologia: 70 Centimetro(s) cúbico(s) cada 1 Día(s) por 1 Día(s), vía Intravenosa -USO: pasar bolo 2000 cc continua a 70 cc hora

2. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
   1. Procedimiento: (9011070000) Laboratorio Clinico COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
   2. Procedimiento: (9038950100) Laboratorio Clinico CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
   3. Procedimiento: (9022090000) Laboratorio Clinico HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO
   4. Procedimiento: (9038560000) Laboratorio Clinico NITROGENO UREICO
   5. Procedimiento: (9071060000) Laboratorio Clinico UROANALISIS

Daniel Fernando Rodriguez Franco
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación:
Numero de Identificación: 10022366
Registro Profesional: 15906

Por lo anterior, nos atemos a lo que se pruebe legalmente, y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

6. AL HECHO SEXTO: NO ME CONSTA, se trata de atención brindada directamente en la UUBC de su EPS SALUD TOTAL. Por lo anterior, nos atemos a lo que se pruebe legalmente, y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

7. **AL HECHO SÉPTIMO: NO ME CONSTA**, se trata de atención brindada directamente en la UUBC de su EPS SALUD TOTAL. Por lo anterior, nos atemos a lo que se pruebe legalmente, y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

8. **AL HECHO OCTAVO: NO ME CONSTA,** se trata de atención brindada directamente en la UUBC de su EPS SALUD TOTAL. Por lo anterior, nos atemos a lo que se pruebe legalmente, y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

9. **AL HECHO NOVENO: NO ME CONSTA,** se trata de atención brindada directamente en la UUBC de su EPS SALUD TOTAL**,** no es claro a que protocolos se refiere y la literatura de internet debe corroborarse con literatura médica científica dado que internet contiene mucha información inexacta**,** nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

10. AL HECHO DÉDICIMO: NIEGO EL HECHO, como está redactado deberá probarlo en su contexto y a que se refiere cuando manifiesta, viene hablando de la atención en la UUBCE DE SALUD TOTAL S.A. **,** nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

11. **AL HECHO DÉDICIMO PRIMERO: NIEGO EL HECHO,** como está redactado deberá probarlo en su contexto y a que se refiere con su manifestación aislada, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

12. AL HECHO DÉDICIMO SEGUNDO: NIEGO EL HECHO, como está redactado deberá probarlo en su contexto y a que se refiere con su manifestación aislada, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

13. AL HECHO DÉDICIMO TERCERO: NO ME CONSTA, se trata de atención brindada directamente en la UUBC de su EPS SALUD TOTAL. Por lo anterior, nos atemos a lo que se pruebe legalmente, y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

14. AL HECHO DÉDICIMO CUARTO: NO ME CONSTA, se trata de atención brindada directamente en la UUBC de su EPS SALUD TOTAL. Por lo anterior, nos atemos a lo que se pruebe legalmente, y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

15. **AL HECHO DÉDICIMO QUINTO: NIEGO EL HECHO** como está redactado pareciera que el paciente venía siendo atendido por mi representada**,** como ya demostramos el paciente ingresa a Salud Total, por el Nombre de la Dra nos remitimos a la Historia Clínica evidenciando que esta fue la profesional que recibió en Urgencias al paciente a la 1: 54.29 am Dra. DANIELA GONZALEZ GIRALDO CC 1060651057 Registro. 1060651057 Especialidad. MEDICINA GENERAL.

16. **AL HECHO DÉDICIMO SEXTO: NIEGO EL HECHO** como está redactado, manifestó el apoderado de la parte demandante "la Dra DANIELA GONZALEZ GIRALDO diagnostico que se encontraba frente a un caso de "orquiepidimitis" – dolor súbito testicular, en su actuar podemos hallar un error significativo toda vez que la literatura médica indica que ante una situación torsión testicular…" de igual manera dice que por esta razón se debió tomar una ecografía testicular y no evaluación y práctica del procedimiento quirúrgico urgente por un galeno especializado" es contradictoria esta manifestación con respecto de la realizada en el NUMERAL DOCE donde manifestó que se debería de " echar mano de la prueba científica para confirmar o descartar el diagnostico, el examen paraclínico requerido con urgencia para confirmar o descartar el diagnostico era una ecografía testicular- de escroto" y relaciona literatura que ya cuestionamos en ese mismo numeral en el entendido que este profesional es abogado y no médico para que afirme fue un error del actuar médico, nos atemos a lo que se pruebe legalmente, y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

17. **AL HECHO DÉDICIMO SÉPTIMO: NIEGO EL HECHO,** como está redactado deberá probarlo en su contexto, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

18. AL HECHO DÉDICIMO OCTAVO: NO ME CONSTA, es una información que no reposa en la Historia Clínica, nos atemos a lo que se pruebe legalmente, y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

19. **AL HECHO DÉDICIMO NOVENO: NIEGO EL HECHO,** como está redactado siendo apreciaciones subjetivas del demandante y quien deberá probarlo, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba *onus probandi incumbit actori.*

20. **AL HECHO VIGÉSIMO: ACEPTO PARCIALMENTE EL HECHO,** manifestamos al despacho que hasta ese momento no se tenia un diagnostico confirmado y fue por ello que fue valorado por Urología quien ordena se tome un doppler testicular para descartar la torsión testicular, dado que hasta ese momento se tenía un diagnostico presuntivo de ORQUIEPIDIMITIS y se ordena además tratamiento antibiótico.

21. **AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: NIEGO EL HECHO** como está redactado, una vez se establece el diagnóstico y es valorado por la Especialista en la Urología se determina la cirugía. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba *onus probandi incumbit actori.*

22. **AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO**: **PARCIALMENTE CIERTO**, en el entendido que hasta el momento el paciente no tenía diagnóstico de TORSION TESTICULAR sino un Dx ORQUIEPIDIMITIS para lo cual se le dio tratamiento antibiótico y se estaba a la espera del DOPPLER para confirmar la torsión testicular, de Por lo anterior, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

23. **AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO: NIEGO EL HECHO,** Tal y como está redactado, son apreciaciones del apoderado de la parte demandante sin sustento por lo que nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

24. **AL HECHO VIGÉSIMO CUARTO: NIEGO EL HECHO,** como está redactado siendo apreciaciones subjetivas del demandante y quien deberá probarlo, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

25. **AL HECHO VIGÉSIMO QUINTO: ACEPTO PARCIALMENTE,** se acepta que el paciente fue programado para cirugía**,** en tratándose de horarios estos reposan en la Historia Clinica. Nos atenemos a lo que se pruebe en la Historia Clínica en su integralidad.

26. **AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO: PARCIALMENTE CIERTO,** dado que este ítem se divide en dos , con respecto a la explicación es cierto, ahora bien en lo que respecta a la demora se debe verificar que el paciente siempre estuvo valorado por la los médicos de turno y comentada con Urología, y en el monto que se tuvo la certeza del Diagnostico se

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

ordenó y realizo la cirugía, nos atenemos a lo que repose en la Historia Clinica en su integralidad.

27. **AL HECHO VIGÉSIMO SÉPTIMO: NIEGO EL HECHO,** como está redactado con respecto a lo manifestado, dado que desde las 12:37 pm como el mismo lo informa en el iten anterior, le explicaron ampliamente sobre el pronóstico y el posible resultado de la cirugía. Nos atenemos a lo que repose en la Historia Clinica en su integralidad.

28. **AL HECHO VIGÉSIMO OCTAVO: NO ME CONSTA**, este hecho se conforma de varios ítems, con respecto del primero son apreciaciones subjetivas de la parte demandante los cuales deberá probar, el estético es relativo a la personalidad del paciente, con respecto a sus posibilidades de reproducción se reduzcan a la mitad técnica y científicamente, es una afirmación sin soporte técnico de la parte demandante que demuestre la veracidad de esta afirmación. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba *onus probandi incumbit actori.*

29**. AL HECHO VIGÉSIMO NOVENO: NO ME CONSTA,** tal como está redactado y retira lo manifestado el hecho anterior (VIGÉSIMO OCTAVO), no demuestra técnica y científicamente la veracidad de lo aquí manifestado , de igual manera tendrá que proba que su afirmación de la reducción hormonal es cierta, dado que en este hecho solo lo refiere , mas no aporte el soporte técnico científico de sus aseveraciones y que por ende se convierten en temerarias, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

30**. AL HECHO TRIGÉSIMO: NIEGO EL HECHO,** como está redactado no aporta a este libelo en sus anexos prueba de sus afirmaciones técnica y científicamente así lo demuestren, nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

31**. AL HECHO TRIGÉSIMO PRIMERO: NO ACEPTO ESTE HECHO:** Tal como está redactado corresponde a una afirmación de algo que se deberá probar de acuerdo a la Historia Clinica, Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

32**. AL HECHO TRIGÉSIMO SEGUNDO: NIEGO EL HECHO ,** en el sentido que este profesional del derecho está realizando afirmaciones sin sustento técnico científico y en particular está presumiendo que el señor GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO desde el ingreso a Urgencias de Salud Total y luego con mi representada ya estaba DIAGNOSTICADO, se debe tener en cuenta que hay patologías similares que requieren ser descartada y precisar el Dx para tomar la conducta médica a seguir , es por ello que nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

33**. AL HECHO TRIGÉSIMO TERCERO: NO ACEPTO ESTE HECHO,** tal como está redactado. Se trata de que en medicina no se puede hablar de una responsabilidad Objetiva, dado que es de medios y no de resultados, en este sentido es importante manifestar que EL CUADRO CLINICA ERA VISARRO tan así que inicialmente en SALUD TOTAL pensaron que tenía una Dx. de apendicitis por su dolor abdominal, al ingreso a mi

representada ya se sospechó de patología urológica y se presentó ORQUIEPIDIMITIS, y una vez diagnosticado se procedió a realizar el procedimiento quirúrgico. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

34**. AL HECHO TRIGÉSIMO CUARTO: NO ACEPTO ESTE HECHO,** tal como está redactado son apreciaciones del apoderado de la parte demandante, sin sustento técnico científico que demuestra la veracidad de sus afirmaciones. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

35**. AL HECHO TRIGÉSIMO QUINTO: NO ACEPTO EL HECHO,** son apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante, que por demás pertenece a los alegatos y la decisión final le corresponde al Juez. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

36**. AL HECHO TRIGÉSIMO SEXTO: NO ACEPTO EL HECHO,** son apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

37**. AL HECHO TRIGÉSIMO SÉPTIMO: NO ACEPTO EL HECHO,** corresponde a manifestación que no son del resorte de la parte activa de este proceso, corresponde al despacho determinarlo una vez se surtan las diferentes etapas de este proceso**.** Nos atenemos a lo que pruebe y de acuerdo a la norma vigente, la carga de la prueba la soporta el demandante. *onus probandi incumbit actori.*

38**. AL HECHO TRIGÉSIMO OCTAVO: NO ACEPTO ESTE HECHO,** tal como está redactado son apreciaciones del apoderado de la parte demandante, sin sustento técnico científico que demuestra la veracidad de sus afirmaciones. De resaltar que el demandante en este ítem nos hace una relación de la atención de Urgencias de SALUD TOTAL y la atención de mi representada. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

39**. AL HECHO TRIGÉSIMO NOVENO: NO ACEPTO ESTE HECHO,** tal como está redactado son apreciaciones del apoderado de la parte demandante, sin sustento técnico científico que demuestra la veracidad de sus afirmaciones. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

40**. AL HECHO CUADRAGÉSIMO: NO ACEPTO ESTE HECHO,** tal como está redactado son apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante, su redacción esta más enfocada a apreciaciones que solo se deben realizar una vez surtido el proceso y de acuerdo a lo probado, parecen ser más unos alegatos que un hecho puntual dentro del proceso, sin sustento técnico científico que demuestra la veracidad de sus afirmaciones. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

41. AL HECHO CUADRAGÉSIMO PRIMERO: NO ACEPTO ESTE HECHO, tal como está redactado son apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante, su redacción está más enfocada a apreciaciones que solo se deben realizar una vez surtido el proceso y de acuerdo a lo probado, parecen ser más unos alegatos que un hecho puntual dentro del proceso, sin sustento técnico científico que demuestra la veracidad de sus afirmaciones. Nos atemos a lo que se pruebe legalmente y para esto, la parte actora será la encargada de la prueba ***onus probandi incumbit actori.***

42. AL HECHO CUADRAGÉSIMO SEGUNDO: Este no es un hecho, es un formalismo de ley que debe ser enervado antes de presentar la demanda para ser admitida.

43. AL HECHO CUADRAGÉSIMO TERCERO: Este no es un hecho, es un formalismo de ley que debe ser enervado antes de presentar la demanda para ser admitida.

A LAS PRETENCIONES

OBJECIÓN FRENTE A LAS DECLARACIONES, PRETENSIONES Y CONDENAS DE LA DEMANDA

Objeto y me opongo de manera general a todas las declaraciones, pretensiones y condenas solicitadas con ocasión a la atención del señor GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO, en contra de CLINICA VERSALLES S.A. Por inexistencia de un daño en la atención médica, más aun precisando que tal como consta en LA HISTORIA CLINICA, DONDE SE EVIDENCIA LA ATENCION BRINDADA, enmarcada en los principios de CALIDA, CONTINUIDA, OPORTUNIDAD.

Por lo manifestado en el párrafo anterior, específicamente objeto y me opongo a la declaración de responsabilidad y menos solidaria contra CLINICA VERSALLES S.A., por los presuntos perjuicios inmateriales: daños morales, por inexistencia de culpa y negligencia en la atención médica brindada en CLINICA VERSALLES S.A.

A LAS RAZONES DE DERECHO

Objeto y me opongo a ellas por considerar que mi representada le brindo la atención al joven de acuerdo a la evolución de la enfermedad dado que su cuadro clínico era muy bizarro.

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO:

Para el caso de marras no se cuenta con un monto determinado por la parte demandante, no obstante, solicita por cada demandante un monto de 100 SMLMV, los cuales de acuerdo al CONSEJO DE ESTADO estos están estimados para para familiares de primer grado en caso de fallecimiento de la víctima, para el caso de marras no hay en el proceso ni siquiera evidencia sumaria que la paciente no haya recuperado su salud, aunado a que se demostró y probara en el proceso que no EXISTE NEXO CAUSAL entre lo padecido por la Demandante y el actuar de los médicos que siempre estuvo emarcado en la lex artis adoc.

EXCEPCIONES DE FONDO O MÉRITO A LA DEMANDA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho en favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual me referiré en los alegatos de conclusión y luego de la práctica de las pruebas; en virtud de las cuales el Despacho se servirá declarar todas aquellas excepciones procedentes y de las cuales se demuestre su existencia dentro del proceso. Invoco la presente excepción como toda aquella prueba o hecho sobreviniente que enerve las pretensiones de la parte demandante.

Con base en lo anterior solicito al señor Juez reconocer oficiosamente en sentencia las excepciones que se hallen probadas

INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS PROPÍOS DE LA RESPONSABILIDAD.

Es bien sabido que en materia de responsabilidad deben conjugarse la presencia de tres elementos de su estructura que exige la Ley para hacer una declaración de responsabilidad, ellos son: **La culpa, el perjuicio y la relación de causalidad entre la culpa y el perjuicio**, en ausencia de uno de ellos, la declaración judicial de responsabilidad deberá darse negando la responsabilidad del demandado. En el presente caso objeto de litigio los elementos que estructuran la responsabilidad se encuentran absolutamente ausentes, pues no existe prueba que con absoluta certeza determine la culpa por parte del personal médico ni de la institución prestadora de salud CLINCIA VERSALLES S.A. Por lo tanto; no existe un error en el diagnostico o falta del servicio a la señora MARIA GLORIA LONDOÑO por parte de la CLINCIA VERSALLES S.A. a la cual represento.

Así entonces, para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica se requiere que haya cometido una culpa y que de esta sobrevengan perjuicios a las demandantes, es decir, que se requiere de la existencia de tres (3) elementos a saber:

1) La culpa, entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación ante las mismas circunstancias externas. **Este elemento deberá ser probado por los demandantes.**
2) El nexo causal, que como se manifestó en punto anterior, en el presente debate se pretenden deducir consecuencias dañosas de causas equivocadas. **También compete a las demandantes su demostración.**
3) Finalmente, el elemento daño, que deberá probarse con medio probatorio legítimo para que eventualmente adquiera la categoría de cierto e indemnizable. **Este elemento deberá ser probado por los demandantes.**

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

Así las cosas, en el presente caso no ha sido demostrado el hecho daño, simplemente ha sido enunciado, sin que se encuentre sustento del mismo en el fundamento factico y probatorio en la demanda. Igualmente se omitió por la parte actora probar el nexo causal entre la atención medica brindada y el presunto daño o perjuicio ocasionado a los demandantes, dado el hecho que de la redacción de los fundamentos facticos de la demanda se observa que los síntomas de dolor y presuntos daños, le acaecieron al paciente de manera posterior a la realización del procedimiento quirúrgico, en la CLINCIA VERSALLES S.A. lo que desvirtúa de plano la responsabilidad a título de culpa de mi representada.

Por lo anterior, les corresponde a las demandantes comprobar en contra de mi representada los 3 elementos anteriormente anunciados, reiterando que la culpa igualmente debe ser probada, por no encontrarnos dentro de un régimen de culpa presunta, sino por el contrario de culpa probada.

OBLIGACIÓN DE MEDIOS Y NO DE RESULTADOS, EN LA ATENCIÓN BRINDADA AL PACIENTE

La CLINCIA VERSALLES S.A. y su cuerpo médico se comprometió con la señora DIANA ROCIO ZAPATA a garantizarle la prestación del servicio médico que necesitaba para conjurar los padecimientos ocasionados por el accidente de tránsito sufrido por el paciente, el cual garantizó bien y fielmente a través de personal médico y de enfermería, no obstante, el resultado no querido por el paciente no va ligado necesariamente a la culpa de los médicos que la atendieron o a la institución porque **el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta** en la que se pueda garantizar **la sanación o la vida**, por cuanto el acto médico no engendra una obligación de resultado sino de medio, toda vez que el médico y consecuentemente la IPS no está obligada a garantizar la sanación total o absoluta, porque cada ser humano responde de una manera particular a la patología que lo aqueja y en muchos casos escapa a la capacidad de control, tanto del médico como de la institución, la recuperación de la salud del paciente, pero no por ello se predica la culpa, no por la falta de sanación se concluye responsabilidad del médico o de la IPS, la ecuación es imperfecta, la responsabilidad se construye a través de los títulos de la culpa perfectamente demostrados en el proceso a lo largo de un debate dinámico de la prueba, por cuanto como bien lo ha sostenido connotada jurisprudencia las obligaciones entorno al suministro de servicios médicos son de medios y no de resultados.

"Con relación a la responsabilidad contractual, que es la que por lo general se le puede demandar al médico en consideración al vínculo jurídico que se establece entre éste y el paciente, la Corte desde la sentencia de 5 de marzo de 1940, partiendo de la distinción entre obligaciones de medio y de resultado, estimó que por lo regular la obligación que adquiere el médico "es de medio", aunque admitió que "Puede haber casos en que el médico asume una obligación de resultado, como la intervención quirúrgica en una operación de fines estéticos". Todo para concluir, después de advertir que no se pueden sentar reglas absolutas porque la cuestión de hecho y de derecho varía, que en materia de responsabilidad médica contractual, sigue teniendo vigencia

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

el principio de la carga de la demostración de "la culpa del médico…",agregando como condición "la gravedad", que a decir verdad es una graduación que hoy en día no puede aceptarse, porque aún teniendo en cuenta los aspectos tecnológicos y científicos del acto profesional médico, la conducta sigue siendo enmarcable dentro de los límites de la culpa común, pero, sin duda alguna, sin perder de vista la profesionalidad, porque como bien lo dice la doctrina, "el médico responderá cuando cometa un error científico objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase".

"Igualmente en sentencia de 3 de noviembre de 1977, la Corte consideró que por lo regular las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, de ahí que éstos no se obliguen, según se dijo "a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones".

Posteriormente, concretamente en sentencia de 12 de septiembre de 1985, ya referenciada, la Corporación luego de ubicar el tema en la responsabilidad contractual y anotar que el contenido de las obligaciones que en virtud del contrato asumen los médicos y los establecimientos hospitalarios, "variará según la naturaleza de la afección que padezca el enfermo y la especialización misma de los servicios que preste la entidad", sostuvo que "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 sino 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".

De igual manera en Sentencia proferida el 27 de Septiembre de 2002 por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Ponencia Dr. Nicolás Bechara Simancas. Expediente No 6143. Señala:

> *"Toda responsabilidad civil se estructura sobre tres pilares fundamentales que, por lo general, debe demostrar el demandante: el hecho dañoso o culpa, el daño y la relación de causalidad. Entonces a quien se atribuye aquella responsabilidad, independientemente de que se trate de persona natural o jurídica, puede, por regla de principio, defenderse aduciendo la ausencia de uno cualquiera o de varios o de todos esos tres elementos axiológicos. Por ejemplo, podrá demostrar, que su comportamiento no es culposo, porque procedió con diligencia, prudencia, pericia y sin violar reglamento alguno; o la inexistencia del daño, entendido en sentido jurídico; o controvertir el nexo de causalidad, comprobando que la lesión ocasionada a los derechos de la víctima, no es consecuencia directa o exclusiva del hecho que se le imputa".*

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

De tal manera que el resultado no querido o no esperado que el apoderado demandante reprocha en la demanda, no implica necesariamente la culpa de la CLINCIA VERSALLES S.A. S.A.S. la cual en procura del bienestar brindó un manejo adecuado a la patología del paciente. Es necesario observar que se le suministro el tratamiento para su padecimiento, y la lesión producida fue de tal gravedad, que presento complicaciones propias de la contingencia y que no le es atribuible a mi poderdante, por cuanto no tuvo injerencia alguna en el resultado, porque no hubo culpa en la atención médica prestada.

INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR AUSENCIA DE CULPA Y AUSENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE Y AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

Frente a la inconformidad del tratamiento médico que formula la parte actora debemos hacer franca oposición por cuanto la argumentación no encuentra respaldo probatorio ni jurídico para que prosperen las pretensiones de la parte actora. Pues como se podrá establecer el proceder del Equipo Médico fue de conformidad con la diligencia y cuidado recomendado, en tratándose de la actividad médica de una actividad de medio y no de resultado como amplia y reiteradamente ha sido reconocida tanto por la Jurisprudencia como por la doctrina. Por otra parte, no existe evidencia cierta y científica de daño alguno a la integridad física del paciente que se traduzca en un daño indemnizable como se podrá verificar a lo largo del proceso.

COBRO DE LO NO DEBIDO

Considerando que no hay culpa alguna que pueda ser atribuible a la CLÍNICA VERSALLES S.A. como consecuencia de la atención brindada al paciente, y de tal manera no existe obligación alguna de reparación de perjuicios, me opongo rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad propuesta, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos, científicos y jurídicos que sustenten el acceso del demandante a las pretensiones de la demanda.

Del escrito de la demanda no se observan elementos objetivos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa a la CLÍNICA VERSALLES S.A. Por los daños reclamados para la demandante, en torno a la atención médica brindada en esta institución.

INDETERMINACIÓN DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS Y FALTA DE PRUEBA DE LOS MISMOS:

El apoderado demandante está formulando unas pretensiones sin fórmula real de prueba, está indicando en forma global unos perjuicios sin que indique el fundamento de los mismos y que resultan exagerados y denotan intención de lucro, tal y como efectivamente lo probaré en su momento procesal.

CARGA DE LA PRUEBA DE LOS PERJUICIOS SUFRIDOS:

La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia con ponencia del doctor César Julio Valencia Copete mediante sentencia del 10 de febrero de 2005 (expediente 7173), señaló "que la pretensión se tornará frustrada si no se logra establecer la responsabilidad civil del asegurado, pues este hecho estará en conexión con el otro presupuesto a cargo de la víctima, cual es el de evidenciar que la responsabilidad generada por la acción u omisión de aquél está cubierta o amparada por el asegurador a quien, por lo mismo, se reclama la indemnización". se refieren al artículo 167 del Código General del Proceso y a la introducción del concepto de "carga dinámica de la prueba", excepción al principio general según el cual quien pretende el efecto jurídico de una norma debe acreditar el supuesto fáctico en ella previsto (onus probandi incumbit actoris).

EXCEPCION SUBSIDIARIA DE CASO FORTUITO

Sabiendo la inexistencia de la culpa para mi mandante, y sin aceptar hecho alguno que la inculpe debo de decir que de existir alguna responsabilidad se encauzo en el caso fortuito porque:

La ley 95 de 1890, en su artículo 90 afirma: ""Se llama fuerza mayor ó caso fortuito, el imprevisto á que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los autos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc".

El caso fortuito no se puede confundir con la negligencia o la incompetencia, puesto que sólo se puede considerar caso fortuito a aquellos hechos a los que no es posible resistirse o que no es posible advertir o preverse. Como en este caso, señoría al observar la historia clínica AL INGRESO SE PRESUMIERON los traumas , se puede ver que ingresan En consecuencia La fuerza mayor o caso fortuito, por lo general libera a una o a todas las partes de un contrato, de pagar o responder por daños causados por el incumplimiento de una obligación, originado en un hecho constitutivo de fuerza mayor o causa fortuita.

La honorable Corte Suprema de Justicia Cas. Civ. de 7 de marzo de 1939, XLVII: 'Se ha sostenido que la institución del caso fortuito o de fuera mayor es originario del derecho romano, en donde, para explicarla, se hizo referencia a las inundaciones, las incursiones de enemigos, los incendios, el terremoto, el rayo, el huracán, etc. Más concretamente entendieron los romanos, por caso fortuito, todo suceso "**que la mente humana no puede prever, o lo que, previsto, no se puede resistir**. Tales son las inundaciones, las incursiones de enemigos, los incendios "(Quod humano captu preaevideri non potest, anut cui preaviso non potest resisti. Tales sunt aquarum inundationes, incursus hostium, incendia). 2. También, desde tiempos inmemoriales se viene controvirtiendo la distinción o, por el contrario, la equivalencia o sinonimia de los conceptos 'caso fortuito" y "fuerza mayor". Quienes se han ubicado en primera posición, han acudido, para destacar la diferencia, a varios criterios, así: a) A la causa del acontecimiento, o sea, el caso fortuito

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

concierne a hechos provenientes del hombre; en cambio la fuerza mayor toca con los hechos producidos por la naturaleza; b) A la conducta del Agente, esto es, al paso que el caso fortuito es la impotencia relativa para superar el hecho, la fuerza mayor es la imposibilidad absoluta; c) A la importancia del acontecimiento, vale decir, que los hechos más destacados y significativos constituyen casos de fuerza mayor y los menos importantes, casos fortuitos; d) Al elemento que lo integra, por cuanto el caso fortuito se estructura por ser imprevisible el acontecimiento y, en cambio, la fuerza mayor por la irresistibilidad del hecho; y, e) A la exterioridad del acontecimiento, o sea, el caso fortuito es el suceso interno que, por ende, ocurre dentro de la órbita de la actividad del deudor o del agente del daño; la fuerza mayor consiste en el acontecimiento externo y puramente objetivo. Y, algunos de los que se ubican en este criterio, no le conceder efecto liberatorio de responsabilidad al caso fortuito sino a la fuerza mayor, como por ejemplo, Josserand y Adolfo Exner. 3. La jurisprudencia nacional no ha estado por entero ausente de la querella de distinguir el caso fortuito de la fuerza mayor, como quiera que, así no sea ese el criterio dominante en la doctrina de la Corte, sí ha sostenido en algunas ocasiones que si bien producen el mismo efecto, "esas dos figuras son distintas y responden a formas también muy diversas". (Cas. Civ. de 7 de marzo de 1939, XLVII, 707) 4. Empero, el criterio más sólido y de mayor aceptación en el campo del derecho civil, es el de la identidad de concepto entre el caso fortuito y la fuerza mayor, tal como se desprende del texto del derogado artículo 64 del Código Civil y, de la forma como quedó concebido el artículo 1º. De la Ley 95 de 1890, que sustituyo a aquel. En efecto, la identidad de ambos conceptos, se pone de manifiesto, por lo siguiente: a) El derogado artículo 64 del C.C., decía: "Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto o que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc". Por su parte, el artículo 1º de la Ley 95 de 1890, establece: "Se llama fuerza mayor o caso fortuito el impresito [sic] a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc". Lo cual se traduce en expresar, en su recto sentido y alcance, como lo sostienen algunos disertos civilistas: que fuerza mayor es el hecho imprevisto a que no es posible resistir y, en igual forma, caso fortuito es el hecho imprevisto a que no es posible resistir; b) Que sería inexplicable y, algo más, un contrasentido, que el legislador definiera de idéntica manera dos nociones diferentes; c) que la conjunción o empleada en la expresión "fuerza mayor o caso fortuito", no es disyuntiva, o sea, no denota diferencia ni separa, sino por el contratio [sic] exterioriza o denota equivalencia. Y así lo ha entendido la Corte, como puede verse en fallos de 26 de mayo de 1936 (XLIII, 581) y 3 de agosto de 1949 (C.J. No. 2075, 585). 5. Cuando se creía superada la controversia sobre la diferencia o identidad de conceptos entre el caso fortuito y la fuerza mayor, vino la legislación comercial a dejar entrever que se trata de nociones distintas al establecer, dentro del contrato de transporte, que el transportador solo podrá exonerarse, total o parcialmente de su responsabilidad por la inejecución o ejecución defectuosa o tardía de sus obligaciones, "mediante prueba de fuerza mayor", para agregar luego que "El caso fortuito que reúna las condiciones de la fuerza mayor se regirá por las reglas de ésta". (Art. 992). Tal como quedó concebido el art. 992 del C. de Comercio, la fuerza mayor y el caso fortuito no responden a una noción unitaria. 6. Regresando al punto controvertido en el litigio, se tiene que según el artículo 1 de la Ley

95 de 1890, la fuerza mayor o caso fortuito se configura por la concurrencia de dos factores: a) que el hecho sea imprevisible, esto es, que dentro de las circunstancias normales de la vida, no sea posible contemplar por anticipado su ocurrencia. Por el contrario, si el hecho razonablemente hubiera podido preverse, por ser un acontecimiento normal o de ocurrencia frecuente, tal hecho no estructura el elemento imprevisible; y b) Que el hecho sea irresistible, o sea, que el agente no pueda evitar su acaecimiento ni superar sus consecuencias. En este preciso punto es indispensable anotar la diferencia existente entre la imposibilidad para resistir o superar el hecho y la dificultad para enfrentarlo. Porque un hecho no constituye caso fortuito o fuerza mayor, por la sola circunstancia de que se haga más difícil o más onerosa de lo previsto inicialmente. 7. Según el verdadero sentido o inteligencia del artículo 1º de la Ley 95 de 1890, los elementos integrantes del caso fortuito o fuerza mayor, antes reseñados, deben ser concurrentes, lo cual se traduce en que si el hecho o suceso ciertamente es imprevisible pero se le puede resistir, no se da tal fenómeno, como tampoco se configura cuando a pesar de ser irresistible pudo preverse. De suerte que la ausencia de uno de sus elementos elimina la estructuración del caso fortuito o fuerza mayor. Así lo ha afirmado la jurisprudencia patria al sostener que "Si el deudor, a sabiendas, se embarca en una nave averiada, que zozobra., si temerariamente se expone a la acción de sus enemigos o comete faltas que lo coloquen a merced de la autoridad; o no toma las medidas adecuadas que hubieran evitado la inundación de su propiedad, sin embargo de que se cumple un acontecimiento por su naturaleza extraño y dominador, no configuraría un caso fortuito liberatorio del deudor. Es que los caracteres esenciales del caso fortuito son la imprevisibilidad y la irresistibilidad. Por consiguiente, se está bajo el dominio de lo fortuito cuando el deudor se imposibilita totalmente para cumplir su obligación por causa de un evento imprevisible. Cuando el acontecimiento es susceptible de ser humanamente previsto, por más súbito y arrolador [sic] de la voluntad que parezca, no genera el caso fortuito ni la fuerza mayor". (Sentencia de 31 de agosto de 1942, LIV, 377). Idéntica conclusión se ofrece, dice la Corte, cuando siendo imprevisible el acontecimiento, se le puede resistir. (Cas. Civ. de 26 de mayo de 1936, 584). 8. Sí solo puede calificarse como caso fortuito o fuerza mayor el hecho que concurrentemente contemple los caracteres de imprevisible e irresistible, no resulta propio elaborar un listado de los acontecimientos que constituyen tal fenómeno, ni de los que no lo constituyen. Por tal virtud, ha sostenido la doctrina nacional y foránea que un acontecimiento determinado no puede calificarse fatalmente, por si mismo y por fuerza de su naturaleza específica, como constitutivo de fuerza mayor o caso fortuito, puesto que es indispensable, en cada caso o acontecimiento, analizar y ponderar todas las circunstancias que rodearon el hecho. Precisamente la jurisprudencia nacional, teniendo en cuenta lo que se acaba de afirmar y los hechos que señala la ley como ejemplos de caso fortuito o fuerza mayor, ha afirmado que "el naufragio, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad, propuestos por el artículo citado (1º. De la Ley 95 de 1890), como ejemplos de casos fortuitos, no son siempre y en todo evento causas de irresponsabilidad contractual. Eso depende de las circunstancias y del cuidado que haya puesto el deudor para prevenirlos. Si el deudor a sabiendas se embarca en una nave averiada, que zozobra; si temerariamente se expone a la acción de sus enemigos o comete faltas que lo coloquen a merced de la autoridad; o no toma las medidas adecuadas que hubieran evitado la inundación de su propiedad, sin embargo de

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

que se cumple un acontecimiento por naturaleza extraño o dominador, no congiruraría [sic] un caso fortuito." (Sentencia de 31 de agosto de 1942, G.J. No. 1989. Pág. 376) De suerte que no existe un modelo ideal de fenómeno que sirva para determinar si un acontecimiento, considerado en forma abstracta y general, es o no caso fortuito o fuerza mayor, porque, se reitera, para concederle tal categoría, fuera de ser irresistible, debe ser imprevisible, lo que depende esencialmente de la forma como el acontecimiento se presenta, o sea, de las circunstancias que lo rodearon. Y precisamente en Francia, a raíz de la Segunda Guerra Mundial, se presentaron numerosos litigios, habiendo establecido la Corte de Casación, como criterio, que era necesario considerar cada caso en particular. 9. Con fundamento en lo antes expresado, tiene dicho la Corporación que "correspondiendo al sentenciador de instancia, en uso de la facultad discrecional que le compete respecto de la apreciación de las cuestiones de hecho, reconocer y verificar los elementos objetivamente constitutivos de la fuerza mayor o caso fortuito, mediante la debida ponderación de los elementos probatorios de la causa, no puede la Corte rectificar esa apreciación, mientras no resulte convicta de un error de hecho evidente". (Cas. Civ. de 16 de Septiembre de 1961 T. XCVII Pág. 71)". [**Corte Suprema de Justicia, Sentencia del veinte (20) de noviembre de mil novecientos ochenta y nueve (1989)**]

"Según el verdadero sentido o inteligencia del artículo 1º de la ley 95 de 1890, los elementos integrantes del caso fortuito o fuerza mayor (…), deben ser concurrentes (imprevisibilidad e irresistibilidad) lo cual se traduce en que si el hecho o suceso ciertamente es imprevisible pero se le puede resistir, no se da tal fenómeno, como tampoco se configura a pesar de ser irresistible pudo preverse. De suerte que la ausencia de uno de sus elementos elimina la estructuración de la fuerza mayor o caso fortuito…

Si sólo puede calificarse como caso fortuito o fuerza mayor el hecho que concurrentemente contemple los caracteres de imprevisible e irresistible, no resulta propio elaborar un listado de los acontecimientos que constituyen tal fenómeno, ni de los que no lo constituyen. Por tal virtud, ha sostenido la doctrina nacional y foránea que un acontecimiento determinado no puede calificarse fatalmente, por sí mismo y por fuerza de su naturaleza específica, como constitutivo de fuerza mayor o caso fortuito, puesto que es indispensable, en cada caso o acontecimiento, analizar y ponderar todas las circunstancias que rodean el hecho. [**Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil Sentencia de fecha noviembre 20 de 1989**.]". (Subrayado fuera de texto).
Respecto al alcance de los elementos constitutivos de fuerza mayor o caso fortuito, ha señalado la jurisprudencia:

"La doctrina y la jurisprudencia enseñan que los elementos constitutivos de la fuerza mayor como hecho eximente de responsabilidad contractual y extracontractual son: la inimputabilidad, la imprevisibilidad y la irresistibilidad. El primero consiste en que el hecho que se invoca como fuerza mayor o caso fortuito, no se derive en modo alguno de la conducta culpable del obligado, de su estado de culpa precedente o concomitante del hecho. El segundo se tiene cuando el suceso escapa a las previsiones normales, esto es, que ante la conducta prudente adoptada por el que alega el caso fortuito, era imposible

de preverlo. Y la irresistibilidad radica en que ante las medidas tomadas fue imposible evitar que el hecho se presentara. (…) [**Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de noviembre 13 de 1962. Estos criterios fueron reiterados mediante sentencia de la misma Sala de la Corte, en sentencia de mayo 31 de 1965**].".(Subrayado fuera de texto).
"…[la] imprevisibilidad del caso fortuito es una cuestión de hecho que el juzgador debe apreciar concretamente en cada situación, tomando como criterio para el efecto la normalidad o la frecuencia del acontecimiento, o por el contrario, su rareza y perpetuidad; si tal acontecimiento es frecuente, y más aún, si suele presentarse con cierta periodicidad, no constituye un caso fortuito porque el obligado razonablemente ha debido preverlo y medir su propia habilidad para conjurarlo, o bien abstenerse de contraer el riesgo de no creer que podría evitarlo; por el contrario, si se trata de un evento de rara ocurrencia, que se ha presentado en forma súbita y sorpresiva, hay caso fortuito, porque nadie está obligado a prever lo que es excepcional y esporádico. Pero, además, el hecho de que se trata debe ser irresistible. Así como la expresión caso fortuito traduce **la requerida imprevisibilidad de su ocurrencia,** la fuerza mayor empleada como sinónimo de aquélla en la definición legal, relieva esta otra característica que ha de ofrecer tal hecho: al ser fatal, irresistible, incontrastable, hasta el punto que el obligado no pueda evitar su acaecimiento ni superar sus consecuencias [**Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de febrero 27 de 1974**]" (Subrayado fuera de texto).

Dado lo anterior se tiene que no había forma de establecer que pudiese existir una compresa de más dado que el cuerpo médico y de cirugía conto las compresas como se evidencia en la historia clínica y no se podía evidenciar la existencia de una de más. Dado loa anterior esta excepción esta llamada a progresar.

Con base en la norma transcrita solicito al señor juez reconocer oficiosamente en sentencia las excepciones que se hallen probadas.

LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho en favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual me referiré en los alegatos de conclusión y luego de la práctica de las pruebas

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Artículo 206 del Código General del Proceso; Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia; Artículo 1568 del Código Civil y demás normas concordantes.

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

A LOS MEDIOS DE PRUEBA

1. **A LAS PRUEBAS PRESENTADAS POR LA PARTE ACTORA**

DECLARACION DE PARTE: OBJETO Y ME OPONGO Como está estructurada su petición SIENDO DEMANDANTES PRETENDEN TAMBIEN SER TESTIGOS DE PERJUICIOS MORALES, que de acceder el despacho a esta declaración en ESO SE CONVERTIRIAN.

Es de resaltar que para ello la misma norma establece LA OPORTUNIDAD PROCESAL solicitada de manera clara y explicita en el libelo demandtorio y dando entonces la oportunidad de que familiares amigos y conocidos que presenciaron los hechos y vivieron y acompañaron al paciente se presenten al Despacho en la oportunidad procesal pertinente a deponer sobre ello.

Dadas mi explicaciones y fundamentos de hecho y derecho SOLICITO SEÑOR JUEZ SE DESESTIME Y NIEGUE ESTA PRUEBA solicitada de esta manera por la parte ACTORA.

DOCUMENTALES

En cuanto a las documentales me atengo a lo que resulte probado, ya que los documentos que se aportan como prueba en el proceso deben reunir los requisitos de los artículos 164 ss y los artículos 185 a 190 del Código General del Proceso y solo en esa medida tendrá el respectivo valor probatorio, debiendo el juez resolver sobre su valor probatorio.

PRUEBA PERICIAL de la parte demandante:

Me opongo al decreto de los dictámenes periciales que llegara a solicitar la parte actora en el proceso dado que no fue aportada en el libelo demandatorio como lo establece la norma vigente. No es de recibo que en la demanda se hable de aportarlo en la reforma de la demanda y en ella tampoco fue aportado, dado que su oportunidad procesal para esta prueba no la tomo la parte demandante, desde ya me opongo a que sea decretada dicha prueba.

CONTRADICCION DEL DICTAMEN PERICIAL: en el eventual caso que por cualquier motivo se le conceda esta prueba a la parte demandante y de conformidad al artículo 228 del Código General del Proceso, me permito solicitar la comparecencia del perito a la audiencia para que rinda su experticia en la audiencia en la cual procederé a ejercer la contradicción del dictamen. De igual forma en caso de que se llegue a decretar por parte del despacho bien sea de oficio o a solicitud de cualquiera de las partes otro dictamen pericial se solicita en esta instancia la comparecencia del perito que rinda la experticia para ejercer la contradicción del mismo.

INTERROGATORIO DE PARTE

2. Solicito el interrogatorio de los demandantes **GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO**, para absuelvan interrogatorio de parte sobre

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

los hechos de la demanda y sobre todos los aspectos relevantes que sean necesarios para aclarar los hechos y las pretensiones.

3. Solicito el interrogatorio del **REPRESENTANTE LEGAL DE SALUD TOTAL EPS** que acuda a la AUDIENCIA, para que absuelva interrogatorio de parte sobre los hechos de la demanda y sobre todos los aspectos relevantes que sean necesarios para aclarar los hechos y las pretensiones.

4. Solicito el interrogatorio de los **REPRESENTANTES LEGALES DE LAS IPS** o ENTIDADES que en el proceso sean codemandadas o llamadas en garantía y que acuda a la AUDIENCIA, para que absuelva interrogatorio de parte sobre los hechos de la demanda y sobre todos los aspectos relevantes que sean necesarios para aclarar los hechos y las pretensiones.

2. PRUEBAS SOLICITADAS Y APORTADAS POR CLINCIA VERSALLES S.A..

De la manera más atenta le solicito citar a las siguientes personas para que respondan las preguntas relacionadas con el proceso, las cuales se les formularan verbalmente o por escrito en la correspondiente diligencia:

PRUEBA TESTIMONIAL:

MEDICOS GENERALES

Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **DANIELA GONZALEZ GIRALDO MEDICINA GENERAL** el cual podrá ser citado en el correo electrónico **gonzalezd68@gmail.com** o lidercontable@clinicaversalles.com.co, para que declare sobre la atención médica brindada al señor GIANCARLOS ESTEVEZ , así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada a partir del 28 de abril de 2018 desde su ingreso y hasta el egreso de la CLINICA VERSALLES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos 1 al 41 , de lo expuesto en el libelo demandatorio .

Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO MEDICINA GENERAL** el cual podrá ser citado en el correo electrónico **diana.restrepo.osorio@gmail.com** o lidercontable@clinicaversalles.com.co, para que declare sobre la atención médica brindada al señor GIANCARLOS ESTEVEZ , así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada a partir del 28 de abril de 2018 desde su ingreso y hasta el egreso de la CLINICA VERSALLES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos 1 al 41 , de lo expuesto en el libelo demandatorio

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

UROLOGIA

Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO UROLOGIA** el cual podrá ser citado en el correo electrónico **lidercontable@clinicaversalles.com.co** para que declare sobre la atención médica brindada al señor GIANCARLOS ESTEVEZ , así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada a partir del 28 de abril de 2018 desde su ingreso y hasta el egreso de la CLINICA VERSALLES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos 1 al 41 , de lo expuesto en el libelo demandatorio

ANESTESIOLOGO

Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **OLIVER JUNIOR ARTEAGA RUBIANO radiólogo** el cual podrá ser citado en el correo electrónico lidercontable@clinicaversalles.com.co, para que declare sobre la atención médica brindada al señor GIANCARLOS ESTEVEZ , así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada a partir del 28 de abril de 2018 desde su ingreso y hasta el egreso de la CLINICA VERSALLES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos 1 al 41 , de lo expuesto en el libelo demandatorio

ENFERMERIA

Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **SEBASTIAN ARIAS SALAZARENFERMERIA sebasa.09@hotmail.com** o lidercontable@clinicaversalles.com.co, para que declare sobre la atención médica brindada al señor GIANCARLOS ESTEVEZ , así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada a partir del 28 de abril de 2018 desde su ingreso y hasta el egreso de la CLINICA VERSALLES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos 1 al 41 , de lo expuesto en el libelo demandatorio

Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **MARIA FERNANDA OCAMPO LONDOÑO ENFERMERIA mafe-2910@hotmail.com** o lidercontable@clinicaversalles.com.co, para que declare sobre la atención médica brindada al señor GIANCARLOS ESTEVEZ , así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada a partir del 28 de abril de 2018 desde su ingreso y hasta el egreso de la CLINICA VERSALLES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos 1 al 41 , de lo expuesto en el libelo demandatorio

Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **LUISA FERNANDA RAMIREZ CARDENASENFERMERIA lframirezc@hotmail.com** o lidercontable@clinicaversalles.com.co, para que declare sobre la atención médica brindada al señor GIANCARLOS ESTEVEZ , así como por menores científicos y técnicos de la atención médica brindada a partir del 28 de abril de 2018 desde su ingreso y hasta el egreso de la CLINICA VERSALLES, en este mismo sentido sobre lo que sepa y le conste correspondientes a los hechos 1 al 41 , de lo expuesto en el libelo demandatorio

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

PRUEBA PERICIAL: Acogiéndonos al tenor del Artículo 227 del C.G.P., y teniendo en cuenta, que el dictamen que se requiere para este caso corresponde a un especialidad de la medicina, como lo es la UROLOGIA , solicitamos al despacho se nos otorgue el plazo de 10 días, que contempla el artículo en referencia, para hacer entrega del peritaje al Despacho.

PROCEDIMIENTO, CUANTIA Y COMPETENCIA

Por carecer de pretensiones materiales y solo presentar requerimientos extramatrimoniales sin formulas nos oponemos a lo pretendido por carecer de pruebas que determinen la cuantía, aunado a ser de determinación exclusiva del despacho, la competencia se acepta por motivos procesales.

SOLICITUD

1. Se absuelva a CLINCIA VERSALLES S.A. de cada una de las pretensiones de la demanda, por no existir responsabilidad alguna en los hechos objeto de la misma, teniendo en cuenta que la atención brindada por mi representada inicio el 28 de noviembre del 2016 y lo objetado en la demanda acaeció el 15 de noviembre de 2016.

2. Se declare a CLINCIA VERSALLES S.A. exenta de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda, dado que no existió ninguna conducta de mi representada de la cual se desprenda la causa generadora de los supuestos perjuicios creados a los demandantes.

3. Se declare a CLINCIA VERSALLES S.A. exenta de cualquier responsabilidad sobre los hechos objeto de la demanda, dada la responsabilidad individual**.**

4. Se condene en costas y agencias en derecho a los demandantes por ser sus pretensiones manifiestamente infundadas por cuanto no existió responsabilidad en el actuar de CLINCIA VERSALLES S.A..**,** comedidamente le pido al señor Juez los condene en costas y agencias en derecho a favor de mi representada.

5. En la medida que no se acceda a las solicitudes antes expuestas, solicito se realice una graduación de culpas partiendo de la incidencia de cada uno de los actores en el hecho generador del daño, de tal forma que en la condena que se llegue a imponer se determine para cada demandado la proporción del monto a pagar de acuerdo a su incidencia en el hecho generador del daño y el daño mismo

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

FUNDAMENTOS DE DERECHO Y RAZONES DE DEFENSA:

Artículo 206 del Código General del Proceso, Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia., ley 23 de 1981, ley 1564 de 2012, ley 100 de 1993, resolución 4331 de 2012, ley 122 de 2007, Artículo 1494 y siguientes del código Civil; 1602 del Código Civil Colombiano.

ANEXOS:

1. Los indicados en el acápite de pruebas.
2. Escrito separado que contiene llamamiento en garantía a la aseguradora ALLIANZ SEGUROS S.A.
3. Escrito separado que contiene llamamiento en garantía a la aseguradora CHUBB DE COLOMBIA S.A
4. Escrito separado que contiene llamamiento en garantía a la aseguradora MEDICOS GENERALES
5. Escrito separado que contiene llamado en Litis consorcio a la Medico Uróloga y al Centro de Diagnóstico Urológico.
6. Poder a mi nombre
7. Certificado de existencia y representación legal de CLINCIA VERSALLES S.A.

NOTIFICACIONES.

Atenderé notificaciones tanto las personales en el correo electrónico estadosjudiciales@ospedale.com.co; mi poderdante al correo electrónico lidercontable@clinicaversalles.com.co o en la sede de la CLINICA VERSALLES en Manizales, Carrera 22 N° 25-19.

Al DEMANDANTE: gestevezmurillo@gmail.com
Al APODERADO de la parte DEMANDANTE: Se desconoce, el apoderado no lo aporto en la demanda y tampoco en la subsanación de la misma, fuimos notificados directamente por el juzgado.
A SALUD TOTAL: notificacionesjud@saludtotal.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente;



OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ
C.C. No. 34.543.168 de Popayán (C)
T.P. No. 115.245 del C.S de la J.
Móvil: 3104567071
Correo E: estadosjudiciales@ospedale.com.co

Cali, Octubre del 2020

Señor:
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
MANIZALES– CALDAS
E. S. D.

Referencia: Proceso Verbal de Responsabilidad Médica
Radicación: 2020-00014-00
Demandante: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO y otros
Demandada: SALUD TOTAL Y CLINICA VERSALLES S.A.
Correo apoderada judicial: estadosjudiciales@ospedale.com.co

MARIANA QUINTERO POLANIA, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía número 30.287.116, actuando en calidad de representante legal suplente de CLÍNICA VERSALLES S.A, sociedad comercial con domicilio en Manizales, identificada con NIT 810.003.245-1 , tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Manizales, por medio del presente escrito, confiero PODER especial, amplio y suficiente a la doctora OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 34.543.168 de Popayán, abogada en ejercicio, con tarjeta profesional No. 115.245 del C. S. de la J. para que represente los intereses de la CLINICA VERSALLES S.A. dentro del proceso de la referencia.

En desarrollo del presente mandato, el Apoderado, además de las facultades consagradas en el Artículo 77 del Código General del Proceso, queda facultada para llevar mi representación hasta la culminación del proceso, también para conciliar, llamar en garantía, denunciar el pleito, transigir, recibir, comprometer, desistir, solicitar la práctica de pruebas, aportar documentos, tachar documentos, presentar liquidaciones por perjuicios, iniciar ejecuciones para el cobro de costas, perjuicios y condenas, sustituir el presente poder, reasumirlo, renunciarlo, interponer recursos y en fin, para ejercer en nombre e interés de la sociedad, todas las facultades inherentes a la naturaleza del mandato que le conferimos. La

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Jurídico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

g-ocho
por tu bien
operado por Grupo Ospedale

apoderada carece de facultades para confesar., que no falte atribución alguna para la mejor defensa de los intereses de CLINICA VERSALLES S.A.

Sírvase señor Juez, reconocer suficiente personería a mi apoderada para actuar.

Confiero,

Mariana Q

MARIANA QUINTERO POLANIA
C.C. No. 30.287.116 de Manizales
Representante Legal (s)
CLINICA VERSALLES S.A.
lidercontable@clinicaversallessa.com.co

Acepto,

OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ
C.C. No. 34.543.168
T.P. No. 115.245 del C. S. de la J.
estadosjudiciales@ospedale.com.co

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Artículos 68 Dec 960 de 1970 y 31 Dec 2148 de 1983.
Ante el Notario Segundo de Manizales (Caldas) compareció
Mariana Quintero Polania quien
presentó su cédula 30287116 de Mzls.
Y expuso que el contenido de este documento es cierto y que la firma puesta en el es suya, colocada en mi presencia.
En constancia se
firma hoy 20 OCT. 2020

Mariana Q
30287116

DE ACUERDO AL ART. 3° DE LA RESOLUCIÓN 6467 DEL 11-06-2019 SE REALIZA LA PRESENTE AUTENTICACIÓN POR EL SISTEMA TRADICIONAL POR:
1) Imposibilidad de captura en la huella ( )
2) Diligencia fuera del despacho
3) Fallas eléctricas
4) Fallas en el Sistema
( )

NOTARIA SEGUNDA
JORGE MANRIQUE ANDRADE
NOTARIO
MANIZALES - CALDAS

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Jurídico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: CLINICA VERSALLES S.A.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD ANóNIMA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 810003245-1
ADMINISTRACIÓN DIAN : MANIZALES
DOMICILIO : MANIZALES

MATRICULA – INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 84553
FECHA DE MATRÍCULA : FEBRERO 23 DE 2000
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : JULIO 03 DE 2020
ACTIVO TOTAL : 56,534,830,000.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CR 51 24 50
BARRIO : VERSALLES
MUNICIPIO / DOMICILIO: 17001 - MANIZALES
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 8879100
TELÉFONO COMERCIAL 2 : 8852649
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : lidercontable@clinicaversallessa.com.co

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CR 51 24 50
MUNICIPIO : 17001 - MANIZALES
BARRIO : VERSALLES
TELÉFONO 1 : 8879100
TELÉFONO 2 : 8852649
CORREO ELECTRÓNICO : lidercontable@clinicaversallessa.com.co

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : lidercontable@clinicaversallessa.com.co

CERTIFICA – ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : L6810 - ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS
OTRAS ACTIVIDADES : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA – CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 179 DEL 10 DE FEBRERO DE 2000 DE LA NOTARIA 002 DE MANIZALES, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 40528 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE FEBRERO DE 2000, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CLINICA VERSALLES S.A..

CERTIFICA – REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
EP-4227	20040915	NOTARIA CUARTA	MANIZALES	RM09-46910	20040921
EP-3767	20170531	NOTARIA SEGUNDA	MANIZALES	RM09-76930	20170731
EP-7312	20171020	NOTARIA SEGUNDA	MANIZALES	RM09-77484	20171030

CERTIFICA – VIGENCIA

QUE LA DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VIGENCIA) ES HASTA EL 10 DE FEBRERO DE 2099

CERTIFICA – OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD SE PROPONE COMO OBJETO SOCIAL PRINCIPAL EL DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: 1. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS EN TODAS LAS ESPECIALIDADES, HOSPITALARIOS, QUIRÚRGICOS, DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICOS Y DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LAS PROFESIONES MÉDICAS Y PARAMÉDICAS. 2. LA ORGANIZACIÓN, MONTAJE Y ADMINISTRACIÓN DE CLÍNICAS, HOSPITALES, CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y UNIDADES DE TRATAMIENTO. 3. LA CELEBRACIÓN CON ENTIDADES PÚBLICAS O PRIVADAS DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN TODAS LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS Y PARAMÉDICAS, INCLUYENDO LOS SERVICIOS DE EVALUACIÓN PRE Y POS-OPERATORIOS QUE REQUIERA EL PACIENTE. 4. LA ASISTENCIA CIENTÍFICA EN LAS DIFERENTES RAMAS MÉDICAS Y PARAMÉDICAS A HOSPITALES, CLÍNICAS Y UNIVERSIDADES. 5. LA ORGANIZACIÓN DE CONGRESOS, SIMPOSIOS, SEMINARIOS Y CHARLAS PARA EL DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO DE LA MEDICINA. EN CUMPLIMIENTO Y PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO PREVISTO, LA SOCIEDAD PODRÁ, EN PARTICULAR, CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PROFESIONALES EN TODAS LAS ÁREAS QUE CONSTITUYEN SU OBJETO, Y EN GENERAL, EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS QUE GUARDEN RELACIÓN DIRECTA CON SU OBJETO SOCIAL; PRESTAR SERVICIOS DE CONSULTORÍA Y ASESORÍA, DIRECTAMENTE, O A TRAVÉS DE OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS; CELEBRAR TODA CLASE DE ACTOS Y CONTRATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE CLÍNICAS, HOSPITALES, CENTROS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, INMUEBLES, ADQUIRIR BIENES MUEBLES E INMUEBLES A CUALQUIER TÍTULO, ENAJENARLOS O DE CUALQUIER OTRO FORMA DISPONER DE ELLOS, GRAVARLOS CON PRENDA O HIPOTECA, LIMITAR SU DOMINIO, DARLOS EN GARANTÍA A TERCEROS POR OBLIGACIONES PROPIAS O POR OBLIGACIONES DE LAS SOCIEDADES SOCIAS O DE LAS SOCIEDADES QUE SE CONSTITUYEN O FORTALEZCAN CON INVERSIÓN DE CAPITAL, DAR O TOMAR EN ARRENDAMIENTO O COMODATO BIENES MUEBLES O INMUEBLES;; CELEBRAR EL CONTRATO DE LEASING EN CUALQUIERA DE SUS FORMAS; CELEBRAR OPERACIONES SOBRE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, PARTICIPAR COMO SOCIO O ACCIONISTA EN LA CONSTITUCIÓN EN TODA CLASE DE SOCIEDADES COMERCIALES O CIVILES Y ADQUIRIR A CUALQUIER TÍTULO CUOTAS, PARTES O ACCIONES EN ESTA MISMA CLASE DE SOCIEDADES; DAR, ACEPTAR, NEGOCIAR, PAGAR, ENDOSAR, CANCELAR, VENDER, REVENDER TÍTULOS VALORES DE TODA CLASE, CELEBRAR EL CONTRATO DE MUTUO A INTERÉS O SIN ÉL, CON GARANTÍA O SIN ELLA, CELEBRAR CONTRATOS BANCARIOS, EN GENERAL REALIZAR TODA CLASE DE ACTOS Y OPERACIONES CIVILES Y MERCANTILES, EXPLOTAR ACTIVIDADES EMPRESARIALES, SIEMPRE EN RELACIÓN CON EL OBJETO INDICADO, SIN QUE PUEDA DECIRSE QUE LA SOCIEDAD CARECE DE CAPACIDAD PARA DESARROLLAR CUALQUIER ACTO DE TAL NATURALEZA. PARAGRAFO PRIMERO: DE ACUERDO CON LA LEY, SE ENTIENDEN INCLUIDOS EN EL OBJETO SOCIAL LOS ACTOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL MISMO Y LOS QUE TENGAN COMO FINALIDAD EJERCER LOS DERECHOS O CUMPLIR LAS OBLIGACIONES LEGALES O CONVENCIONALMENTE DERIVADOS DE LA EXISTENCIA DE LA SOCIEDAD. PARAGRAFO SEGUNDO: LA SOCIEDAD PODRÁ FUSIONARSE CON OTRA U OTRAS SOCIEDADES QUE TENGAN UN OBJETO SOCIAL IGUAL O PARECIDO AL QUE LA SOCIEDAD SE PROPONE, PODRÁ, IGUALMENTE ABSORBER O FUSIONAR OTRA U OTRAS SOCIEDADES, O ESCINDIRSE; PODRÁ, IGUALMENTE, FORMAR CONSORCIOS O UNIONES TEMPORALES PARA PARTICIPAR EN TODO GÉNERO DE LICITACIONES PÚBLICAS O PRIVADAS. PARAGRAFO TERCERO: QUEDA PROHIBIDO A LA SOCIEDAD PRESTAR FIANZAS O AVALES DE CUALQUIER CLASE O GARANTIZAR CON SU FIRMA O

CON SUS BIENES, OBLIGACIONES DE TERCEROS EN LAS QUE NO TENGA INTERÉS DIRECTO LA COMPAÑIA.

CERTIFICA – CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	5.900.000.000,00	5.900.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	5.566.443.000,00	5.566.443,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	5.566.443.000,00		

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA – PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 13 DEL 27 DE SEPTIEMBRE DE 2004 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 46979 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 06 DE OCTUBRE DE 2004, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	MONCADA ESCOBAR JUAN CARLOS	CC 10,109,088

POR ACTA NÚMERO 10 DEL 28 DE MARZO DE 2004 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 46883 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2004, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO RENGLON	JUAN MANUEL VENEGAS CEBALLOS	CC 10,249,207

POR ACTA NÚMERO 10 DEL 28 DE MARZO DE 2004 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 46883 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2004, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
TERCER RENGLON	JIMENEZ MEJIA LUIS FERNANDO	CC 75,090,033

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA – SUPLENTES

POR EXTRACTO DEL ACTA NÚMERO 047 DEL 19 DE MAYO DE 2020 DE Asamblea General Extraordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85525 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 05 DE JULIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	JIMENEZ GIRALDO ANDRES FELIPE	CC 17,339,337

POR ACTA NÚMERO 10 DEL 28 DE MARZO DE 2004 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 46883 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2004, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO RENGLON	JIMENEZ MEJIA JORGE HUGO	CC 75,073,779

POR ACTA NÚMERO 10 DEL 28 DE MARZO DE 2004 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 46883 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 09 DE SEPTIEMBRE DE 2004, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
TERCER RENGLON	JIMENEZ MEJIA FELIPE	CC 75,098,330

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES – PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 45 DEL 20 DE FEBRERO DE 2020 DE Asamblea Extraordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 84677 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 20 DE FEBRERO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	ESTRADA AGUDELO LUZ MARINA	CC 42,794,735

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 43 DEL 13 DE MARZO DE 2019 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 81569 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE MARZO DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE SUPLENTE	QUINTERO POLANIA MARIANA	CC 30,287,116

CERTIFICA – FACULTADES Y LIMITACIONES

ADMINISTRACION: LA SOCIEDAD TIENE LOS SIGUIENTES ORGANOS SOCIALES: A) ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS; B) JUNTA DIRECTIVA; C) GERENCIA.

LA REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA COMPAÑIA Y LA ADMINISTRACIÓN DE LOS NEGOCIOS SOCIALES COMPETE AL GERENTE DE LA SOCIEDAD. EL GERENTE EN SUS FALTAS ABSOLUTAS O TEMPORALES SERÁ REEMPLAZADO POR SU SUPLENTE, IGUALMENTE ELEGIDO POR LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS.

FACULTADES Y OBLIGACIONES DEL GERENTE. SALVO LAS LIMITACIONES ESTABLECIDAS EN LOS ESTATUTOS EN RAZÓN DE LA COMPETENCIA ESTABLECIDA A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y A LA JUNTA DIRECTIVA, PODRÁ EL GERENTE DE LA SOCIEDAD EN EJERCICIO DE SU CARGO, EJECUTAR CUALQUIER ACTO CONTRATO, SIN LIMITACIÓN ALGUNA EN CUANTO A LA NATURALEZA O LA CUANTÍA DEL MISMO, PARA LO CUAL PODRÁ REPRESENTAR JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE A LA COMPAÑIA, ENAJENAR BIENES SOCIALES, FUNDAR SOCIEDADES, NEGOCIAR ACCIONES, CUOTAS O PARTES DE INTERÉS Y EJERCER TODOS LOS ACTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS MISMAS, CONSTITUIR APODERADOS, COMPARECER EN JUICIO, COMPROMETER Y DESISTIR, TOMAR DINERO EN PRÉSTAMOS, HACER EMPRÉSTITOS BANCARIOS, GIRAR, NEGOCIAR, Y PROTESTAR, AVALAR Y PAGAR TÍTULOS VALORES U OTROS EFECTOS DE COMERCIO. PARAGRAFO UNICO. DEBERES DEL GERENTE: COMO ADMINISTRADOR DE LA SOCIEDAD, LE CORRESPONDE REALIZAR LOS ESFUERZOS CONDUCENTES AL ADECUADO DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL, VELAR POR EL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O ESTATUTARIAS, VELAR POR QUE SE PERMITA LA ADECUADA REALIZACIÓN DE LAS FUNCIONES ENCOMENDADAS A LA REVISORÍA FISCAL, GUARDAR Y PROTEGER LA RESERVA COMERCIAL E INDUSTRIAL DE LA SOCIEDAD, ABSTENERSE DE UTILIZAR INDEBIDAMENTE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA, DAR UN TRATO EQUITATIVO A TODOS LOS ACCIONISTAS Y RESPETAR EL EJERCICIO DEL DERECHO DE INSPECCION DE TODOS ELLOS ABSTENERSE DE PARTICIPAR POR SI O POR INTERPUESTA PERSONA EN INTERES PERSONAL O DE TERCEROS, EN ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN COMPETENCIA CON LA SOCIEDAD EN ACTOS RESPECTO DE LOS CUALES EXISTA CONFLICTO DE INTERESES, SALVO AUTORIZACION EXPRESA DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS. EL SUPLENTE DEL GERENTE SOLO EJERCERA LA REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA CUANDO ESTE SUPLIENDO LA FALTA ABSOLUTA O TEMPORAL DEL GERENTE, Y CUANDO EJERZA LA GERENCIA EN LOS TERMINOS DEL ARTICULO 25. EN VIRTUD DE LO DISPUESTO EN LOS ESTATUTOS, TENDRA TODAS LAS FACULTADES Y OBLIGACIONES DEL GERENTE DE LA SOCIEDAD.

SON ATRIBUCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA, ENTRE OTRAS, LAS SIGUIENTES: - ADOPTAR LAS POLITICAS GENERALES EN LAS DIVERSAS AREAS DE LA ORGANIZACIÓN. &NDASH; AUTORIZAR LA APERTURA Y CIERRE DE SUCURSALES, FACTORIAS, PLANTAS, AGENCIAS Y OTRAS DEPENDENCIAS DE LA SOCIEDAD; DESIGNAR Y REMOVER LAS PERSONAS QUE HAYAN DE ACTUAR COMO MANDATARIOS, ADMINISTRADORES O FACTORES DE ESTAS Y DETERMINAR LAS FACULTADES DE QUE GOZARAN PARA EL DESARROLLO DE LOS NEGOCIOS SOCIALES. &NDASH; LAS DEMAS QUE LE SEÑALEN LA LEY Y LOS ESTATUTOS. PARAGRAFO 1) PRESUMESE QUE LA JUNTA DIRECTIVA TIENE ATRIBUCIONES SUFICIENTES PARA ORDENAR QUE SE EJECUTE O CELEBRE CUALQUIER ACTO O CONTRATO COMPRENDIDO DENTRO DEL OBJETO SOCIAL Y PARA TOMAR LAS DETERMINACIONES NECESARIAS EN ORDENA A QUE LA SOCIEDAD CUMPLA SUS FINES. PARAGRAFO 2) LA JUNTA DIRECTIVA PODRA DELEGAR EN EL GERENTE DE LA SOCIEDAD, DENTRO DE LOS LIMITES LEGALES, ALGUNA O ALGUNAS DE SUS ATRIBUCIONES. PARAGRAFO 3) DEBERES DE LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA. COMO ADMINISTRADORES QUE SON DE LA SOCIEDAD, LE CORRESPONDE A LOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA REALIZAR LOS ESFUERZOS CONDUCENTES AL ADECUADO DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL, VELAR POR EL ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES O ESTATUTARIAS, VELAR POR QUE SE PERMITA LA ADECUADA REALIZACION DE LAS FUNCIONES ENCOMENDADAS A LA REVISORIA FISCAL, GUARDAR Y PROTEGER LA RESERVA COMERCIAL E INDUSTRIAL DE LA SOCIEDAD, ABSTENERSE DE UTILIZAR INDEBIDAMENTE INFORMACION PRIVILEGIADA, DAR UN TRATO EQUITATIVO A TODOS LOS ACCIONISTAS Y RESPETAR EL EJERCICIO DEL DERECHO DE INSPECCION DE TODOS ELLOS ABSTENERSE DE PARTICIPAR POR SI O POR INTERPUESTA PERSONA EN INTERES PERSONAL O DE TERCEROS, EN ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN COMPETENCIA CON LA SOCIEDAD EN ACTOS RESPECTOS DE LOS CUALES EXISTA CONFLICTO DE INTERESES, SALVO AUTORIZACION EXPRESA DE LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS.

CORRESPONDE PRIVATIVAMENTE A LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS EL EJERCICIO DE LAS SIGUIENTES ATRIBUCIONES ENTRE OTRAS: - REFORMAR LOS ESTATUTOS. &NDASH; ADOPTAR EN GENERAL TODAS LAS MEDIDAS QUE RECLAMEN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTATUTOS, Y EL INTERES COMUN DE LOS ASOCIADOS. &NDASH; LAS DEMAS QUE LE SEÑALEN LA LEY O LOS ESTATUTOS, Y LAS QUE NO CORRESPONDAN A OTRO ORGANO SOCIAL. PARAGRAFO. DELEGACION. LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS PODRA CON SUJECION A LA LEY DELEGAR EN LA JUNTA DIRECTIVA O EN EL GERENTE DE LA SOCIEDAD, ALGUNA O ALGUNAS DE SUS ATRIBUCIONES SIEMPRE Y CUANDO SEAN DELEGABLES.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 38 DEL 30 DE MARZO DE 2017 DE ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 76131 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 26 DE ABRIL DE 2017, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	RENDON VALENCIA EDELBERTO DE JESUS	CC 10,243,476	13116-T

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CLINICA VERSALLES CONSULTA EXTERNA 4 PISO
MATRICULA : 170873
FECHA DE MATRICULA : 20150225
FECHA DE RENOVACION : 20200703
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
DIRECCION : CRA 22 25 19
BARRIO : CENTRO
MUNICIPIO : 17001 - MANIZALES
TELEFONO 1 : 8879100
CORREO ELECTRONICO : lidercontable@clinicaversallessa.com.co

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 22,048,584,000

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO** : CLINICA VERSALLES S A
MATRICULA : 84554
FECHA DE MATRICULA : 20000223
FECHA DE RENOVACION : 20200703
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
DIRECCION : CR 51 24 50
BARRIO : VERSALLES
MUNICIPIO : 17001 - MANIZALES
TELEFONO 1 : 8879100
TELEFONO 3 : 8852649
CORREO ELECTRONICO : lidercontable@clinicaversallessa.com.co
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : L6810 - ACTIVIDADES INMOBILIARIAS REALIZADAS CON BIENES PROPIOS O ARRENDADOS
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 22,048,584,000

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

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 GRAN EMPRESA

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

Ingresos por actividad ordinaria : $54,376,746,000
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8610

CERTIFICA

QUEDA PROHIBIDO A LA SOCIEDAD PRESTAR FIANZAS O AVALES DE CUALQUIER CLASE O GARANTIZAR CON SU FIRMA O CON SUS BIENES, OBLIGACIONES DE TERCEROS EN LAS QUE NO TENGA INTERÉS DIRECTO LA COMPAÑÍA.

CERTIFICA:

TODA DIFERENCIA QUE SE SUSCITE DURANTE LA EXISTENCIA DE LA SOCIEDAD, BIEN SEA ANTES DE SU DISOLUCION O EN EL PERIODO DE LIQUIDACION ENTRE ACCIONISTAS O ACCIONISTAS Y LA COMPAÑIA, CON MOTIVO DEL CONTRATO SOCIAL, SERA SOMETIDA A DECISION ARBITRAL. EL ARBITRO SERA UNO (1) DESIGNADO DE MUTUO ACUERDO. A FALTA DE ESTE, CUALQUIERA DE LAS PARTES PODRA ACUDIR AL JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO PARA QUE REQUIERA A LA PARTE RENUENTE A LOGRAR EL ACUERDO. DE NO LOGRAR EL ACUERDO, EL JUEZ PROCEDERA A DESIGNARLO CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY 23 DE 1.991, ARTICULO 101. LA SEDE DEL TRIBUNAL EL DOMICILIO Y EL JUICIO ARBITRAL SE SURTIRA DE ACUERDO CON LAS REGLAS LEGALES Y EL LAUDO SE DICTARA EN DERECHO. EN LO NO PREVISTO EN ESTA CLAUSULA SE APLICARAN LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES SOBRE LA MATERIA.

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO

CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,100

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siimanizales.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación rRVAcmSdXZ

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

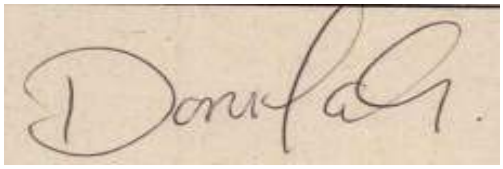
La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

ORDEN DE INGRESO O EGRESO
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS
Nit. 810003245
Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 28/04/2018 01:54:29a.m.
Lugar y Fecha: MANIZALES, CALDAS 28/04/2018 01:54:29a.m.
Documento y Nombre del Paciente: Paciente: 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL **Tipo de Usuario:**COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889
Tipo Orden: Ingreso
Via Ingreso: Urgencias
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Comentario: X



DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO
CC 1060651057
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1060651057

HISTORIA CLINICA
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS
Nit. 810003245
Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Código Plantilla:CMGURG01
Fecha Historia:28/04/2018 01:54 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 01:54 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: PGPCXGENERAL Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078386
Atención: Urgencias

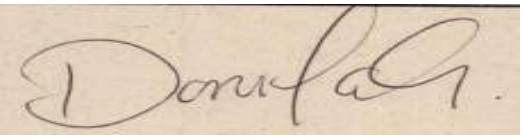
NOMBRE DE LA PLANTILLA
CONSULTA MEDICA GENERAL - URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 28/04/2018
Hora: 01:49
Historia: 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Edad: 20 Años
Sexo: Masculino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Convenio: PGPCXGENERAL

CONSULTA DE URGENCIAS
EN CASO DE VIOLENCIA-ACCIDENTE O INTOXICACION
Describir Evento.: ENFERMEDAD GENERAL
NOTIFICACION.
Notificación a Autoridades.: NINGUNO
Notificación a los Familiares: NO APLICA
ESTADO AL INGRESO
ESTADO AL INGRESO: Conciente
DESCRIPCION DE LA CONSULTA DE URGENCIAS
Motivo de Consulta.: REMITIDO DE SALUD TOTAL POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINA
Enfermedad Actual: - PACIENTE DE 20 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN INGRESA POR CUADRO DE 40 MIN DE EVOLCUION A SU EPS PRIAMRIA POR CUADRO DE DOLOR QUE INICIA EN INGLE DERECHA SE IRRADIA AL TESTICULO Y A REGION LUMBAR INGRESAN TOMAN PARACLINICOS LOS CUALES REPORTAN LEU: 15.58 GR: 5.12 HB: 16.2 VCM: 90.00 PLT: 248.000 NEUT: 70.0 BUN: 11.6 CREATININA: 0.9 PARCILA DE ORINA NO PATOLOGICO, LO REMITEN COMO APENDITIS, AL INGRESO AL SERVICO DE OBSERVACION NO PRSENTA SIGNOS APENDICULARES PRESNETA DOLRO RENGION INGUINALD ERECHAS Y EN TESTICULO DERECHO HAY DOLRO EN LA PLPACION, NO HAY EDEMA O ERITEMA, POR LO AGUDO DEL CUADRO ESTARIA CURSANDO CON POSIBLE ORQUIEPIDIMITIS. RAXZON POR LO QUE INDICO NUEVO HEM,OGRTAM Y PCR Y EROCGRAFIA TESTICULAR CON DOPPLER.
Revisión por Sistemas: NIEGA
ANTECEDENTES.
Antecedentes Generales.: PATOLOGICOS: QUIRURGICOS: TOXICOS: FARMACOS: GINECO-OBSTETRICOS: OTROS:
Alérgicos.: NIEGA
SINGOS VITALES.
Tension Arterial.: 110/81
Frecuencia Cardíaca.: 90
Frecuencia Respiratoría: 22
Temperatura.: 36.5
SatO2: 96
Peso (kg).: 70

EXAMEN FISICO.
Cabeza y Cuello
Cabeza y Cuello: Normal.
Cabeza y cuello: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL SIN ADENPATIAS
Organos de los Sentidos
Organos de los Sentidos: Normal.
Organos de los Sentidos: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiopulmonar: Normal.
Cardiopulmonar.: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MRUMULLO VESICULAR LIMPIO

Abdomen
Abdomen: Normal.
Abdomen: BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL DOLOR EN REGION INGUIONAL DERECHA
Genitourinario
Genitourinario: Normal.
Genitourinario: DOLOR A LA PLAPCION DEL EPIDIDIMO DERECHO, NO SECRECION ACTIVA POR PENE
Extremidades
Extremidades: Normal.
Extremidades: MOVILES SIN EDEMAS
Neurológico
Neurológico: Normal.
Neurologico: SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: Normal.
Piel y Anexos: SIN LESIONES
ANALISIS.
Describir Analisis.: - - PACIENTE DE 20 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN INGRESA POR CUADRO DE 40 MIN DE EVOLCUION A SU EPS PRIAMRIA POR CUADRO DE DOLOR QUE INICIA EN INGLE DERECHA SE IRRADIA AL TESTICULO Y A REGION LUMBAR INGRESAN TOMAN PARACLINICOS LOS CUALES REPORTAN LEU: 15.58 GR: 5.12 HB: 16.2 VCM: 90.00 PLT: 248.000 NEUT: 70.0 BUN: 11.6 CREATININA: 0.9 PARCILA DE ORINA NO PATOLOGICO, LO REMITEN COMO APENDITIS, AL INGRESO AL SERVICO DE OBSERVACION NO PRSENTA SIGNOS APENDICULARES PRESNETA DOLRO RENGION INGUINALD ERECHAS Y EN TESTICULO DERECHO HAY DOLRO EN LA PLPACION, NO HAY EDEMA O ERITEMA, POR LO AGUDO DEL CUADRO ESTARIA CURSANDO CON POSIBLE ORQUIEPIDIMITIS. RAXZON POR LO QUE INDICO NUEVO HEM,OGRTAM Y PCR Y EROCGRAFIA TESTICULAR CON DOPPLER.
DIAGNOSTICOS CLINICOS.
Diagnosticos Clinicos Relacionados: - ORQUIEPIDIDIMITIS
PLAN DE MANEJO
Describir Plan de Manejo: - OBSERVACION.- NADA VIA ORAL.- HARTMAN A 80 CC/ HORA.- RANITIDINA AMP 50 MG 1 AMP CADA 8 HORAS.- HIOSCINA COMPUESTA AMP 1 AMP DOSIS UNICA.- SS HEMOGRAMA Y PCR CONTROL.- SS ECOGRAFIOA TESTICULAR CON DOPPLER.- SIGNOS VITALES
DIAGNOSTICOS CIE-10
Dx. Principal: N459-ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS SIN ABSCESO
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA **Causa Externa:** ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
ESTADO DE SALIDA.
ESTADO DE SALIDA.: Vivo



DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO
CC 1060651057
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1060651057

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:CMGURG02
Fecha Historia:28/04/2018 02:04 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 02:04 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078388
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
INGRESO A OBSERVACION:

NOMBRE DE LA PLANTILLA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

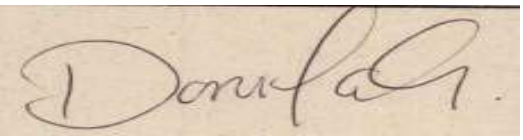
Fecha: 28/04/2018 **Hora:** 02:03
Historia: 1060655889 **Nombre:** GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Edad: 20 Años **Sexo:** Masculino
Ocupacion: Otros oficinistas **E.A.P.B.:** SALUD TOTAL EPS-S S.A
Convenio: PGPCXGENERAL

JUSTIFICACION DE LA OBSERVACION

Justifique: - - PACIENTE DE 20 ANOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN INGRESA POR CUADRO DE 40 MIN DE EVOLCUION A SU EPS PRIAMRIA POR CUADRO DE DOLOR QUE INICIA EN INGLE DERECHA SE IRRADIA AL TESTICULO Y A REGION LUMBAR INGRESAN TOMAN PARACLINICOS LOS CUALES REPORTAN LEU: 15.58 GR: 5.12 HB: 16.2 VCM: 90.00 PLT: 248.000 NEUT: 70.0 BUN: 11.6 CREATININA: 0.9 PARCILA DE ORINA NO PATOLOGICO, LO REMITEN COMO APENDITIS, AL INGRESO AL SERVICO DE OBSERVACION NO PRSENTA SIGNOS APENDICULARES PRESNETA DOLRO RENGION INGUINALD ERECHAS Y EN TESTICULO DERECHO HAY DOLRO EN LA PLPACION, NO HAY EDEMA O ERITEMA, POR LO AGUDO DEL CUADRO ESTARIA CURSANDO CON POSIBLE ORQUIEPIDIMITIS. RAXZON POR LO QUE INDICO NUEVO HEM,OGRTAM Y PCR Y EROCGRAFIA TESTICULAR CON DOPPLER Y REVALORACION CON RESULTADOS.

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: - OBSERVACION.- NADA VIA ORAL.- HARTMAN A 80 CC/ HORA.- RANITIDINA AMP 50 MG 1 AMP CADA 8 HORAS.- HIOSCINA COMPUESTA AMP 1 AMP DOSIS UNICA.- SS HEMOGRAMA Y PCR CONTROL.- SS ECOGRAFIOA TESTICULAR CON DOPPLER.- SIGNOS VITALES



DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO
CC 1060651057
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1060651057

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 07:07 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 07:07 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078571
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA

NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA

DATOS DEL PACIENTE.

Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 07+00

Subjetivo

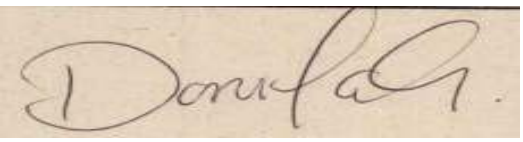
Describir: FORMULACION

Plan de Estudio y Manejo

EGRESO

Descripcion Casa: NA **Recomendaciones y Explicacion Enfermedad:** NA

Signos de Alarma.: NA **Formula:** NA



DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO
CC 1060651057
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1060651057

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 07:41 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 07:41 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078600
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 7+41
Subjetivo
Describir: PARACLINICOS

Plan de Estudio y Manejo
EGRESO
Descripcion Casa: NA **Recomendaciones y Explicacion Enfermedad:** NA
Signos de Alarma.: NA **Formula:** NA



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 11:04 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 11:04 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078903
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 28/04/2018
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Historia: 1060655889
Edad: 20 Años
Ocupacion: Otros oficinistas
Convenio: PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 11+01
Subjetivo
Describir: PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DEL DOLOR A NIVEL DE REGION INGUINAL DERECHA IRRADIADA A TESTICULO DERECHO ASOCIADO A NAUSEAS.
Objetivo
Describir: TA 110/70 FC 77 T°36,5 FR 20 PACIENTE CONCIENTE AFEBRIL E HIDRATADA, SIN SIRS, ORL SIN ALTERACIONES CUELLO MOVIL SIMETRICO NO PALPO MASAS, A LA AUSCULTACION CARDIOPULMONAR MURMULLO VESICULAR CONSERVADO RUIDOS CARDIACOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIGNOS APENDICULARES NEGATIVOS, PUNTOS PIELURETERALES NEGATIVOS, GENITOURINARIO, NO SE OBSERVAN CAMBIOS EN LA COLORACION DE LA PIEL, NO SE OBSERVA EDEMA NI ERITEMA, SIGNO DE PRENH NEGATIVO, REFLEJO CREMASTERICO ADECUADO. EXTREMIDADES MOVILES SIMETRICAS SIN PRESENCIA DE EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT GLASGOW 15/15
Análisis
Describir: PACIENTE DE 20 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN INGRESO HOY EN HORAS DE LA MADRUGADA POR CUADRO QUE INICIO A LAS 10 PM CONSISTENTE EN DOLOR EN INGLE DERECHA, IRRADIADO AL TESTICULO Y A REGION LUMBAR INGRESAN TOMAN PARACLINICOS LOS CUALES REPORTAN LEU: 15.58 GR: 5.12 HB: 16.2 VCM: 90.00 PLT: 248.000 NEUT: 70.0 BUN: 11.6 CREATININA: 0.9 PARCIAL DE ORINA NO PATOLOGICO, LO REMITEN COMO APENDICITIS, AL INGRESO AL SERVICO DE OBSERVACION NO PRSENTA SIGNOS APENDICULARES PRESENTA DOLOR EN REGION INGUINAL DERECHA Y EN TESTICULO DERECHO HAY DOLOR EN LA PALPACION, NO HAY EDEMA O ERITEMA. SE REALIZO ECOGRAFIA TESTICULAR LA CUAL REPORTO TESTICULO DERECHO CON ENGROSAMIENTO DEL ESCROTO, EPIDIDDIMO AUMENTADO DE TAMAÑO, NO HAY VARICOCELE NO HAY HIDROCELE, TESTICULO IZQUIERDO ECOGENICIDAD Y TAMAÑO NORMAL EPIDIDIMO SIN ALTERACION, NO HAY VARICOCELE, NO HAY HIDROCELE, CONCUSIUON: AUMENTO DE VOLUMEN DE TESTICULOS, EPIDIDIMOS DERECHOS, ALTERACION EN LA ECOGENICIDAD. PUEDE RELACIONRSE CO ORQUIEPIDIDIIMITIS. PARACLINICOS DEL DIA DE HOY QUE REPORTARON: LEUCOCITOS 11.55 HB 15.6 HTO 43.4 PLAQUETAS 256.000 LINFOCITOS 8.8 % NEUTROFILOS 88.3 % PROTEINA C REACTIVA 0.06. HAY DISMINUCION EN LA LEUCOCITOSIS. EN EL MOMENTO PACIENTE CONTINUA CON DOLOR AL EXAMEN FISICO NO SE OBSERVAN CAMBIOS EN LA COLORACION DE LA PIEL, NO SE OBSERVA EDEMA NI ERITEMA, SIGNO DE PRENH NEGATIVO, REFLEJO CREMASTERICO ADECUADO.AL INTERROGATORIO PACIENTE NIEGA TRAUMAS, NO HA TENIADO RELACIONES SEXUALES RECIENTES. SE COMENTA PACIENTE CON UROLOGIA DRA. JANET ANGEL QUE CONCEPTUA CUADRO DE ORQUIOEPIDIDIMITIS POR LO QUE SUGIERE INICIO DE MANEJO ANTIBIOTICO, UROCULTIVO Y DOPPLER TESTICULAR PARA DESCARTAR POSIBLE TORSION TESTICULAR.
Plan de Estudio y Manejo
Describir: - OBSERVACION.- NADA VIA ORAL.- HARTMAN A 80 CC/ HORA.- RANITIDINA AMP 50 MG 1 AMP CADA 8 HORAS.- TRAMADOL 1 AMP DU- CIPROFOXACINA 200 MG IV CADA 12H- SS UROCULTIVO- SS DOPPLER TESTICULAR- GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS - SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOSGRACIAS
EGRESO
Descripcion Casa: NA
Signos de Alarma.: NA
Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA
Formula: NA



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861

Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 12:33 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 12:33 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079037
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 28/04/2018
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Historia: 1060655889
Edad: 20 Años
Ocupacion: Otros oficinistas
Convenio: PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 12+37

Objetivo
Análisis
Describir: ECO DUPPLEX TESTICULAR: TORSION TESTICULAR DERECHA. SE COMENTA PACIENTE CON UROLOGA DE TURNO DRA, JANETH ANGEL Y DR ORLANDO CON QUIENES SE REALIZAN TRAMITES ADMINSITRATIVOS PARA LA RELIZACION DE PROCEDIMENTO QUIRURUGICO, QUE PENDIENTE REALIZACION DE CIRUGIA EL DIA DE HOY A LAS 16+00. DADO EL TIEMPO DE EVOCLUION DEL DOLRO SE LE EXPLCIA AL PACIENTE Y MADRE, LUZ DARY MURILLO, QUE LA VIABILIDAD DEL PACEINTE ES CASI NULA LO QUE LA MADRE COMPRENDE Y ACEPTA.
Plan de Estudio y Manejo
Describir: PROGRAMAR PARA REALIZACION DE REPARACION DE TORSION TESTICUAL NADA VIA ORALLEV HARMAN. PASAR A 70 CC/HORARANITIDINA AMP 50 MG. APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORASTOMAR SIGNSO VITALES AVISAR CAMBIOSGRACIAS
EGRESO
Descripcion Casa: NA
Signos de Alarma.: NA
Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA
Formula: NA



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 03:56 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 03:56 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A

No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079221
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 28/04/2018
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Historia: 1060655889
Edad: 20 Años
Ocupacion: Otros oficinistas
Convenio: PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 15+56
Subjetivo
Describir: SE ABRE FOLIO PARA INTERCONSULTAR.

Plan de Estudio y Manejo
EGRESO
Descripcion Casa: NA
Signos de Alarma.: NA
Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA
Formula: NA



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

HISTORIA CLINICA
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS
Nit. 810003245
Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Código Plantilla:NEURG-001
Fecha Historia:28/04/2018 02:19 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 02:19 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078392
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA DE INGRESO A URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Direccion:** CR 13 7 33
Telefono: 3218117409 3116118487 **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL
Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 02:14
Procedencia del Paciente
Procedencia del Paciente: Casa
Medio de Ingreso del Paciente
Medio de Ingreso del Paciente: Silla de Ruedas
Datos de la Consulta
Descripcion del Ingreso: INGRESA PACIENTE CON DX DE ORQUIEPIDIDIMITIS
Oxigeno
Oxigeno: No
Sonda
Sonda: No
Acceso Venoso.
Acceso Venoso.: Si **Cual:** PERIFERICO
Drenes
Drenes: No
Tubos
Tubos: No
Otros.
Otros.: No
Alergia a Medicamentos
Alergia a Medicamentos: No **SI EL PACIENTE ES ALERGICO:**
! !NO OLVIDE INSTALAR MANILLA !!:
Comentarios de Enfermeria
Describir: INGRESA PACIENE REMITIDO DE SALUD TOTAL TRAIDO EN SILLA DE RUEDAS , REFIERE CUADRO CLINICO DIFUSO QUE INICIA COMO DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN REGION DE HIPOCONDRIO Y LUEGO MIGRA A REGION EPIGASTRICA, DE 5 HORAS DE EVOLUCION, Y DESDE HACE 1 HORA DOLOR TESTICULAR DERECHO , , USUARIO ALERTA, ORIENTADO, , AFEBRIL, MUCOSA ORAL SEMISECA, CUELLO MOVIL SINADENOPATIAS , TORAX SIMETRICO, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE CATETER 18 EN DORSO DE MANO IZQUIERDA CONSSN SIN MEZCLA, SINSIGNOS DE INFECCION POR TAL MOTIVO NO SE CAMBIA CATETER ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SINDOLOR, REFIERE DOLOR EN TESTICULO DERECO EN ESCALA ANALOGA DE 1 A 10 EN 7, REFIERE ELIMINA BIEN, PIEL Y EXTREMIDADES SIN LESIONE S NI EDEMAS SE ADMINISTRA UAN AMPOLLA DE HIOSCINA COMPUESTA IV, SE HACE PRESENTACIONDEL PERSONAL SE DA EDUCAICON SOBRE RIESGO DE CAIDA SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION SE ENTREGA FOLLETO DE DEBERES Y DERECHOS GUIA DE CUIDADO PREVENCION DE CAIDA, PLAN CONTROL SIGNOS VITALES VIGILAR DOLOR EDEMA ERITEMA CALOR LOCAL EN SITIO DE PUNCION , BARANDAS ARRIBA POSICION SEMIFOWLER HIGIENE CAVIDAD ORAL, ACTIVDAD CAMA SILLA, VIGILAR DOLOR EN TESTICULO DERECHO, , PENDEINTE TOMA DE ECO TESTICULAR Y PCR Y CH ,
Reingreso

Reingreso: No
Diligenciar Formato::
Por la Misma Causa:
RC-004-V2 15-01-2009:

Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO:
RC-004-V2 15-01-2009:
Diligenciar Formato::

Custodia de Objetos Personales
Si su respuesta es positiva Favor:
RC-051 V2 06-03-2009:
Diligenciar Formato::

Diana Tangarife C.

ENF. ENFERMERA DIANA TANGARIFE CARDONA
CC 30395042
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 20596

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:28/04/2018 06:06 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 06:06 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078466
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA CORTA ENFERMERIA EN LA ATENCION DE URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 28/04/2018
Historia: 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Direccion: CR 13 7 33
Telefono: 3218117409 3116118487
Edad: 20 Años
Sexo: Masculino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Convenio: PGPCXGENERAL
Hora de la Atención
Hora en Formato Militar:
Hora:: 06:06
Comentarios de Enfermeria
Describir: PACIENTE QUE PASA LA NOCHE EN APARENTE BUENAS CONDIONES GENERALES . ENTREGO PACIENTE EN CAMILLA, BARANDAS ARRIBA, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO , AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTED E OXIGENO , TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, CON DOLOR INGUINAL DERECHO QUE SE IRRADIA A TESTTICULO Y DEGION LUMBAR , EXTREMIDADES SIN EDEMA, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SOLUSION HARTMAN A 80 CC HORA , ACCESO VENOSO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS ELIMINANDO ESPONTANEO EN BAÑO PIEL INTEGRA . PENDIENTE:REPORTEDE CUADRO HEMATICO Y PCR EOCGRAFIA DESTICULAR CON DOPPLER CUIDADOS DE ENFERMERIAOBSERVACIONCUIDADOS CON ACCESO VENOSO (DOLOR,E DEMA, ERITEMA)CUIDADOS ANTINEUMONICOS (ACTIVIDAD CAMA SILLA, POSICION SEMIFOWLER, ASEO DE CAVIDAD ORAL)BARANDAS ARRIBAGLUCOMETRIA CADA OCHO HORASASISTIR ACTIVIDADESCONTROL DE SIGNOS VITALESAVISAR CAMBIOS .
Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO:
RC-004-V2 15-01-2009:
Diligenciar Formato::

_____
ENF. SEBASTIAN ARIAS SALAZAR

CC 75103831
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 36293

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:28/04/2018 08:23 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 08:23 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078653
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA CORTA ENFERMERIA EN LA ATENCION DE URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Direccion:** CR 13 7 33
Telefono: 3218117409 3116118487 **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL

Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 08:20

Comentarios de Enfermeria
Describir: RECIBO PACIENTE EN CAMILLA, BARANDAS ARRIBA, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO , AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTED E OXIGENO , TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, CON DOLOR INGUINAL DERECHO QUE SE IRRADIA A TESTTICULO Y DEGION LUMBAR , EXTREMIDADES SIN EDEMA, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SOLUSION HARTMAN A 80 CC HORA , ACCESO VENOSO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS ELIMINANDO ESPONTANEO EN BAÑO PIEL INTEGRA . PENDIENTE: EOCGRAFIA DESTICULAR CON DOPPLER CUIDADOS DE ENFERMERIACUIDADOS CON ACCESO VENOSO (DOLOR,E DEMA, ERITEMA)CUIDADOS ANTINEUMONICOS (ACTIVIDAD CAMA SILLA, POSICION SEMIFOWLER, ASEO DE CAVIDAD ORAL)BARANDAS ARRIBAGLUCOMETRIA CADA OCHO HORASASISTIR ACTIVIDADESCONTROL DE SIGNOS VITALESVIGILAR DOLOR

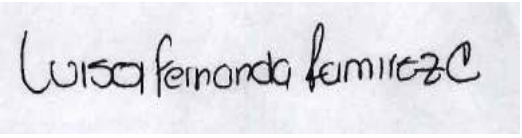
Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO: **Diligenciar Formato::**
RC-004-V2 15-01-2009:

_____
ENF. MARIA FERNANDA OCAMPO LONDOÑO
CC 1053838420
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 36782

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-003
Fecha Historia:28/04/2018 04:02 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 04:02 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079224
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA EGRESO DE URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Direccion:** CR 13 7 33
Telefono: 3218117409 3116118487 **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL
Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 15:57
Destino.
Destino.: Otro Servicio
Fallece
Fallece: No **SI LA MUERTE ES NATURAL: REGISTRE Nro DE DEFUNCION:**
Nro de Certificado de Defuncion: //
Muerte Violenta
Muerte Violenta: No **Entidad que realiza el Levantamiento o Defuncion:** ///
Oxigeno
Oxigeno: No
Sonda
Sonda: No
Acceso Venoso.
Acceso Venoso.: No
Drenes
Drenes: No
Tubos
Tubos: No
Otros.
Otros.: No
Comentarios de Enfermeria
Describir: PACIENTE CON UN DIAGNOSTICO MEDICO TORSION TESTICULAR SIN AP DE IMPORTANCIA SE TRASLADA A SALAD E CXX EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE PERSONAL DE ENFERMERIA CON ACCESO VENOSO EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE FLEBTIS REFIERE SENTIRSE BIEN SE TRASLADA CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS CON UN GLASGOW DE 15/15 NO PRESENTA DETERIORO NEUROLOGICO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO RESPIRATORIO NORMOCEFALO CON BUENA IMPLANTACION DEL CUERO CABELLUDO MUCOSA ORAL HÚMEDA Y LIMPIA, CUELLO CON BUENA MOVILIDAD SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOR A LA PALPACION, CON PERISTALTISMO POSITIVO NO EDEMA BUENA PERFUSION DISTAL GENITOURINARIO DE ELIMINACIÓN ESPONTANEO DE CARACTERISTICAS NORMALES EGRESA CON ACOMPAÑANTE AFEBRIL, HIDRATADO, SIN VIA ORAL SIN COMPLICACIONES Y SIN DOLOR, CON FRECUENCIA CARDIACA NORMAL, BUEN PATRÓN RESPIRATORIO SE TRASLADA CON PERTENENCIAS CONTINUA MANEJO MEDICO POR UROLOGIA HC COMPLETA
Medicamentos - Insumos - Equipos de Terapia - Otros
Diligenciar lista de Chequeo:: **RC-268 V1 15-07-2009:**
Responsable de Diligenciamiento:: /////
Documentos al Egreso
Epicrisis: NO **Signos de Alarma:** NO
Formulacion de Alta: NO **Consulta de Seguimiento:** NO
Incapacidad..: NO **Plan de Alta..:** NO
Comprabante de Atención: NO
Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO: **Diligenciar Formato::**
RC-004-V2 15-01-2009:



ENF. LUISA FERNANDA RAMIREZ CARDENAS
CC 24336863
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 22077

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NENFRECUQX
Fecha Historia:28/04/2018 05:39 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 05:39 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: HOSPITALIZACION Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079327
Registro de Admision No: 301503

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA DE CIRUGIA:
DATOS DEL PACIENTE.
Convenio: HOSPITALIZACION
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Edad: 20 Años
Fecha: 28/04/2018
Historia: 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
DATOS DEL INGRESO.
Hora: 17:34
Observaciòn: - INGRESA PACIENTE A SALA DE CIRUGIA NUMERO 1 EN CAMILLA ACOMPAÑADO POR LA AUXILIAR DE ENFERMERIA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSO PERMABLES SIN SIGNOS DE FLEBITIS EN MIMEBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON PROFILAXIS ANTIBIOTICA 2G DE CEFAZOLINA, SE ACUESTA EN MESA DE CIRUGIA, SE MONITORIZA MOSTRANDO SIGNOS VITALES ESTABLES, SE INDUCE ANESTESIA GENERAL POR EL DR ARTEAGA CON REMIFENTANIL PASANDO POR BOMBA A 50 CC/H,12CC DE PROPOFOL,2 CC DE LIDOCAINA SE INTUBA CON MASCARA LARINGEA N 4.0 SE INFLA BALON Y SE FIJA SIN COMPLICACIONES SE CONECTA ALOGENADO DE SEVORANE,SE PROCEDE A REALIZAR LAVADO DEL AREA QUIRURGICA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA, VERIFICANDO CAMBIO DE COLOR Y SE PINTA CON ISODINE SOLUCION PARA COLOCAR CAMPOS ESTERILES POR GRUPO QUIRURGICO COMIENZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR LA DOC YANETH INSTRUMENTADOR LEONARDO, POR ORDEN VERBAL DEL DR ARTEAGA SE ADMNISTRA ANALGESIA CON 2 AMPOLLAS DE DEXAMETASONA X 4 MG + 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO X 75 MG EN 500 CC DE SOLUCION SALINA NORMAL RASNCURRE PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION SE EXTRE MUESTRA PARA PATOLOGIA SE ROTULA Y SE APLICA FORMOL TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION BAJO EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SSN SIN MEZCLA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO,QUEDA CON HERIDA QUIRURGICA SUTURADA,QUEDA CUBIERTA CON APOSITO + MICROPORE LIMPIO SE ENTREGA HISTORIA CLINICA COMPLETA MAS MUESTRA PARA PATOLOGIA.
SIGNOS VITALES .
Peso (kg).: 70
Presión Arterial: 110/50
F. Cardiaca: 66
Frecuencia Respiratoría: 19
Temperatura: 36.00
SatO2: 96
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: ORQUIDOPECXIA

_____
ENF. AAUX -YULY KATHERINE ROJAS MONTOYA
CC 1053793799
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 1053793799

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NENFRECUQX

Fecha Historia:28/04/2018 06:36 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 06:36 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: HOSPITALIZACION Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079436
Registro de Admision No: 301503

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA DE RECUPERACION DE CIRUGIA:
DATOS DEL PACIENTE.
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Edad: 20 Años
Historia: 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
DATOS DEL INGRESO.
Tension Arterial.: 120/65
Temperatura: 36.00
Frecuencia Cardiaca.: 79
Frecuencia Respiratoría: 22
SatO2: 100
Procedimientos Realizados: ORQUIDOPEXIA
HALLASGOS QX: 0
NUMERO AUTORIZACION O NAP: 6
NOMBRE DEL AUTORIZADOR: ST
Observación.: INGRESA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION EN CAMILLA BAJO EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLES PASANDO SOLUCION SALINA NORMAL SIN MEZCLA, SE MONITORIZA MOSTRANDO SIGNOS VITALES ESTABLES SE ADMINISTRA OXIGENO BAJO MASCARA A 5LTX MINUTO,PACIENTE QUE SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, SIN PRESENTAR NINGUNA COMPLICACION.PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN SE INICIA VIA ORAL CON AROMATICA BIEN TOLERADO POR EL PACIENTE .PACIENTE EGRESA PARA EL SERVICIO DE ADMISIONES EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, CONCIENTE, ORIENTADO, TRANQUILO, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLES PASANDO SOLUCION SALINA NORMAL SIN MEZCLA, LLEVA HERIDA QUIRUGICA CUBIERTA CON COMPRESA LIMPIA Y SECA SE LE ENTREGA INFORME QUIRURGICO,ORDEN DE MEDICAMENTOS, ORDEN DE SALIDA INCAPACIDAD, CITA DE CONTROL POSQUIRUGICO,



ENF. AAUX. NEIDER LOPEZ MEJIA
CC 1053857456
Especialidad. ENFERMERIA
Registro.

INFORME QUIRÚRGICO
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

Nº Historia 1060655889 **Paciente** ESTEVEZ MURILLO GIANCARLO
Sexo: MASCULINO **Edad:** 20 años
Fecha Inicio: 28/04/18 17:00 **Fecha Fin:** 28/04/18 18:00

Anestesiólogo: OLIVER JUNIOR ARTEAGA RUBIANO **Ayudante 1:** NO APLICA
Ayudante 2: NO APLICA **Instrumentador:** LEONARDO ANTONIO FERNANDEZ MATEUS
Enfermera: A A

Tipo de Anestesia: GENERAL

Diagnósticos:

Pre-Operatorio:

Tipo	Código	Diagnóstico
PR	Y838	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Post-Operatorio:

Tipo	Código	Diagnóstico
PR	N44X	TORSION DEL TESTICULO

Procedimientos Realizados:

I623000 ORQUIDECTOMIA (TESTICULO) SOD (85)
I625104 FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA

Descripción Quirúrgica:

HALLAZGOS: TESTICULO DERECHO ASCENDIDO. TESTICULO Y PIDIDIMO DERECHO DE COLOR VIOLACEO* HIDROCELE REACTIVO* CORDON ESPERMATICO CON 3 VUELTAS. TESTICULO IZQUIERDO SIN ALTERACION.

PROCEDIMIENTO: VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO* ANTIBIOTICO PROFILACTICO* PARADA DE SEGURIDAD* ACTO ANESTESICO* ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN AREA GENITAL* COLICACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES* SE REALIZA INCISION TRANSVERSAL EN HEMIESCROTO DERECHO* VISUALIZACION DE HALLAZGOS DESCRITOS. SE PINZA CORDON ESPERMATICO* SE CORTA* SE LIGA MUÑON CON SUTURA TRANSFIXIANTE CON VICRYL 2/0. SE REALIZA HEMOSTASIA EXHAUSTIVA. CIERRE EN DOS PLANOS CON CROMADO 3-0. SE REALIZA INCISION EN HEMIESCROTO IZQUIERDO* DISECCION POR PLANOS* EXTERIORIZACION DE TESTICULO A TRAVES DE INCISION* DISECCION DE BOLSILLO SUBDARTICO* SE FIJA TESTE DESDE POLO INFERIOR A CARA INTYERNA DE HEMIESCROTO. SE REVISA HEMOSTASIA* CIERRE EN 2 PLANOS CON CROMADO 3-0. SE CUBREN HERIDAS QUIRURGICAS Y SE DEJA VENDAJE COMPRESIVO. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

Drenajes:

NO

Instrucciones:

SALIDA
RETIRO DE VENDAJE COMPRESIVO MAÑANA
CURACION DE HERIDA CON AGUA Y JABON
FORMULA MEDICA
SIGNOS DE ALARMA
CITA DE CONTROL 04/05/18 16+00 HORAS (CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO - SANCANCIO)
INCAPACIDAD MEDICA

Recuento de Compresas y Gasas

COMPLETO

Compresas Iniciales:	0	**Compresas Finales:**	0
Gasas Iniciales:	0	**Gasas Finales:**	0
Rollos Inicales:	0	**Rollos Finales:**	0

Tejido a Patología: SI

TESTICULO Y EPIDIDIMO DERECHO

MEDICO CIRUJANO:

Yaneth P. Angel T.

YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO
Registro Medico 1130633503
Documento 1130633503

INCAPACIDADES
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS
Nit. 810003245
Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Registro de Calidad:RCREM001
Fecha Historia:28/04/2018 04:15 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 04:15 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
No Historia: 1060655889 Incapacidad Nº: 16704

Registro de Admision No: 301503

Causa Externa: OTRA CAUSA
Descripcion: ORQUIDECTOMIA DERECHA + FIJACION TESTICULAR IZQUIERDA
Fecha de Inicio: 28/04/2018 **Fecha de Terminación:** 07/05/2018
Dias: 10 (DIEZ DIAS) **Prorroga:** No

DX Principal: I498 OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Yaneth P. Angel T.

DR. YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO
CC 1130633503
Especialidad. UROLOGIA
Registro. 1130633503

584402

clínica versalles por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1060655889

UNIDAD FUNCIONAL: QUIROFANO EPS: SALUD TOTAL

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA		NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA
Identificación del paciente		Maternas	Control trabajo de parto	
Comprobante de atención			Valoración del recién nacido	
Epicrisis			Egreso del recién nacido	
Remisión		Neonatos	Criterios de admisión	
Plan de Cuidados de enfermería			Historia clínica perinatal de ingreso	
Tramites administrativos			Record de laboratorio	
Hoja de tratamientos			Terapia respiratoria	
Hoja de oxígeno			Hoja de cuidado de enfermería	
Hoja de glucometrías				
Hoja de signos vitales		Quirófano	Informe quirúrgico	
Hoja de control de líquidos			Informe de anestesia	
Hoja de control de antibióticos			Cargo de insumos quirófano	
Hoja de Glasgow			Hoja de tratamiento quirófano	
Peso diario			Conteo de elementos utilizados	
Escala de riesgo de caídas			Lista de chequeo acciones seguras	
Monitoreo gasimétrico y ventilatorio				
Reporte de gases arteriales		Ayudas diagnósticas internas:		
Reportes de Laboratorio		•		
Reporte de cultivos		• 623002 - Resección tejido - uretra		
Registro de exámenes de laboratorio		• 414 - 1431029341		
Hojas de control hemodinamico		•		
Paquete de transfusiones		• 625104 - 414 - 1431029339		
Copias de CTC		•		
Valoración escala de sedación		Ayudas diagnósticas externas:		
Formato de nutrición parental		•		
Formato para realización de cambios de posición		•		
Manejo de pertenencias		•		
Informe anatomía patológica		•		
Fotocopia de documentos		Otras		
Autorización acompañante permanente		•		
Formulas de control		•		
Devoluciones		• 8787300		
Tarjeta de medicamentos		•		
Ordenes de ambulancia		•		
Consentimientos informados		•		
Listas de chequeo		Paquetes		
Reg. de control de educación a la familia		Paquete de urgencias	OURG	
Reg. de escala de medición ucis		Paquete de hospitalización	HOSP	
Comprobante de información estado pcte		Paquete de ginecología	GIOB	
Escala visual de ingesta		Paquete UCIN	UCIN	
Autorizaciones o verificador		Paquete de UCI	OUCI	
Triage		Paquete de quirúrgico	OOQX	
		1 513466		

Entrega folio:	Fecha:
Recibe admisionador:	Fecha:
Recibe en piso: Folio 13	Fecha:
Recibe en unidades:	Fecha:
Recibe en facturación:	Fecha:
Recibe en radicación:	Fecha:
Recibe en archivo médico: Monica 35	Fecha: Ana 35 04/09/18

TODAS LAS HISTORIA CLÍNICAS DEBEN SER FOLIADAS Y ENTREGADAS AL ÁREA DE FACTURACIÓN INMEDIATAMENTE EGRESE EL USUARIO, EL FACTURADOR DEBE REVISAR POR COMPLETO LOS FOLIOS ENTREGADOS Y NO RECIBIR LA HISTORIA SI PRESENTA ALGÚN FALTANTE. CUANDO SE ADICIONE ALGÚN FOLIO, ÉSTE SE DEBE ENUMERAR Y ADICIONAR AL REGISTRO

1 of 1

SaludTotal

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTERNA

No. Autorización 04114-1830870943 Fecha y Hora 28 Abr 2018 12:47 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

SaludTotal EPS Código EPS032

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania
Documento : 1060653689
Nombre : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Fecha Nacimiento :25 Mar 1996
Dirección : CR 13 7 33
Telefono : 0
Departamento : CALDAS
Municipio : Villamaria
Telefono Celular : 3218117409
E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CLINICA VERSALLES SA
Nit :810003345
Código : 4114
Dirección : CL 51 24-60
Telefono : 8334356
Municipio : Manizales
Departamento : CALDAS

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización
Regimen : Contributivo - DERIV, URGENCIAS - Evento
Motivo : Ninguno
Fecha Vencimiento : 28 May 2018
Diagnostico :R52.0
Nap Anterior : 04114-1830870943
Ubicación paciente :Hospitalario
No. Solicitud :0428201805154
Origen Servicio : Enfermedad General
No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Codigo	Cant	Nombre
0731019000	1	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO Todos los Conceptos

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Sin Cobro
Valor : 0
Semanas Cotizadas : 365
Porcentaje
Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ITTransaccional
Cargo o Actividad : Arquitecto de Desarrollo de Aplicaciones
Telefono :
Telefono :
Telefono Celular :
Dirección :
Ips que prescribe :

4114-1830870943

INFORME QUIRÚRGICO
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

Nº Historia 1060655889 **Paciente** ESTEVEZ MURILLO GIANCARLO
Sexo: MASCULINO **Edad:** 20 años
Fecha Inicio: 28/04/18 17:00 **Fecha Fin:** 28/04/18 18:00

Anestesiólogo: OLIVER JUNIOR ARTEAGA RUBIANO **Ayudante 1:** NO APLICA
Ayudante 2: NO APLICA **Instrumentador:** LEONARDO ANTONIO FERNANDEZ MATEUS
Enfermera: A A

Tipo de Anestesia: GENERAL

Diagnósticos:

Pre-Operatorio:

Tipo	Código	Diagnóstico
PR	Y838	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Post-Operatorio:

Tipo	Código	Diagnóstico
PR	N44X	TORSION DEL TESTICULO

Procedimientos Realizados:

I623000	ORQUIDECTOMIA (TESTICULO) SOD	(85)
I625104	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA	

Descripción Quirúrgica:

HALLAZGOS: TESTICULO DERECHO ASCENDIDO. TESTICULO Y PIDIDIMO DERECHO DE COLOR VIOLACEO* HIDROCELE REACTIVO* CORDON ESPERMATICO CON 3 VUELTAS. TESTICULO IZQUIERDO SIN ALTERACION.

PROCEDIMIENTO: VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO* ANTIBIOTICO PROFILACTICO* PARADA DE SEGURIDAD* ACTO ANESTESICO* ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN AREA GENITAL* COLICACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES* SE REALIZA INCISION TRANSVERSAL EN HEMIESCROTO DERECHO* VISUALIZACION DE HALLAZGOS DESCRITOS. SE PINZA CORDON ESPERMATICO* SE CORTA* SE LIGA MUÑON CON SUTURA TRANSFIXIANTE CON VICRYL 2/0. SE REALIZA HEMOSTASIA EXHAUSTIVA. CIERRE EN DOS PLANOS CON CROMADO 3-0. SE REALIZA INCISION EN HEMIESCROTO IZQUIERDO* DISECCION POR PLANOS* EXTERIORIZACION DE TESTICULO A TRAVES DE INCISION* DISECCION DE BOLSILLO SUBDARTICO* SE FIJA TESTE DESDE POLO INFERIOR A CARA INTYERNA DE HEMIESCROTO. SE REVISA HEMOSTASIA* CIERRE EN 2 PLANOS CON CROMADO 3-0. SE CUBREN HERIDAS QUIRURGICAS Y SE DEJA VENDAJE COMPRESIVO. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

Drenajes:

NO

Instrucciones:

SALIDA
RETIRO DE VENDAJE COMPRESIVO MAÑANA
CURACION DE HERIDA CON AGUA Y JABON
FORMULA MEDICA
SIGNOS DE ALARMA
CITA DE CONTROL 04/05/18 16+00 HORAS (CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO - SANCANCIO)
INCAPACIDAD MEDICA

Recuento de Compresas y Gasas

COMPLETO

Compresas Iniciales:	0	**Compresas Finales:**	0
Gasas Iniciales:	0	**Gasas Finales:**	0
Rollos Inicales:	0	**Rollos Finales:**	0

Tejido a Patología: SI

TESTICULO Y EPIDIDIMO DERECHO

619151 · 49149
619201 · 37152

1ª Hora Gaseosa 30/04/18 – * Reduccion de modelo.

04114-183092600

Conciliación en Sorwsal.

O verificar con el Auditor por Solicitud Tardia.

MEDICO CIRUJANO:

Yaneth P. Angel T.

YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO
Registro Medico 1130633503
Documento 1130633503

clínica versalles
por tu bien

INFORME DE ANESTESIA

Sistema Nacional de Salud
Subsitema de información
Registros Médicos
sis - 419

1er Apellido	2do. Apellido	Nombres	Historia clínica Nº.
Esteves	Murillo	Giancarlo	1060655989

Fecha	Servicio	Sala o Cuarto	Nº Cama	Riesgo ASA 1 2 3 4 5 U	Sexo F M
28/8/18					

Anestesias previas: _____

Talla (cm)	Peso (kg)	Edad D M A
	50	/ 20

B: EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

TEM.	F.R.	F.C.	T.A.	H.B.	HTO.	GLIC.	BIL TOT.	BIL DRT.	PRO TOT.	ALBUM					TYA PROT.	T. COG.	FUMA	BEBE	GRUPO	R. H.

DIAGNÓSTICO

OPERACIÓN PROPUESTA Orquiectomia + Orquidopexia

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL - ALÉRGICOS - ICTÉRICOS - DISCRÁSICOS - TBC - LUES - ASMA - ESTEROIDES - HIPETENSORES - INSULINA - B/BLOQUEADORES - OTROS

- Patolog: (-)
- Alg (-)
- Toxs (-)

ESPECÍFICO — Qx: (-).

FACILIDAD: OK VIA AÉREA OK DIENTES OK CUELLO OK

HALLAZGOS RELEVANTES

LABORATORIO ATORIO

RESUMEN Y PLAN — Asma Glc

TIPO
BLOQUEO
PERIDUAL
ESPINAL
GENERAL

→ Buen Consent y altas vs

ESTADO PSICOLÓGICO

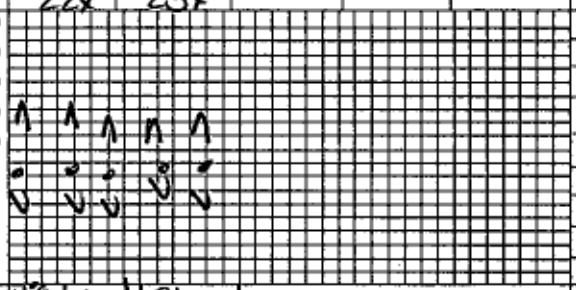
PREFIERE	ACEPTA	RECHAZA	NECESITA SANGRE	PREMEDICACIÓN	C.C.	FIRMA

B: POST-OPERATORIO SALA DE RECUPERACIÓN

FECHA _____ DÍA MES AÑO

POSICIÓN

RESPIRACIÓN E A C — 94v. 96v. 22x 23x



HORA 18+40 | 19+00 |

NAUSEAS	VOMITO	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACIÓN	OTRAS
							RECUPERACIÓN
							CONCIENCIA

HEMORRAGIA:	DIURESIS:
REFLEJOS:	SENSIBILIDAD:
MOTILIDAD:	PIEL:

1	COMENTARIOS:
2	paciente en aparentes
3	buenas condiciones
4	generales Aldrete
5	10/10 laura Hejia.
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO Alta 10/10 — FIRMA

EFECTOS PREMEDICACIÓN

OP ☐ B ☐ R ☐ M ☐

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG.PREOPERATORIO:

DIAG. POST-OPERATORIO: Orquitis + Orquidopexia

OPERACIÓN:

ANESTESIÓLOGOS: Arlega | CIRUJANOS Angel

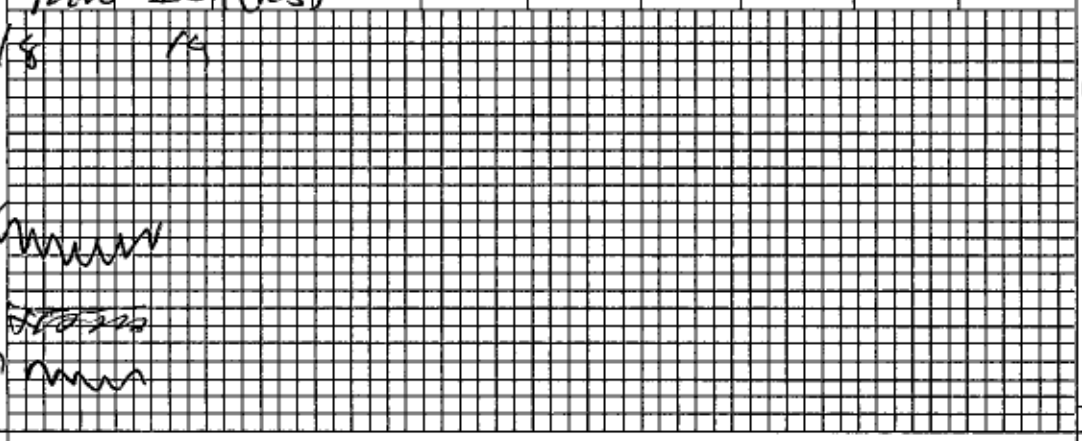
TIEMPO DE AYUNO — LIQUIDO: 6h — SÓLIDO:

TECNICA — LOCAL ___ — DISOCIIATIVA: ___ — BOLQUEO: EPIDURAL: ___ — GENERAL X — ESPINAL ___ — CAUDA L: ESPACIO: ___ — NIVEL: ___ — OTRA: ___ — AGUJA: ___

POSICIÓN

RESPIRACIÓN 02 35 35

CCSC. C.S.A. C.C.C. — E A C — Spur 98 98 — Nihil Scil (res)



I.o T No
I.o T No
ED T. No
EN.. T. No
PULSO
RESPIRACIÓN
T.A.
INDUCCIÓN
INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN
NEONATO MASC. FEM.
PV: C
T
TORNIQUETE
E.C.G.

1 AL 5 LÍQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

AGENTES		
	Seroplex CMN 0.7	6 Propofol
	Remifentanil 0.1ug/kg/h	7 Lidocaina
	Pca 30-30-5	8 Dexametasona
		9 Diclofenaco
		10
		11
1	SSN 0.9 500	12
2		13
3		14
4		15
5		16
HEMORRAGIAS		TOTAL C.C.
DIURESIS		TOTAL C.C.

TOTALES				
1	2	3	4
5	6 120ml	7 40ml	8 8ml
9 375ml	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO: Ben Cons Cyes

ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO: Ben Cons Cyes

OBSERVACIONES — Lista de Chequeo OK

Oliver Arlega
1837

Firma y código

CAF: HOSP FOLDERAMA CIRUGIA VERSA Paquete: 35.474

ROCELECTOMIA-ESPERMATOCELECTOMIA.ORQUIDOPEXIA(CX UROLC

PACIENTE	
Nombres	Identificación
Giancarlo estevez murillo	1060655089

Fecha	Procedimiento	Sala
04/28/201	HIDROCELECTOMIA-ESPERMATOCELECTOMIA.	

AUX. FAR. ENTRADA	AUX. ENF. RECIBE
AUX. ENF. DEVUELVE	AUX. FAR. DEVUELVE

Jaque

Cod. comercial	Descripción	ENT	DEV	FAC
13528694	AC POLIGLICOLICO 30 AG 1/2 CIRCULAR RED (22MM) X 70CM UNI -	1	1	
13528693	AC POLIGLICOLICO PLUS 20 AG 1/2 CIRCULAR RED (26MM) X 70CM UNI	1	D	1
116610055	AGUJA HIPODERMICA 18G X 1 1/2" DESECHABLE UNI -	1	1	D
161090	ATROPINA SULFATO - SOLUCION INYECTABLE 1 MG/ML /1 ML	1	1	
7954210	CATETER IV PERIFERICO VIALON DE SEGURIDAD 18G X 1 1/4" (116) UNI -	1	1	
7954211	CATETER IV PERIFERICO VIALON DE SEGURIDAD 20G X 1 1/4" (116) UNI	1		1
16210459	CATETER NELATON 16FR X 40CM UNI -	1	1	
13511203	CATGUT CROMADO 20 AG X 1/2 REDONDA (26MM) X 70CM UNI -	2	2	
60611205	CATGUT CROMADO 30 AG X 1/2 REDONDA (26MM) X 75CM UNI -	2	1	1
323870	CEFAZOLINA - POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 1 G	2		2
11767760	CLORHEXIDINA (FRASCO REENVASE) - ESPUMA 2 % /25 ML	1	1	
11767761	CLORHEXIDINA (FRASCO REENVASE) - SOLUCION 2 % /25 ML	1	1	
5591971	CLORURO DE SODIO - SOLUCION INYECTABLE 0.9 % /100 ML	1		1
559218	CLORURO DE SODIO - SOLUCION INYECTABLE 0.9 %/500 ML			1
294039	DEXAMETASONA - SOLUCION INYECTABLE 4 MG /1 ML	2		2
17323157	DICLOFENACO SODICO IV IM - SOLUCION INYECTABLE 75 MG /3 ML	1		1
910216	DIPIRONA SODICA - SOLUCION INYECTABLE 1 G /2 ML	2	2	
14610559	ELECTRODO MONITOREO ADULTO X UNI -	3	3	
8010593	EQUIPO MACROGOTEO 10 GOT/CC SIN AGUJA UNI -	1	1	
411959	ETILEFRINA CLOHIDRATO - SOLUCION INYECTABLE 10 MG/ML/1 ML	1	1	
16210584	EXTENSION ANESTESIA ADULTO UNI -	1		1
522110662	GUANTE ESTERIL DE LATEX 65 PAR -	2	2	
522110663	GUANTE ESTERIL DE LATEX 70 PAR -	3	3	
522110664	GUANTE ESTERIL DE LATEX 75 PAR -	2	1	1
522110665	GUANTE ESTERIL DE LATEX 80 PAR -		1	
522110736	JERINGA 3P X 10ML CON AGUJA 21G X 1 1/2" (LUEK LOCK) UNI -	3		3
93211552	JERINGA 3P X 20ML CON AGUJA 21G X 1 1/2" (LUEK LOCK) UNI -	2		2
522110732	JERINGA 3P X 5ML CON AGUJA 21G X 1 1/2" (LUER LOCK) UNI -	3		3
78410766	LLAVE 3VIAS DE 1 RAMPA 2LL1LS UNI -	2		2
250380	METOCLOPRAMIDA - SOLUCION INYECTABLE 10 MG/2 ML	1	1	
294479	RANITIDINA - SOLUCION INYECTABLE 50 MG/2 ML	1	1	

	Aposito transparente			1
	Iodocaino Simple			1

INFORMACIÒN PARA DILIGENCIAR POR AUDIFARMA S.A			
Quien elabora el paquete	Quien verifica	Quien digita	Consecutivos

clínica versalles

CARGO INSUMOS QUIROFANO

NOMBRE: GIANCARLO ESTEVEZ HUALLO

CEDULA: 1060655889

ENTIDAD: SALUD TOTAL

PROCEDIMIENTO: OROFARINGEXIA

SALA No.: #2

FECHA: 28/04/18

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Viviana

INSTRUMENTADORA: Granado

INSUMOS	GASTO	INSUMOS	GASTO
AGUJA EPIDURAL		LIGACLIPS	
ASA PARA RTU		TROCAR DE LAPAROSCOPIA	
BUPIVACAINA CON		MANITOL	
BUPIVACAINA SIN		SSN 100 CC	
CONDONES		SSN 250 CC	✓
CUCHILLA DE ARTROSCOPIA		SSN 500 CC	
DEXTROSA AL 5% SSN		MASCARA LARINGEA N:	
EQUIPO DE BOMBA	1	OXIMETASOLINA ADULTO-NIÑO	
FENTANYL		POLIGELINA	
GENTAMICINA OFTALMICA		SEDA 2/0	
GENTAMICINA UNGUENTO		SNG N:	
GUANTES ESTERILES N:		TUBO ENTORCHADO N:	
GUANTES ESTERILES N:		TUBO ENDOTRAQUEAL N:	
GUANTES ESTERILES N:		VENDAJE ALGODÓN	
GUANTES ESTERILES N:		VENDAJE TELA	
HARTMAN		VENDAJE YESO	
HEMOVACK N:		VENDAJE ELÁSTICO	
HIDROCORTISONA AMP		MAQUINA AFEITAR	
HIDROCORTISONA CREMA		JERINGA DE 1 CC	
HOJA DE BISTURY N: 15	1	MORFINA AMP	
HOJA DE BISTURY N:		MIDAZOLAM AMP	
JERINGA DE 50CC PICO DE		PROPOFOL AMP	140cc
LAPIZ DE ELECTROBISTURY	1	OTROS:	
LIDOCAINA EL 2% SIN	2cc	Oxigeno a 6Lt/	
LIDOCAINA EL 2% CON		saturacion 2+.	
LIDOCAINA EL 1% SIN		placa electrodos=1	

RC-310V1 30-11-2009

Ringer lactato = 500cc/h

clínica versalles
por tu bien

TRATAMIENTOS

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMAS DE INFORMACIÓN
REGISTROS MÉDICOS
SIS - 415

Hoja Nº ____

1er Apellido	2do Apellido	Nombre(s)	Nº HISTORIA CLÍNICA
ESTEVEZ	MURILLO	GIANCARLO	1060 655 889

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
QUIROFANO		

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Cefazolina x 1 g 20p (?)	[illegible]																											
Dexametasona 4 mg 2 ampolla	[illegible]																											
Diclofenaco x 75 mg 1 ampolla	[illegible]																											

FIRMAS		
	1er TURNO	[firma]
	2do TURNO	
	3er TURNO	

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

clínica versalles por tu bien

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

1. Fecha 28/04/18 ENTIDAD _____

Nombre del paciente	Giovanni Estevez Murillo			D.I:	
Edad (en años) 20	Sexo (marque con una x)	Masculino	X	Femenino	

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO AUTORIZADO.

Yaneth Patricia Angel Ruiz

3. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Exploracion escrotal - Orquidectomia - Fijacion testicular

4. DIAGNÓSTICOS

Torsion Testicular

5. TRATAMIENTOS

6. ALTERNATIVAS

7. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS

Riesgos Típicos del Procedimiento. Se entiende por aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluyen aquellos que siendo infrecuentes, pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves

1	2
3	4
5	6

Riesgos Personalizados: Relacionados con las circunstancias personales, estado previo de salud, edad, profesión, creencias

1	2
3	4

8. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo: Giovanni Estevez Murillo identificado con documento de identidad 1060655891 declaro que he sido informado(a) acerca del nombre del procedimiento que se va a realizar.

a. Se me han dado explicaciones sencillas sobre su objetivo, en que consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo. Además de los *riesgos típicos* del procedimiento, es decir. aquellos esperados en condiciones normales conforme a la consideración experiencia y al estado actual de la ciencia, incluidos aquellos que siendo frecuentes, mas no excepcionales tienen consideración clínica de muy graves; ademas sobre los riegos personalizados, los cuales entiendo como aquellos relacionados con mis circunstancias personales, hacen referencia a mi estado previo de salud, mi edad, mi profesión, mis creencias, valores y actitudes personales. Se incluyó información que hace referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.

b. El medico me ha explicado con suficiencia alternativas diferentes al procedimiento con sus pro y contras, me ha permitido participar en la toma de la mas adecuada decisión diagnóstica o terapéutica para resolver mi problema de salud. Así mismo que todos los espacios en blanco en el siguiente documento han sido completados antes de la firma.

c. Reconozco que no se me ha garantizado resultados que se espera de la intervención quirúrgica o procedimiento diagnostico o terapéutico en el sentido de que la practica de la intervención o procedimiento que requiere compromete una actividad medica de medio, pero no es de resultados.

d. La Clínica Versalles queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómico que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatologicos.

e. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención manifestada ilegalmente por escrito.

f. Autorizo para que la historia clínica, los exámenes de laboratorio, de patología, radiografía, fotografías y demás anexos de la historia clínica, puedan ser revisados con fines de auditoria medica interna y externa, por quien autorice y sea responsable del pago, y por el personal en formación.

g. Me obligo con la clínica Versalles y el personal médico con la terapia o tratamiento de mi enfermedad a cumplir con las citas médicas, prescripciones, dietas, instrucciones y controles periódicos.

h. Manifiesto estar satisfecho (a) con la información recibida y de haber obtenido respuesta satisfactoria a todas las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa como la expresión de mi consentimiento para someterme al procedimiento.

Doy mi consentimiento: **(marque con una x)** X

No doy mi consentimiento: **(marque con una x)** _____

Se deja registro que no cambia la disposición del equipo asistencial a proporcionar las alternativas de tratamiento, con las limitaciones, que su decisión genera.

FIRMA DEL PACIENTE: Giovanni Estevez Murillo **C.C:** 1060655891

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE / TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL (*En caso que no sea posible obtener autorización del paciente dadas condiciones propias del mismo)* _____ **C.C.** _____

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Yaneth Angel R.

clínica versalles por tu bien

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

FECHA 28/04/18 ENTIDAD. _____

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Giancarlo Edeiz Muñoz				D.I: 1060655885	
Edad (en años): 20	Sexo(marque con una x)	Masculino		Femenino	

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO QUE INFORMA: No necesariamente es quien realiza el procedimiento

Olver

3. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR

Orquidopexia

4. TIPO DE ANESTESIA

☒ **ANESTESIA GENERAL:** Se le aplicara un anestésico por la vena o por medio de inhalación de gases anestésicos, hasta que se encuentre dormido, en ese momento se le pondrá un tubo por la boca para llevar el oxígeno hasta sus pulmones y se le ayudará a respirar por medio de la máquina de anestesia. Usted quedará inconsciente durante todo el procedimiento y será vigilado por el anestesiólogo, al terminar el procedimiento se suspenderá la medicación y se le retirará el tubo. Será llevado a la sala de recuperación y vigilado hasta que se encuentre en condiciones de ser hospitalizado o de marcharse de la clínica en compañía de su acudiente

☐ **ANESTESIA CONDUCTIVA:** El anestesiólogo realizará un pinchazo en su espalda con una aguja delgada, posteriormente inyectará un anestésico en el canal medular, el cual anulará la sensibilidad en la parte baja del cuerpo. En algunas y especificas oportunidades colocará un catéter en la espalda para continuar administrando anestésicos y/o analgésicos durante la cirugía o posterior a ella.

☐ **OTRO TIPO DE ANESTESIA O PROCEDIMIENTO:** _____

_____

5. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS.

Riesgos del Procedimiento: *Se entiende por aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluyen aquellos que siendo infrecuentes, pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves.*

Los riesgos se relacionan con los medicamentos de anestesia, posiciones y acciones requeridas en la anestesia o acto quirúrgico, estos riesgos pueden producir eventualmente LESION, ENFERMEDAD O MUERTE por ejemplo:

- Reacciones alérgicas leves como urticaria (ronchа) hasta severas como shock anafiláctico
- Insuficiencia renal por medicamentos o deshidratación
- Trauma dental con pérdida parcial o total de dientes
- Laringoespasmo, Broncoespasmo
- Broncoaspiración, edema pulmonar intra o postoperatorio por obstrucción de la vía aérea, por reacciones alérgicas o problemas cardiacos
- Arritmias cardiacas
- Falla cardiaca, infarto.
- Trombosis, flebitis (inflamación de las venas)
- Embolismos de trombos de aire, de grasa
- Debilidad o relajación muscular
- Accidentes cerebro vasculares(derrame, trombosis, hipoxia)
- Dolor de cabeza
- Nauseas, vomito, dolor, mareos
- Retención urinaria.

Riesgos Personalizados: *relacionados con las circunstancias personales, estado previo de salud, edad, profesión, creencias*

_____

_____

_____

clínica versalles

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

6. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo: Gerardo Esteves Murillo,

Identificado con documento de identidad: 1060655809 declaro que he sido informado (a) acerca del nombre del procedimiento que se va a realizar.

a. Se me han dado explicaciones sencillas sobre su objetivo, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo. Además de los riesgos típicos del procedimiento, es decir, aquellos esperados en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia, incluidos aquellos que siendo infrecuentes, más no excepcionales tienen consideración clínica de muy graves; además sobre los riesgos personalizados, los cuales entiendo como aquellos relacionados con mis circunstancias personales, hacen referencia a mi estado previo de salud, mi edad, mi profesión, mis creencias, valores y actitudes personales. Se incluyó información que hace referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.

b. El médico me ha explicado con suficiencia alternativas diferentes al procedimiento con sus pros y contras, me ha permitido participar en la toma de la más adecuada decisión diagnóstica o terapéutica para resolver mi problema de salud. Así mismo que todos los espacios en blanco en el siguiente documento han sido completados antes de mi firma

c. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención y manifestada igualmente por escrito.

d. Manifiesto estar satisfecho (a) con la información recibida y de haber obtenido respuesta satisfactoria a todas las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de mi consentimiento para someterme al procedimiento.

Doy mi consentimiento: (marque con una x) _____

Se deja registro que no cambia la disposición del equipo asistencial a proporcionar las alternativas de tratamiento, con las limitaciones, que su decisión genera.

7. FIRMAS

FIRMA DEL PACIENTE: Gerardo Esteves Murillo **CC** 1060655809

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: _____

(En caso que no sea posible obtener autorización del paciente dadas condiciones propias del mismo)

CC _____

NOMBRE DE MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

clínica versalles

LISTA DE CHEQUEO ACCIONES SEGURAS PARA TRASLADO DE PACIENTES A CIRUGÍA

NOMBRE PACIENTE: Giancarlo Estevez Murillo **FECHA:** 28-Abril 2018

PROCEDIMIENTO: Orquidopexia.

ACCION A EVALUAR

ANTES (hospitalización / Urgencias) ENFERMERA DE URGENCIAS / HOSPITALIZACIÓN	SI	NO	N/A	INGRESO AL QUIROFANO AUXILIAR DE AMBULATORIO	SI	NO	N/A	DURANTE	SI	NO	N/A	DESPUES	SI	NO	N/A
El paciente conoce su cirugía?	✓			El personal se presento al paciente al momento del ingreso admisiones ?	✓			El personal de la sala se ha identificado en voz alta:	✓			Auxiliar repasa con el equipo nombre y rótulo de las muestras	✓		
Paciente en ayunas mínimo 6 horas?	✓			El paciente ingresa admisiones con un acompañante?	✓			1. Cirujano	✓			Alta en recuperación con visto bueno de anestesia.	✓		
Paciente NO presenta gripa, tos o fiebre?		✓		El paciente conoce la cirugía	✓			2. Anestesiólogo	✓			La auxiliar pregunta sobre cuidados especiales al cirujano y anestesiólogo	✓		
El paciente suspendió asa,wafarina,heparina?			✓	Tiene consentimiento informado de anestesia y de procedimiento diligenciado y firmado?	✓			3. Instrumentadora	✓			Se da retroalimentación de las indicaciones prequirúrgicas al paciente	✓		
Signos vitales estables?	✓			El paciente NO presenta gripa, ros, o fiebre ?	✓			4. Auxiliar de sala	✓			Se presentaron inconvenientes con los equipos y se reportaron para Tecnovigilancia ?			✓
Se verificó la ausencia de maquillaje, joyas, pierceing, esmalte, y lentes de contacto	✓			El paciente suspendio asa,wafarina,heparina?	✓			El personal verifica nuevamente en voz alta nombres del paciente y procedimientos a realizar?	✓			Se entregan ayudas diagnósticas a los acompañantes del paciente?	✓		
Fue retirada la prótesis dental?			✓	Verifica que los materiales de cirugía esten completos y esteriles	✓			Esta marcada el área quirúrgica antes de iniciar la anestesia?			✓	Se recuerda la asignación de la cita posquirúrgica	✓		
Verificación de historia clínica, exámenes e imágenes diagnosticas	✓			Se le explico profilaxis antibiótico máximo 1 hora antes de la cirugía? y se le explico al paciente para que es la profilaxis?	✓			Recuento de material médico - quirurgico antes de cerrar área quirúrgica ?	✓						
Paciente No es alérgico y si presenta alergias tiene la manilla e identificación con punto rojo?	✓			Paciente en ayunas mínimo 6 horas?	✓			Se verifica la administración de profilasis prequirúrgicas en el tiempo estipulado para ello	✓						
El paciente fué rotulado en la parte anterior del pecho con nombre del paciente y procedimiento?	✓			Se verifico la usencia de maquillaje, joyas, piercing, esmalte, lentes de contacto?	✓										
El paciente fue canalizado con intracath 18 en miembro superior derecho o izquierdo según el procedimiento?	✓			Paciente NO es alérgico y si presenta alergias,esta identificado con la manilla y punto rojo?	✓										
Confirmó la llegada de dispositivos y materiales especiales para la cirugía y que estos se encuentran estériles.			✓	Paciente identificado para cirugía con manilla?	✓										
				Fue retirada la protesis dental y se verificó que el paciente no tiene esmalte en las uñas?!			✓								
Tiene vendajes en miembros inferiores	✓			El paciente fué rotulado en la parte anterior del pecho con nombre del paciente y procedimiento?	✓										
				El paciente fué canalizado con intracath miembro superior dercho o izquierdo según procedimiento	✓										
				Se verifica que las pruebas diagnósticas y la historia del paciente estén completas											
				Se señalizó el área quirurgica que no seva intervenir?			✓								
				Estan los hemoderivados reservados y completos para iniciar la cirugía?			✓								
				Explica al paciente y a la fila el plan de alta? derechos y deberes, signos de alarma y cita posquirúrgica	✓										
				Se coloca vendaje en los miembros inferiores si corresponde	✓										
				Se verifica si el paciente debe hacer el respectivo copago o no ?	✓										

RESPONSABLES

FIRMAS:			
Marcela Gaet			Leonardo
ENFERMERA DE URGENCIAS/HOSPITALIZACION	AUXILIAR DE ADMISIONES	AUXILIAR DE SALA CIRUGIA	INSTRUMENTADOR
Yudith Angel		En caso de que encuentre un NO en el diligenciamiento, deberá verificar la acción y garantizar el cumplimiento de ésta para llevar a cabo un procedimiento seguro	
CIRUJANO (A)	ANESTESIÓLOGO (A)	* Material medico-quirúrgico: compresas, instrumental.	

RC- 186 V7 -17 /03 /2015

clínica versalles por tu bien

INFORME INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

DATOS DEL PACIENTE		FECHA 28-4-19
Nombres y Apellidos: GIANCARLO ESTEVEZ MCALLO		HC: 1060655889
Edad:	Sexo: F ☐ M ☑	Entidad: SALUD TOTAL
Anestesiólogo: Dr. Arteaga		Auxiliar de Enfermería: Viviana
Cirujano: Dr		Ayudante: Dra Williams
Instrumentadora: Leonardo		Otro:
Procedimiento: Biquido.		Tiempo Quirúrgico. INICIO_____ FIN_____

INFORME PATOLOGIA

ESTUDIO	NOMBRE DE TEJIDO	CANTIDAD DE MUESTRAS	TOTAL DE MUESTRAS	AUXILIAR QUE RECIBE LA MUESTRA
Patología.				
Biopsia por congelación.				
Citología.				
Cultivo.				

CONTEO DE ELEMENTOS

INSUMO DE CONTEO	CONTEO INICIAL	ADICIONALES	CONTEO FINAL	COMPLETO	INCOMPLETO	OBSERVACIONES
Compresas	15		15			
Instrumental	10		10			
Torundas						
Cotonoides						
Gasas						
Agujas						
Hojas de bisturí	1		1			
Punta de electro	1		1			
Asa larga de electro						

Medicamentos Intraquirúrgicos:

Insumos Intraquirúrgicos:

Firma y sello del Cirujano	Instrumentador (a) Quirúrgico (a)	Auxiliar de Enfermería

REGISTRO DE CINTA E INTEGRADORES QUÍMICOS

RÓTULO PAQUETE DE ROPA

Nombre: Paquete de P. ROPA
Contenido:
Esterilizador: 1
Fecha de Esterilización: 28 04 18
Lote o Número de carga: 2
Fecha de Vencimiento: 12 5 18
Responsable de empacado:
Responsable de proceso:
Condiciones especiales de almacenamiento: T21 H64

Nombre del Paciente:
Fecha de uso:

Por favor NO utilice el paquete si la fecha de vencimiento no es clara o si siente el paquete húmedo.

RÓTULO EQUIPO INSTRUMENTAL QUIRÚRGUICO

Nombre: Paquete de Contenido: CX5
Esterilizador: 1
Fecha de Esterilización: 27 04 18
Lote o Número de carga: 2
Fecha de Vencimiento: 11 05 18
Responsable de empacado: Marce
Responsable de proceso:
Condiciones especiales de almacenamiento: T21 H64

Nombre del Paciente:
Fecha de uso:
Por favor NO utilice el paquete si la fecha de vencimiento no es clara o si siente el paquete húmedo.

INTEGRADOR QUIMICO EQUIPO INSTRUMENTAL

RÓTULOS DE ROPA E INSTRUMENTAL ACCESORIO



ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

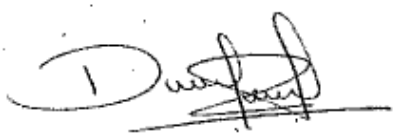
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

Nit. 810003245

Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Registro de Calidad: AHCRC292
Fecha Historia: 28/04/2018 11:04:33a.m.
Lugar y Fecha: MANIZALES, CALDAS 28/04/2018 11:04:33a.m.
Documento y Nombre del Paciente: Paciente: 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: PGPCXGENERAL Tipo de Usuario:COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Orden N°: 2486582
Registro de Admision:301474

- Procedimiento: I901236 - UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] (112)
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

SaludTotal

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTÈRNA

No. Autorización: 04114-1830925685 Fecha y Hora: 28 Abr 2018 13:51 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS — Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania — Documento : 1088655889
Nombre : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO — Fecha Nacimiento :28 Mar 1998
Dirección :CR 13 7 33 — Telefono :0
Departamento :CALDAS — Municipio : Villamaria
Telefono Celular : 3218117409 — E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CLINICA VERSALLES SA — Nit : 810003243 — Código : 4114
Dirección : CL 51 24-58 — Telefono :8834356
Municipio : Manizales — Departamento : CALDAS

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización — Regimen :Contributivo - POS - Evento
Motivo :Rechazo Automático — **Fecha Vencimiento : 28 May 2018**
Diagnostico :R52.0 — Nap Anterior : 04114-1830925686
Ubicación paciente :Hospitalario — No. Solicitud :04282018045445
Origen Servicio : Enfermedad General — No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Codigo	Cant	Nombre
S113000808	1	INTERNACION EN PISO HABITACION COMPARTIDA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Copago — Valor : 0
Semanas Cotizadas : 366 — Porcentaje :100% — Valor Maximo : 0.0000

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ITTransaccional — Cargo o Actividad : Arquitecto de Desarrollo de Aplicaciones
Telefono : — Telefono :
Telefono Celular : — Dirección :
Ips que prescribe :

clínica versalles

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: GLANCARLO ESTEVEZ MURILLO	CEDULA: 1060655089	EDAD: 20	PESO:	CAMA: 9
FECHA INGRESO: 27 ABRIL-18	GRUPOS SANGUINEO: B+	ENTIDAD: SALUD TOTAL	C:	B:
ALERGICO SI: NO: X	MEDICAMENTO:	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO: X	MEDIO: BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO: ORQUIEPIDIDIMITIS DERECHA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: AP: NO			
ESPECIALIDAD:				
DIETA: NIVO				

FECHA	LIQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
27 ABRIL-18	HARTMAN BOLUS IH	OBSERVACIÓN	CH- PCR (✓)	DIANA T.
		BARANDAS ARRIBA	UX CX GENERAL (✓)	
		POSICION SEMIFOWLER	ECO TESTICULAR DOPPLER (✓)	
		HIGIENE CAVIDAD ORAL	Urocultivo ( )	
		CONTROL SIGNOS VITALES		
		ACTIVIDAD CAMA SILLA		
		VIGILAR DOLOR EDEMA ENTEM		
		CALOR LOCAL SITIO DE		
		PUNCIÓN		
		GLUCOMETRIA C/8H MIENTRAS		
		ESTE SIN VIA ORAL.		
		VIGILAR DOLOR TESTICULAR.		



clínica versalles

CONTROL DE ANTIBIÓTICOS, SOPORTES NUTRICIONALES Y NO POS (CTC)

FECHA REALIZACION NO POS	FECHA INICIO	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	SUSPENDIDO O CAMBIO CON FECHA	CONTEO DOSIS ADMINISTRADAS	RESPONSABLE
	28-Abril	Ciprofloxacina Kay	2 amp 4 12h	IV	12-00			

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrías: SI (Ver hoja control) NO	FECHA SUSPENSIÓN:

CONTROL DE SONDAS, CATÉTERES Y CURACIONES

ELEMENTO	CALIBRE	FECHA INSERSIÓN	FECHA DE CAMBIO	CURACIONES, ASPIRACIONES Y ESTOMAS	PRÓXIMA CURACIÓN	OBSERVACIONES
SONDA VESICAL						
SONDA NASOGRASTICA/ORO GASTRICA						
TRAQUEOSTOMIA						
TUBO A TÓRAX						
DRENES						
CAVAFIX						
INTRACATH						



clínica versalles por tu bien

ESCALA DE RIESGO J.H DOWNTON MODIFICADA Y PLAN A SEGUIR

FECHA: 27 ABRIL-18 **UNIDAD FUNCIONAL:** UR6

NOMBRE DEL USUARIO: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **DOCUMENTO:** 1060655899

Criterios de evaluación	Variables	Puntaje	Revaloración de escala según el riesgo			
			Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
			25 ABR-18			
			Ingreso	48 horas	72 horas	5 Días
Caídas previas	SI	1	1			
	No	0				
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1				
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1				
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, anticonvulsionantes, otros	1	1			
Déficit sensoriales	Ninguno	0	1			
	Alteraciones visuales, auditivas o de la marcha	1				
Estado mental	Orientado	0	1			
	Confuso	1				
	Agitación Psicomotora	1				
Deambulación	Normal	0	1			
	Asistida con elementos de apoyo	1				
	Reposo absoluto postrado	1				
Edad	< de 10 o > a 75	1				
	50 a 75	1				
	< A 50	0	1			
	PUNTAJE:		2			
	RESPONSABLE:		DIANA			

Puntaje	Escala de riesgo	Plan a seguir	
5 a 11 ☐	Vigilancia especial con acompañante permanente	RIESGO ALTO	. Establecer las medidas preventivas descritas a continuacion. . Entregar folleto prevencion de caidas. . Identificarlo con manilla . Valorar escala de riesgo en dos dias
1 a 4 ☐	Vigilancia especial sin acompañante permanente	RIESGO MEDIO	. Establecer las medidas preventivas descritas a continuacion. . Valorar escala en 3 dias
0 a 1 ☐	Vigilancia de rutina por personal de salud	RIESGO BAJO	. Establecer las medidas preventivas descritas a continuacion. . Valorar escala en 5 dias
PACIENTE CON ESTANCIA EN GINECO - OBSTETRICIA ☐			
PACIENTE CON ESTANCIA EN UNIDADES ☐		RIESGO ALTO	. Establecer las medidas preventivas descritas a continuacion. . Entregar folleto prevencion de caidas. . Identificarlo con manilla . Valorar escala de riesgo en dos dias
PACIENTE CON ESTANCIA EN QUIROFANO ☐			
PACIENTE CON ESTANCIA EN URGENCIAS ☐			

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Si el paciente es riesgo alto de caída debera tener las 2 barrandas arriba, riesgo medio o bajo una sola baranda.
- El timbre de llamado de enfermería debe estar a la mano del paciente.
- El baño del paciente siempre deberá tener acompañamiento por el personal de salud.
- Aplicar escala de riesgo de caídas e identificar al paciente con la manilla correspondiente.
- Brindar educación a la familia acerca de los riesgos de caída del paciente de manera que puedan ser integrados en el plan de cuidados del paciente (entrega de folleto de prevención de caídas).
- Verificar diariamente en recibo de turno, funcionamiento de la cama (barandas, frenos), iluminación adecuada, presencia de obstáculos en la habitación, permanencia de tapete antideslizante y soportes de los baños en buen estado.
- Ubicar a la mano calzado del paciente.
- En caso de estar indicado, verificar la adecuada inmovilización del paciente.
- Verificación de señalización de piso húmedo por parte de servicios generales.
- Deambulacion asistida y verificación de calzado firme y apropiado.
- Todos los pacientes ques se encuentren en los servicios de: *Gineo-obstetricia, UCI, UCIN, Quirofano y urgencias, por las comorbilidades propias de dichos servicios,* se clasifica **SIEMPRE** como paciente con alto riesgo de caidas, al ser trasladado a otro servicio se debera revalorar el riesgo segun la guia.

ESCALA DE RIESGO BRADEN - BERGSTROM

NOMBRE DEL USUARIO: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO DOCUMENTO: 1060655889

FECHA: 27 ABRIL-18 UNIDAD FUNCIONAL: _____ CAMA: _____

PUNTOS	1	2	3	4	TOTAL VALORACION INGRESO	REVALORACION FECHA	FECHA	FECHA
PERCEPCION SENSORIAL	Completamente limitada	Muy Limitada	Levemente Limitada	No Alterada	4			
HUMEDAD	Completamente Humeda	Muy Humeda	Ocasionalmente Humeda	Raramente Humeda	4			
ACTIVIDAD	En Cama	En Silla	Camina Ocasionalmente	Camina con Frecuencia	4			
MOVILIDAD	Completamente Inmovil	Muy Limitada	Ligeramente Limitada	Sin Limitaciones	4			
NUTRICION	Muy Pobre	Probablemente Inadecuada	Adecuada	Excelente	3			
FRICCION Y DESLIZAMIENTO	Es un Problema	Es un Problema Potencial	Sin Problema Aparente		3			
PUNTAJE TOTAL					22			
RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE LA ESCALA					DIANA			

VALORACION DE INGRESO		
PUNTAJE	RIESGO	TIEMPO DE REVALORACION
Menor o igual a 12	ALTO RIESGO ○	Revalorar en 72 horas
Entre 13 y 14	RIESGO MODERADO ○	Revalorar en 48 horas
Entre 15 y 18	RIESGO BAJO ○	Revalorar en 24 horas
Mayor a 19	SIN RIESGO ✓	Revalorar en 24 horas

CUIDADOS PARA EL PACIENTE CON RIESGO
Al ingreso del servicio clasificar el riesgo del paciente por medio de la escala de Braden
Valoracion de la piel en pacientes con alto riesgo de escaras durante el recibo y entrega de turno y los cambios de posición y hacer el registro en la NOTA DE ENFERMERIA
Mantener una adecuada higiene del paciente, secar muy bien despues del baño, evitando dejar humeda la piel, al igual que al momento de cambiar el pañal.
Al momento de tender la cama y realizar cambios de posicion verificar que los tendidos queden templados.
Realizar cambios de posicion cada 2 horas de acuerdo al reloj institucional y verificar su adecuado registro.
Mantener una adecuada lubricacion de la piel: en piel reseca lubricar con vaselina y en piel humeda aplicar con oxido de Zinc
No realizar masajes en prominencias óseas.
Proteger las prominencias óseas con almohadas en pacientes con alto riesgo.
Inmovilización de los pacientes sólo con los inmovilizadores proporcionados por la institución.
Verificar contacto permanente con sondas de drenaje, alimentación y otros, proteger la piel si es el caso.
Incentivar actividad cama - silla y/o deambulación si está indicado.

clínica versalles

REGISTRO DE CONTROL DE EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA

NOMBRE DEL PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO	**IDENTIFICACIÓN** 1060655889
SERVICIO URG	**FECHA DE INGRESO** 27 ABRIL-18.

N	ITEM EVALUADO	F	V	N/A	OBSERVACIONES
1	SE ENTREGA Y EXPLICA PROTOCOLO DE BIENVENIDA	✓	✓		
2	SE ENTREGAN Y EXPLICAN DERECHOS Y DEBERES	✓	✓		
3	SE ENTREGAN Y EXPLICAN TARJETAS DE CUIDADOS		✓		
4	SE ENTREGAN Y EXPLICAN PREVENCIÓN DE INFECCIONES	✓	✓		
5	SE DAN RECOMENDACIONES DURANTE LA VISITA		✓		
6	SE PIDE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ASEO DE LA CAVIDAD ORAL POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y TERAPIA RESPIRATORIA		✓		
7	SE PIDE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DE ESTUDIANTES ESTOS DEBEN ESTAR EN COMPAÑÍA DEL DOCENTE, PARA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:		✓		
	VALORACIÓN CEFALOCAUDAL				
	REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA MANUAL		✓		
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS		✓		
	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA		✓		
	REALIZACIÓN DE TERAPIA RESPIRATORIA Y FISIOTERAPIA		✓	✓	
8	OTROS	✓			

QUIEN BRINDA LA EDUCACIÓN Diana Tangarife C	QUIEN RECIBE LA EDUCACIÓN

F: Folleto V: Verbal N/A: No Aplica

EL SIGUIENTE FORMATO DEBE DE CONSIGNARSE EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE COMO EVIDENCIA DE LA EDUCACIÓN

clínica versalles

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Yo, GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO identificado (a) con 1060655889. en desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante o par médico, otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CLINICA VERSALLES me practique LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA ordenados por el médico o asociados al cuidado.

2. Algunos de los procedimientos son: Toma de muestras de laboratorio, administración de medicamentos venosos y orales, paso de sondas naso/oro gástrica, sonda vesical, canalización venosa periférica o central, curaciones, retiro de invasivos y otros que el médico ordene.

3. Aunque son procedimientos seguros, pueden presentarse complicaciones como: Hematomas, infecciones, dolores locales o sangrados, reacciones adversas, traumatismos y otros impredecibles.

4. Declaro que he sido advertido(a) por el personal de enfermería sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos, y que la práctica de los mismos compromete una actividad de medio en el campo diagnóstico y/o terapéutico, pero no de resultado.

5. Certificó que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés. OTRAS CONSIDERACIONES

NA

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como paciente: SI X NO ___ Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H. C.) SI___ NO___

Fecha de Notificación: 27 ABRIL-18.

Firma del Paciente o Representante:

Nombre del Paciente o Representante:

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: Diana Tangarife C.

Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento: Acra Cristina

Servicio: URG

clínica versalles
por tu bien

TRATAMIENTOS

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMAS DE INFORMACIÓN
REGISTROS MÉDICOS
SIS - 415

Hoja Nº ______

1er Apellido	2do Apellido	Nombre(s)	Nº HISTORIA CLÍNICA
ESTEVEZ	MURILLO	GIANCARLO	1060655809

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
URG		

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	27 Abr 1988 [illegible]																											
	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
HIOSCINA COMPUESTA		02	//																									
1 AMP D.V.																												
Ciprofloxacina 100mg			12																									
2 amp IV q12h.																												

FIRMAS			
	1er TURNO		[signature]
	2do TURNO		[signature]
	3er TURNO	[signature]	

GRÁFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

clínica versalles

CONTROL DE GLUCOMETRIAS

NOMBRE DEL PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO	NUMERO DE HABITACION:
IDENTIFICACION: 1060655889.	SERVICIO: UCE

FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE	FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE
27 ABRIL-08	06:00	82 mg/dl	—	Sebastian					
28 Abril	14:00	94 mg/dl	←	Angels					

RC- 059 V2 08 /03 /2012

clínica versalles
por tu bien

CLINICA VERSALLES

LABORATORIO CLINICO

Fecha de Impresion: 2018-04-28 00:12
Fecha de Ingreso: 2018-04-27 23:48

No Orden :	201804272097	Paciente:	ESTEVEZ MURILLO GIANCARLO
Documnto Id:	CC1060655889	Telefono:	
Empresa:	SALUD TOTAL	Servicio:	URGENCIAS ST

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
QUIMICA				
NITROGENO UREICO	11.6	mg/dL		28/04/2018 00:12
VALORES DE REFERENCIA :				
ADULTOS (18 - 60 AÑOS) :	6 - 20 mg/dl			
ADULTOS (60 - 90 AÑOS) :	8 - 23 mg/dl			
LACTANTES (MENOR DE 1 AÑO) :	4 - 19 mg/dl			
LACTANTES/NIÑOS :	5 - 18 mg/dl			
CREATININA EN SUERO	0.9	mg/dL	0.7 - 1.2	28/04/2018 00:12
VALORES DE REFERENCIA				
Adultos Hombres	: 0.7 - 1.2 Mg/dl			
Adultos Mujeres	: 0.5 - 0.9 Mg/dl			
Neonato prematuro	: 0.29 - 1.04 Mg/dl			
Neonato a Termino	: 0.24 - 0.85 Mg/dl			
Niño de 2 12 Meses	: 0.17 - 0.42 Mg/dl			
Niños de 1 a 3 años	: 0.24 - 0.41 Mg/dl			
Niños de 3 a 5 años	: 0.31 - 0.47 Mg/dl			
Niños de 5 a 7 años	: 0.32 - 0.59 Mg/dl			
Niños de 7 a 9 años	: 0.4 - 0.60 Mg/dl			
Niños de 9 a 11 años	: 0.39 - 0.73 Mg/dl			
Niños de 11 a 15 años	: 0.53 - 0.87 Mg/dl			

Responsable: ANA LUCIA ANGULO TORRES

Ana L. Angulo Torres
Bacteriólogo
Reg. 10472
U.C.M.

Dra. Ana L. Angulo
T.P. 10472

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS	15.58	10^3/uL	4.50 - 10.00	28/04/2018 00:12
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	5.12	0^6/uL	4.00 - 5.40	28/04/2018 00:12
HEMOGLOBINA	16.2	g/dL	12.0 - 17.0	28/04/2018 00:12
HEMATOCRITO	46.1	%	37.0 - 48.0	28/04/2018 00:12
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	90.00	L	80.00 - 96.00	28/04/2018 00:12
MCH	31.60	pg	27.00 - 33.00	28/04/2018 00:12
MCHC	35.10	g/dL	31.00 - 37.00	28/04/2018 00:12
RECUENTO DE PLAQUETAS	248.0	10^3/uL	120.0 - 360.0	28/04/2018 00:12
LINFOCITOS %	22.3	%	15.0 - 50.0	28/04/2018 00:12
MONOCITOS %	6.2	%	0.0 - 8.0	28/04/2018 00:12
NEUTROFILOS %	70.2	%	45.0 - 69.0	28/04/2018 00:12
EOSINOFILOS %	1.2	%	0.0 - 6.0	28/04/2018 00:12
% BASOFILOS	0.1	%		28/04/2018 00:12

clinica versalles
por tu bien

CLINICA VERSALLES

LABORATORIO CLINICO

Fecha de Impresion: 2018-04-28 00:12
Fecha de Ingreso: 2018-04-27 23:48

No Orden :	201804272097	Paciente:	ESTEVEZ MURILLO GIANCARLO
Documnto Id:	CC1060655889	Telefono:	
Empresa:	SALUD TOTAL	Servicio:	URGENCIAS ST

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	HEMATOLOGIA				
LINFOCITOS	3.47	10^3		1.00 - 3.50	28/04/2018 00:12
MONOCITOS	0.97	10^3	*	0.00 - 0.80	28/04/2018 00:12
NEUTROFILOS	10.93	10^3	*	2.00 - 7.50	28/04/2018 00:12
EOSINOFILOS	0.19	10^3		0.00 - 0.70	28/04/2018 00:12
BASOFILOS	0.02	10^3			28/04/2018 00:12
RDW-CV	13.8	%		11.0 - 16.0	28/04/2018 00:12
RDW - SD	45.2				28/04/2018 00:12
MPV	9.3	fL		9.0 - 13.0	28/04/2018 00:12

Responsable: ANA LUCIA ANGULO TORRES

Ana L. Angulo Torres
Bacteriólogo
Reg. 10472
U.C.M.

Dra. Ana L. Angulo
T.P. 10472

clínica versalles

COMPROBANTE DE RECIBIDO DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS EN LA CLINICA VERSALLES S.A.

Yo Giancarlo Estevez Murillo *identificado con* CC TI RC CE MS AS PA 1060655889 *de la (EPS)* SF *a través del presente confirmo la presentación efectiva del servicio de :* Cx *el día:* 28-04-18 *hasta el día* _____ *en Clinica Versalles S.A.*

Firma del usuario

Nota: Puede quedar cubierto este requerimiento con firma y/o huella digital (o de quien lo represente)

RC- 275 V3 01- / 07/ 2017

SaludTotal

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTERNA

No. Autorización 04114-1830870943 Fecha y Hora: 28 Abr 2018 01:36 AM

ENTIDAD REPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania **Documento : 1060655889**
Nombre : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Fecha Nacimiento :28 Mar 1998
Dirección : CR 13 7 33 Telefono :0
Departamento : CALDAS Municipio : Villamaria
Telefono Celular : 3218117409 E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CLINICA VERSALLES SA Nit :810003245 Código :4114
Dirección : CL 51 24-50 Telefono :8934356
Municipio : Manizales Departamento : CALDAS

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización Regimen : Contributivo - POS - Evento
Motivo : Rechazo Automático **Fecha Vencimiento : 28 May 2018**
Diagnosticos :R10 Nap Anterior :
Ubicación paciente : Urgencia No. Solicitud :04282018000893
Origen Servicio : Enfermedad General No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Código	Cant	Nombre
8907010500	1	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL [XXX]

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Sin Cobro Valor : 0
Semanas Cotizadas : 365 Porcentaje Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ITTransaccional Cargo o Actividad : Arquitecto de Desarrollo de Aplicaciones
Telefono : Telefono :
Telefono Celular : Dirección :
Ips que prescribe :

OBSERVACIONES

SaludTotal

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTERNA

No. Autorización 94953-1830870948 **Fecha y Hora** 28 Abr 2018 01:37 AM

ENTIDAD REPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS — Código: EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania — **Documento : 1060655889**
Nombre : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO — Fecha Nacimiento :28 Mar 1998
Dirección : CR 13 7 33 — Telefono :0
Departamento : CALDAS — Municipio : Villamaria
Telefono Celular : 3218117409 — E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CLINICA VERSALLES SAMD — Nit :810003245 Código : 94953
Dirección : CL 51 24-50 — Telefono :8934356
Municipio : Manizales — Departamento : CALDAS

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización — Regimen : Contributivo - CAPITADO - PGP
Motivo : Rechazo Automático — **Fecha Vencimiento : 26 Ago 2018**
Diagnosticos :R10 — Nap Anterior :
Ubicación paciente : Urgencia — No. Solicitud :04282018000903
Origen Servicio : Enfermedad General — No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Código	Cant	Nombre
890350200	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL-MODELOS (XXX)

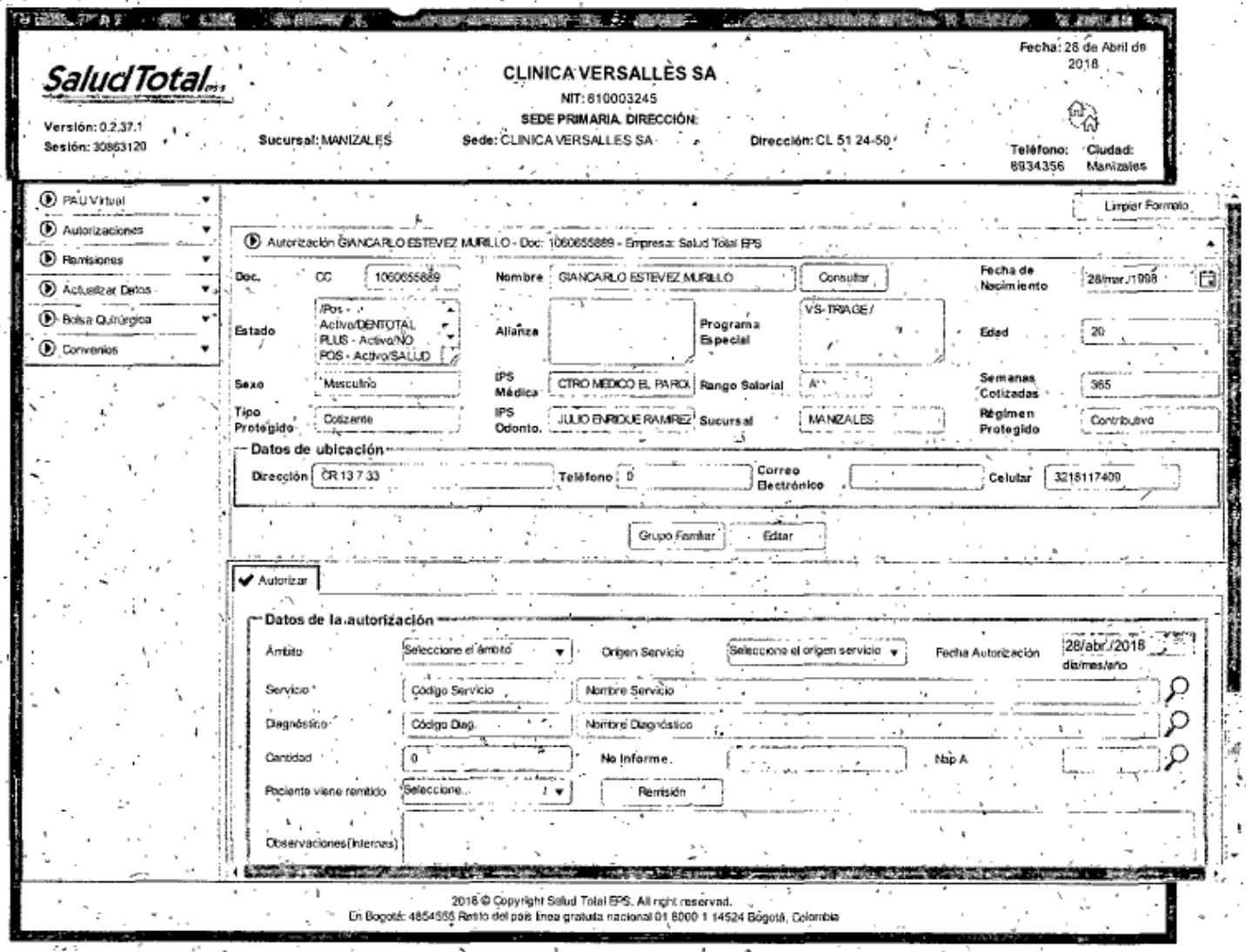
PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Cuota Moderadora — Valor : 3000
Semanas Cotizadas : 365 — Porcentaje — Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ITTransaccional — Cargo o Actividad : Arquitecto de Desarrollo de Aplicaciones
Telefono : — Telefono :
Telefono Celular : — Dirección :
Ips que prescribe :

OBSERVACIONES


SaludTotal EPS
CLINICA VERSALLES SA
NIT: 810003245
SEDE PRIMARIA. DIRECCIÓN:
Fecha: 26 de Abril de 2018
Versión: 0.2.37.1
Sesión: 30863120
Sucursal: MANIZALES
Sede: CLINICA VERSALLES SA
Dirección: CL 51 24-50
Teléfono: 8934356
Ciudad: Manizales
PAU Virtual
Autorizaciones
Remisiones
Actualizar Datos
Bolsa Quirúrgica
Convenios
Limpiar Formato
Autorización GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO - Doc: 1060655889 - Empresa: Salud Total EPS
Doc.
CC
1060655889
Nombre
GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Consultar
Fecha de Nacimiento
28/mar/1998
Estado
/Pos -
Activo/DENTOTAL
PLUS - Activo/NO
POS - Activo/SALUD
Alianza
Programa Especial
VS- TRIAGE /
Edad
20
Sexo
Masculino
IPS Médica
CTRO MEDICO EL PAROI
Rango Salarial
A
Semanas Cotizadas
365
Tipo Protegido
Cotizante
IPS Odonto.
JULIO ENRIQUE RAMIREZ
Sucursal
MANIZALES
Régimen Protegido
Contributivo
Datos de ubicación
Dirección
CR 13 7 33
Teléfono
0
Correo Electrónico
Celular
3218117409
Grupo Familiar
Editar
Autorizar
Datos de la autorización
Ámbito
Seleccione el ámbito
Origen Servicio
Seleccione el origen servicio
Fecha Autorización
28/abr/2018
dia/mes/año
Servicio
Código Servicio
Nombre Servicio
Diagnóstico
Código Diag.
Nombre Diagnóstico
Cantidad
0
No Informe.
Nap A
Paciente viene remitido
Seleccione...
Remisión
Observaciones(Internas)
2016 © Copyright Salud Total EPS. All right reservad.
En Bogotá: 4854555 Resto del país línea gratuita nacional 01 8000 1 14524 Bógotá, Colombia

clínica versalles

TARJETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO | CAMA Nº: 9.

SERVICIO: URG 1060655889 | **ALERGIAS:** NO

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	HORARIO						FIRMA
27 ABRIL	GLUCOMETRIAS C/8H			06 - 14 - 22						DIANA T
27 ABRIL	RANITIDINA AMP	1 AMP	I.V.		04 - 12 - 20					DIANA T.
	50MG C/8H.									
27 ABRIL	HARTMAN BOLUS		I.V.		02-08-14-20					DIANA T
28-Abril	Ciprofloxacina 400mg	2amp 9/8h	IV		12		00			Marcela G

ANTIBIOTICOS

							FECHA DE INICIO:
							FECHA FIN:
							FECHA DE INICIO:
							FECHA FIN:

RC-724 08/ 03/ 2013

clínica versalles

TARJETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE:	CAMA Nº:
SERVICIO :	**ALERGIAS:**

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	HORARIO						FIRMA

ANTIBIOTICOS							
							FECHA DE INICIO:
							FECHA FIN:
							FECHA DE INICIO:
							FECHA FIN:

RC-724 08/ 03/ 2013

clínica versalles por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE : Giancarlo Estevez Murillo | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1060655889

UNIDAD FUNCIONAL: Org | **EPS:** Salud total

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA		NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA
Identificación del paciente	1	**Maternas**	Control trabajo de parto	
Comprobante de atención	1		Valoración del recién nacido	
Epicrisis			Egreso del recién nacido	
Remisión	6	**Neonatos**	Criterios de admisión	
Plan de Cuidados de enfermería	1		Historia clínica perinatal de ingreso	
Tramites administrativos			Record de laboratorio	
Hoja de tratamientos	1		Terapia respiratoria	
Hoja de oxígeno			Hoja de cuidado de enfermería	
Hoja de glucometrías	1			
Hoja de signos vitales		**Quirófano**	Informe quirúrgico	
Hoja de control de líquidos			Informe de anestesia	
Hoja de control de antibióticos			Cargo de insumos quirófano	
Hoja de Glasgow			Hoja de tratamiento quirófano	
Peso diario			Conteo de elementos utilizados	
Escala de riesgo de caídas	1		Lista de chequeo acciones seguras	
Monitoreo gasimétrico y ventilatorio				
Reporte de gases arteriales		**Ayudas diagnósticas internas:**		
Reportes de Laboratorio		•		
Reporte de cultivos		•		
Registro de exámenes de laboratorio		•		
Hojas de control hemodinamico		•		
Paquete de transfusiones		•		
Copias de CTC		•		
Valoración escala de sedación		**Ayudas diagnósticas externas:**		
Formato de nutrición parental		•		
Formato para realización de cambios de posición		•		
Manejo de pertenencias		•		
Informe anatomía patológica		•		
Fotocopia de documentos		**Otras**		
Autorización acompañante permanente		• Prader		1
Formulas de control		• Autorizacion.		2
Devoluciones		•		
Tarjeta de medicamentos		•		
Ordenes de ambulancia		•		
Consentimientos informados	1	•		
Listas de chequeo		**Paquetes**		
Reg. de control de educación a la familia	1	Paquete de urgencias	OURG	
Reg. de escala de medición ucis		Paquete de hospitalización	HOSP	
Comprobante de información estado pcte		Paquete de ginecología	GIOB	
Escala visual de ingesta		Paquete UCIN	UCIN	
Autorizaciones o verificador		Paquete de UCI	OUCI	
Triage		Paquete de quirófano	OOQX	

Entrega folio:	Fecha:
Recibe admisionador:	Fecha:
Recibe en piso:	Fecha:
Recibe en unidades:	Fecha:
Recibe en facturación:	Fecha:
Recibe en radicación:	Fecha:
Recibe en archivo médico:	Fecha:

TODAS LAS HISTORIA CLÍNICAS DEBEN SER FOLIADAS Y ENTREGADAS AL ÁREA DE FACTURACIÓN INMEDIATAMENTE EGRESE EL USUARIO, EL FACTURADOR DEBE REVISAR POR COMPLETO LOS FOLIOS ENTREGADOS Y NO RECIBIR LA HISTORIA SI PRESENTA ALGÚN FALTANTE. CUANDO SE ADICIONE ALGÚN FOLIO, ÉSTE SE DEBE ENUMERAR Y ADICIONAR AL REGISTRO

Salud Total

HISTORIA CLINICA

5083990

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Fecha de Nacimiento: 03/28/1998
Edad: 20 Años - **Sexo:** Masculino
Teléfono Residencia: 0
Aseguradora: SALUD TOTAL EPS
Contrato: 1802779 (Documento: 1060655889)
Dirección Residencia: CR 13 7 33
Ciudad Residencia: Villamaria
Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del sábado 28 de abril de 2018 01:01 AM en UUBC VERSALLES

Nombre del Profesional: Jayson Javier Torrenegra Torres - MEDICINA GENERAL (Registro No. 1129573850)
Número de Autorización: 08356-1830869955
Tipo de Consulta: EVOLUCION

Control

Fecha de la Consulta: 04/28/2018 01:01:00
Conducta Interna
Evolución Observación: Si Formulas Apoyo: No

Evoluciones

Evolución
Objetivo I:
PARACLINICOS:BUN:11.6, CREATININA:0.9, CH:L:15.58, HB16.2, HTO:46.1, PLT:248, L:22.3, N:70.2, REFIERE QUE EL DOLOR CONTINUA, AL EF:D OLRO A LA PLAPACION EN FID, CON BLUMBERG Y ADEMAS PSOAS Y PUÑO TALON POSITIVO EL CUAL DECIDO ORDENAR REMISION A CX, CERO ANALGESIA.
Ordenes Médicas I:
1-REMISION A CX GENERAL.

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo
Causa Externa: Enfermedad General Destino Usuario: Observación
Tipo de Conducta Interna: Apoyo Diagnóstico,Aplicación de Medicamentos
Dias de Incapacidad: 0
Formulación NO POS en Linea
¿Formulo tecnologia NO POS en linea?: No No. de Prescripción:
DIAGNOSTICO: (R10) DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO
Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INGRESO URGENCIAS

Jayson Javier Torrenegra Torres
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación:
Numero de Identificación: 1129573850
Registro Profesional: 1129573850
Código Institucional: 8356000201

SaludTotal

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Fecha de Nacimiento: 03/28/1998
Edad: 20 Años - **Sexo:** Masculino
Teléfono Residencia: 0
Aseguradora: SALUD TOTAL EPS
Contrato: 1802779 (Documento: 1060655889)
Dirección Residencia: CR 13 7 33
Ciudad Residencia: Villamaria
Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del viernes 27 de abril de 2018 11:16 PM en UUBC VERSALLES
Nombre del Profesional: Daniel Fernando Rodriguez Franco - MEDICINA GENERAL (Registro No. 15906)
Número de Autorización: 08356-1830869955
Tipo de Consulta: URGENCIA ATENCION MEDICA PRIORITARIA ST TRIAGE 2

Identificación

Datos de la Consulta
Fecha de la Consulta: 04/27/2018 23:16:00
Entidad Responsable del Pago: Salud Total E.P.S.
Datos Complementarios
Datos del Paciente
Estado Civil : Soltero
Ocupación: ESTUDIANTES
Responsable del Usuario
Nombre: mario esteves
Parentesco: Padre
Teléfono: 3116118487
Acompañante
Nombre: mario esteves
Parentesco Acompañante: Padre
Teléfono: 3116118487
Víctima de Violencia : No Violencia

Anamnesis

Anamnesis
Motivo de Consulta: desde hace 40 minutos dolor en hipocondrio derecho irriadiado a espalda y testiculo ipsilateral asociado a emesis niega diarrea
Enfermedad Actual: Pacienete de 20 años quien refiere dolor abdomina de inicio subito en area de fosa iliaca derecha sin irradiacino en este momento cpon miccion normal asociaod a emesis no otro alergiaS: niega
Revisión Por Sistemas: No Refiere
Alergias
Causa de Alergia:
Ninguna
Sintomático de Piel: No Aplica
Tos Mayor de 15 dias: No Aplica

Antecedentes

Factores de Riesgo
Consumo de Alcohol: No
Consume sust psicoactivas: No
Antecedentes Personales
Patológicos: hiperreactividad bronquial hasta los 7 años manejo con inh .. Dr(a). Daniel Fernando Rodriguez Franco (04/27/2018 23:15:44)
Hospitalarios: neumonia a los 2 años. Dr(a). Daniel Fernando Rodriguez Franco (04/27/2018 23:15:44)
Tóxicos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Alérgicos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Hipersensib. MC: Sin establecer
Farmacológicos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)

SaludTotal

Antecedentes Personales
Ocupacionales: Niega
Venereos: Niega
Quirúrgicos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Transfusionales: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Traumáticos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Perinatales: Niega
Inmunológicos: Niega
Ant. farmacoterapéutico (SFT):
Tabaquismo
Tabaquismo: No
Exp Pasiva a Tabaco: No
Antecedentes Familiares
Madre: niega Dr(a). Andrey Mauricio Pulido Contreras (10/01/2012 07:46:00)
Padre: niega Dr(a). Andrey Mauricio Pulido Contreras (10/01/2012 07:46:00)
Hermanos: niega Dr(a). Andrey Mauricio Pulido Contreras (10/01/2012 07:46:00)

Examen Físico

Glasgow
Apertura Ocular:
Espontaneo
Respuesta Verbal:
Confuso(Llanto Consolable)
Respuesta Motora:
Obedece
Total Apertura Ocular:
4
Total Respuesta Verbal :
4
Total Respuesta Motora:
6
Glasgow:
14
Signos Vitales

Peso:	UMP:	TASUr:	TADUr:	TAM:	FCUr:	FP:	FRUr:	Temp:	Glucometría:	Oximetría:
52	Kg	110	70	83.2	88	88	18	36.6	0	95

Escala Dolor: 5
Examen Físico

Estado General:	fasces de dolor
EF Organos de los Sentidos:	Sin alteraciones
EF Cardiopulmonar:	Sin alteraciones
EF Gastrointestinal:	abdomen balndo depresibel dolrooso ena rea de flanco derecho y fosa iliaca derecha no blumberg
EF Genitourinario:	Sin alteraciones
EF Osteomuscular:	Sin alteraciones
EF Neurológico:	Sin alteraciones
EF Endocrino:	Sin alteraciones
EF Linfoinmunohematopoyético:	Sin alteraciones
EF Vascular Periférico:	Sin alteraciones
EF Piel y Faneras:	Sin alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo
Análisis y Plan de Manejo: se s/s paralnccos de apoyo

SaludTotal

Análisis y Manejo

Causa Externa: Enfermedad General Destino Usuario: Conducta Interna Tipo de Conducta Interna: Apoyo Diagnóstico,Aplicación de Medicamentos

Dias de Incapacidad: 0

La información brindada al paciente es entendida : Si Información brindada al paciente: se s/s paralnccos de apoyo

Ordenes Médicas

Ordenes Médicas : 1. nada via oral
2 lev SSN 2000 en bolo continuar 80 cc hora
3 se s/s po gram CH cr bun

Formulación NO POS en Linea

¿Formulo tecnologia NO POS en linea?: No No. de Prescripción:

Escala Riesgo de Caidas

Diligencia Escala de Caidas: Si

Riesgo General Caidas

Población Vulnerable:	NO	Puntaje Población Vulnerable:	0
Puntaje Deficit Visual:	0		
Deficit Sensorial:	Ninguna		
Puntaje Deficit Auditivo:	0		
Puntaje Deficit Sensorial:	0		
Caidas Previas:	NO	Puntaje Caidas Previas:	0
Orientado:	SI	Puntaje Orientación:	0
Deambulación:	Sin Asistencia	Puntaje Deambulación:	0
Total Riesgo General:	0	Caracterizacion Riesgo General:	Bajo

Riesgo Especifico Caidas

Medicamentos: No aplica Puntaje Analges-Sedantes: 0 Puntaje Antidepres y/o Antipsicoticos: 0

Puntaje Hipoglicemiantes: 0 Puntaje Antiparkin y/o Anticonvulsiv: 0

Puntaje Hipotensores: 0 Puntaje Total Medicamentos: 0

DIAGNOSTICO: (R10) DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO

Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INGRESO URGENCIAS

CONDUCTAS:

1. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS
   1. CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9 % 500 ML, No. 5
      Posologia: 70 Centímetro(s) cúbico(s) cada 1 Día(s) por 1 Día(s), vía Intravenosa -USO: pasar bolo 2000 cc continua a 70 cc hora
2. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
   1. Procedimiento: (9011070000) Laboratorio Clinico COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
   2. Procedimiento: (9038950100) Laboratorio Clinico CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
   3. Procedimiento: (9022090000) Laboratorio Clinico HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO
   4. Procedimiento: (9038560000) Laboratorio Clinico NITROGENO UREICO
   5. Procedimiento: (9071060000) Laboratorio Clinico UROANALISIS

Daniel Fernando Rodriguez Franco
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación:
Numero de Identificación: 10022366
Registro Profesional: 15906
Código Institucional: 8356000198

IMAGENOLOGIA

clínica versalles

MANIZALES 28 DE ABRIL DE 2018
PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
CC:1060655889
SALUD TOTAL URGENCIAS (881510)

ESTUDIO: ECOGRAFIA TESTICULAR
DOLOR TESTICULAR CON INICIACIÓN SÚBITA DE 12 HORAS DE EVOLUCION

- *Testículo derecho: Con ecogenicidad no homogénea. Con pequeñas áreas de menos densidad; mide 3,83x2,39x2,37 cms. Hay engrosamiento del escroto*
- *Epidídimo Aumentado de tamaño en toda su extensión.*
- *No hay varicocele.*
- *No hay hidrocele*

- *Testículo izquierdo: Con ecogenicidad configuración y tamaño normal mide 3,78x1,72x2,18cms*
- *Epidídimo sin alteración.*
- *No hay varicocele.*
- *No hay hidrocele*

CONCLUSIÓN:

- *Aumento del volumen del testículos Epidídimo dèrechos alteración en la ecogenicidad*
- *Puede relacionarse con orquiepididimitis. No puede desacatarse definitivamente la posibilidad de torsión testicular.*
- *Se siguiere evalucion por urologia*

Atentamente,

Armando Franco Linares
Medico Radiólogo
RM 763

Manizales; Abril 28 de 2018

NOMBRE : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
IDENTIFICACIÒN: CC 1060655889
ESTUDIO : ECO- DUPPLEX COLOR CIRCULACION TESTICULAR
ENTIDAD : SALUD TOTAL

ECO-DUPPLEX TESTICULAR

Testiculo derecho de 25 X **23 X** 37 ml para 11.7 cc
Testiculo izquierdo 29 x16 x 34 ml para un volumen de 8.6 cc
Ausencia al flujo al doppler en el testiculo izquierdo, con eco estructura heterogenea por zonas hipoicoicas en su tercio inferior.
El cordón espermático engrosado ecogenico sin flujo al doppler con imagen en sacacorcho en el polo proximal del testiculo derecho.
Flujo en el testiculo izquierdo arterial y venoso normal.

CONCLUSION:

Torsión testicular derecha

Atentamente,

ALEJANDRO OROZCO GIRALDO
Médico Radiólogo

IMAGENOLOGIA

MANIZALES 28 DE ABRIL DE 2018
PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
CC:1060655889
SALUD TOTAL URGENCIAS (881510)

ESTUDIO: ECOGRAFIA TESTICULAR
DOLOR TESTICULAR CON INICIACIÓN SÚBITA DE 12 HORAS DE EVOLUCION

- *Testículo derecho: Con ecogenicidad no homogénea. Con pequeñas áreas de menos densidad; mide 3,83x2,39x2,37 cms. Hay engrosamiento del escroto*
- *Epidídimo Aumentado de tamaño en toda su extensión.*
- *No hay varicocele.*
- *No hay hidrocele*

- *Testículo izquierdo: Con ecogenicidad configuración y tamaño normal mide 3,78x1,72x2,18cms*
- *Epidídimo sin alteración.*
- *No hay varicocele.*
- *No hay hidrocele*

CONCLUSIÓN:

- *Aumento del volumen del testículos Epidídimo derechos alteración en la ecogenicidad*
- *Puede relacionarse con orquiepididimitis. No puede desacatarse definitivamente la posibilidad de torsión testicular.*
- *Se siguiere evalucion por urologia*

Atentamente,

Armando Franco Linares
Medico Radiólogo
RM 763

Manizales, Abril 28 de 2018

NOMBRE : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
IDENTIFICACIÒN: CC 1060655889
ESTUDIO : ECO- DUPPLEX COLOR CIRCULACION TESTICULAR
ENTIDAD : SALUD TOTAL

ECO-DUPPLEX TESTICULAR

Testiculo derecho de 25 X **23 X** 37 ml para 11.7 cc
Testiculo izquierdo 29 x16 x 34 ml para un volumen de 8.6 cc
Ausencia al flujo al doppler en el testiculo izquierdo, con eco estructura heterogenea por zonas hipoicoicas en su tercio inferior.
El cordón espermático engrosado ecogenico sin flujo al doppler con imagen en sacacorcho en el polo proximal del testiculo derecho.
Flujo en el testiculo izquierdo arterial y venoso normal.

CONCLUSION:

Torsión testicular derecha

Atentamente,

ALEJANDRO OROZCO GIRALDO
Médico Radiólogo

Archivo

Salud Total EPS

CONTRATO DE ARRENDAMIENTO CELEBRADO ENTRE CLÍNICA VERSALLES S.A. Y SALUD TOTAL EPS S.A.

Entre los suscritos a saber, **MARÍA HELENA ZULUAGA GARCÍA**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Manizales, identificada con cédula de ciudadanía No. 30.308.289 de Manizales, quien obra en calidad de Representante Legal de **CLÍNICA VERSALLES S.A.**, sociedad legalmente constituida mediante escritura pública ciento setenta y nueve (179) del diez de febrero de dos mil (2000) otorgada ante la notaría segunda (2ª) del circulo de Manizales, con domicilio en la ciudad de Manizales, con Número de Identificación Tributaria (NIT) 810.003.245-1 y matrícula mercantil No. 84553, conforme al certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Manizales, quien para los efectos del presente documento se denominará el **ARRENDADOR**, por una parte y por la otra **DANNY MANUEL MOSCOTE ARAGÓN**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 80.062.096 de Bogotá, quien obra en calidad de representante legal de **SALUD TOTAL EPS S.A.**, sociedad legalmente constituida mediante escritura pública dos mil ciento veintidós (2122) del quince (15) de Mayo de mil novecientos noventa y uno (1991) otorgada en la Notaría Séptima (7ª) del círculo de Bogotá, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con Número de Identificación Tributaria (NIT) 800.130.907-4 y matrícula mercantil No. 00455874, conforme al certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente documento se denominará el **ARRENDATARIO**, hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE ARRENDAMIENTO**, el cual estará regido por las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- OBJETO: Por el presente negocio jurídico, el ARRENDADOR se obliga a entregar a título de tenencia para el pacífico uso y goce al ARRENDATARIO, el inmueble ubicado en la calle 51 No. 24 -50 segundo (2º) piso en la ciudad de Manizales, identificado con el número de matrícula inmobiliaria 100-74610 y con Ficha Catastral: 1-03-0133-0005-000.

PARÁGRAFO PRIMERO.- LINDEROS: El predio que se entrega en arrendamiento esta alinderado de la siguiente manera tal como quedo registrado en la escritura pública cuatro mil cuatrocientos setenta y siete (4477): por el Norte, con propiedad de herederos de Roberto Ángel y con propiedad del doctor Néstor Echeverri M.; por el Sur, con propiedad de Carlos Hauss; por el Occidente, con propiedad de Enrique Gómez V. de Restrepo; y por el Oriente con la expresión calle 51.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El inmueble objeto del presente contrato, se requiere para que el ARRENDATARIO instale sus oficinas y pueda desarrollar las gestiones que les son propias de su objeto social.

PARÁGRAFO TERCERO: El inmueble previamente descrito objeto de arrendamiento debe ser entregado por el ARRENDADOR al ARRENDATARIO en perfecto estado de funcionamiento con el fin de desarrollar la actividad para el cual fue destinado.

SEGUNDA.- CANON Y REAJUSTES: El valor mensual del canon de arrendamiento del inmueble objeto del presente contrato, corresponde a la suma de **DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL PESOS ($ 2.320.000)**. El canon será pagado por el ARRENDATARIO al ARRENDADOR, dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada

mes, previa presentación de la correspondiente factura por parte del ARRENDADOR. La factura deberá cumplir con los requisitos de carácter legal y en especial los contemplados en el Estatuto Tributario, el Código de Comercio y demás normas que los modifiquen, adicionen o aclaren. El pago se hará a través de consignación en la cuenta de ahorros o cuenta corriente que previamente y por escrito indique el ARRENDADOR una vez radique la respectiva factura.

En el evento en que el ARRENDADOR omita presentar la factura, en la oportunidad debida o no cumpla ésta con los requisitos legales, no se generarán intereses por ningún concepto para el ARRENDATARIO.

PARÁGRAFO PRIMERO.- REAJUSTES: El valor mensual del canon de arrendamiento se incrementará cada doce (12) meses contados a partir de la fecha de inicio del presente contrato, en un porcentaje igual al incremento que haya tenido el Índice de Precios al Consumidor (IPC) con corte a treinta y uno (31) de Diciembre del año calendario inmediatamente anterior al que se realiza el ajuste.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La factura o cuenta de cobro, según sea el caso, deberá ser presentada a más tardar el último día hábil del mes inmediatamente anterior al que se está facturando. El valor que se facture deberá corresponder a la totalidad de los días del mes, es decir, con corte al último día que se cobra. En caso que el ARRENDADOR no radique en las oficinas de la sede administrativa del ARRENDATARIO la factura o cuenta de cobro, según sea el caso, dentro del lapso anteriormente estipulado, el ARRENDATARIO diferirá el pago del canon al mes subsiguiente al que se factura, sin que por ello se predique mora alguna por parte suya y sin que dé lugar al cobro de intereses de ninguna clase.

PARÁGRAFO TERCERO: De no poderse realizar el pago acordado por causas imputables al ARRENDADOR y en el caso en que éste o quien haga sus veces se nieguen a recibir el pago, SALUD TOTAL EPS S.A., en su calidad de ARRENDATARIO, podrá consignar dicho valor en el Banco Agrario, sin necesidad de iniciación de proceso alguno de ofrecimiento de pago, con lo cual se entenderá cumplida la obligación de pago.

PARÁGRAFO CUARTO: El título original será guardado en custodia por el ARRENDATARIO, hasta tanto se acerque el ARRENDADOR personalmente a reclamarlo o el Tribunal de Arbitramento decida lo pertinente. Se entiende que entre el momento de la consignación en el Banco Agrario y el momento en que se libere o entregue el título, no se causarán intereses corrientes ni de mora. Tampoco se causarán intereses corrientes ni de mora entre el día del vencimiento del plazo para pagar y el momento en que se lleve a cabo la consignación en el Banco Agrario, toda vez que se entiende que quien se encuentra en mora es el ARRENDADOR.

TERCERA.- DURACIÓN DEL CONTRATO: El presente contrato de arrendamiento tendrá un término de duración de un año (1) año, contados a partir del primero (1°) de marzo de dos mil quince (2015) hasta el veintinueve (29) de febrero de dos mil dieciséis (2016). Dicho término será prorrogable automáticamente por períodos sucesivos de doce (12) meses, salvo que no habiéndose ejecutado el contrato por más de dos (2) años, alguna de las partes comunique por escrito a la otra su voluntad de no querer continuar vinculada al presente acuerdo, con no menos de sesenta (60) días calendario de antelación a la expiración del término de duración inicial o al vencimiento de las prórrogas. Cuando por efecto de las prórrogas establecidas en este contrato, hayan transcurrido más de dos (2) años de

ejecución del mismo, su duración será prorrogable automáticamente por períodos sucesivos de doce (12) meses, salvo que con no menos de sesenta (60) días calendario de antelación al vencimiento de las prórrogas ,el ARRENDATARIO comunique por escrito al ARRENDADOR su voluntad de no querer continuar vinculado al presente acuerdo; Por su parte, en este mismo caso, para efectos de la renovación del presente contrato, el ARRENDADOR estará a lo dispuesto en el Art. 518 y siguientes del Código del Comercio.

PARÁGRAFO PRIMERO: No obstante lo anterior, en cualquier momento durante cualquiera de las prórrogas, el ARRENDATARIO podrá ponerle término de manera unilateral al presente acuerdo, sin que tenga que justificar su decisión y sin que por ello se cause a su cargo compromiso resarcitorio de perjuicios, dando a la otra parte aviso de terminación con no menos de sesenta (60) dias comunes en relación con la fecha a partir de la cual lo tiene por terminado. Esta terminación no se mirará bajo ninguna circunstancia como incumplimiento del presente contrato y por ende no dará lugar al pago de ninguna clase de indemnización ni de sanción. La terminación unilateral del contrato, en la que medie la simple voluntad del ARRENDATARIO, que dé aviso prudencial al ARRENDADOR, en consideración a la naturaleza del objeto contractual, la ley y la costumbre, se constituye en medio idóneo y legitimo para dar por terminado el contrato sin que con ello se vulnere la equidad que debe existir en razón de la buena fe contractual observada por las partes tanto en la celebración del contrato como en su ejecución y terminación.

CUARTA.- DESTINACIÓN: El inmueble materia del presente contrato, será destinado por el ARRENDATARIO para llevar a cabo actividades propias de su objeto social, no pudiendo darle uso distinto, ni cederlo, ni subarrendarlo todo o en parte, como tampoco entregar la tenencia parcial o total del mismo bajo ningún título, sin previo permiso escrito del ARRENDADOR.

PARÁGRAFO: El ARRENDADOR prohíbe expresa y terminantemente al ARRENDATARIO dar al inmueble destinación distinta a la consagrada en el presente contrato y en especial a los fines contemplados en el literal B del parágrafo del artículo tercero del Decreto 180 de 1988 y del artículo 34 de la Ley 30 de 1.986, modificado por el artículo 18 de la Ley 365 de 1997, y en consecuencia el ARRENDATARIO se obliga a no utilizarlo para ocultar o como depósito de armas, explosivos, dinero proveniente de actividades delictivas o para que en él se elaboren o almacenen, vendan o usen estupefacientes o sustancias alucinógenas tales como marihuana, hachís, cocaína, morfina, heroína, metacualona y afines. El ARRENDATARIO se obliga a no guardar en el inmueble sustancias inflamables o explosivas que pongan en peligro la seguridad de éste y en caso que ocurriere dentro de la misma enfermedad infectocontagiosa, serán de cargo del ARRENDATARIO, los gastos de desinfección que ordenen las autoridades sanitarias.

QUINTA.- RECIBO Y ESTADO. El ARRENDADOR se obliga especialmente a entregar al ARRENDATARIO el inmueble arrendado, en la fecha de iniciación del presente contrato conforme se prevé en la cláusula de Duración. La sola entrega de las llaves al ARRENDATARIO no representa la entrega del inmueble. EL ARRENDATARIO declara que ha recibido el inmueble objeto de este contrato conforme al Acta de Entrega (inventario) y Registro Fotográfico que se suscribe por separado por ambas partes y que se consideran incorporados a este documento. Al momento de la restitución del inmueble arrendado, las partes deberán suscribir la correspondiente acta de restitución, en los mismos términos pactados en la presente clausula.

SEXTA.- OBLIGACIONES DEL ARRENDADOR. 1. Entregar al ARRENDATARIO en la fecha convenida, o en el momento de la celebración del contrato, el inmueble dado en arrendamiento en buen estado de servicios, seguridad y sanidad y poner a su disposición los servicios, cosas o usos conexos y los adicionales convenidos. 2. Mantener en el inmueble los servicios, cosas o usos conexos y adicionales en buen estado de servir para el fin convenido. 3. Contar con la respectiva licencia de construcción, modificación o reconocimiento, planos, certificado de uso de suelo y demás documentos del inmueble, los cuales hacen parte integral del presente contrato. 4. Las demás obligaciones consagradas en la ley.

SÉPTIMA.- OBLIGACIONES DEL ARRENDATARIO. 1. Pagar el precio del arrendamiento dentro del plazo y en el lugar estipulado en el presente contrato. 2. Cuidar el inmueble y las cosas recibidas en arrendamiento. 3. Cumplir las normas consagradas en los reglamentos de propiedad horizontal, en caso que aplique y las que expida el gobierno en protección de los derechos de todos los vecinos y 4. Las demás obligaciones consagradas en la ley.

OCTAVA.- RÉGIMEN DE LAS REPARACIONES Y DE LAS MEJORAS: El ARRENDADOR está obligado conforme al Artículo 1.985 del Código Civil a adelantar sobre el inmueble arrendado las llamadas reparaciones necesarias. Para los efectos de ésta estipulación por reparaciones necesarias se entienden aquellas orientadas a evitar que el inmueble alquilado se destruya o menoscabe o no pueda estar en condiciones adecuadas para su uso autorizado por este acuerdo y para lo cual fue arrendado. El ARRENDATARIO es obligado a efectuar en relación con el inmueble arrendado las llamadas reparaciones menores o locativas, entendiéndose por tales las que no tengan el carácter de necesarias, esto es, aquellas que tienen por finalidad el mantenimiento del mismo en impecable estado e integridad. Para el caso de las mejoras necesarias, en aquellos casos en que habiendo sido notificado por escrito de parte del ARRENDATARIO de cualquier evento que haga imprescindible la realización de este tipo de reparaciones, y el ARRENDADOR por su parte no disponga lo necesario para llevar a cabo la reparación en un tiempo no mayor a dos (2) días hábiles contados a partir del recibo del aviso por parte del ARRENDATARIO, éste último estará facultado para contratar con un tercero la ejecución de la obra y para descontar del canon de arrendamiento correspondiente el valor que hubiese tenido que cancelar directamente, y si es del caso, los perjuicios que el retraso e incumplimiento del ARRENDADOR le hayan causado.

PARÁGRAFO PRIMERO: Con la firma del presente contrato el ARRENDADOR autoriza expresa e irrevocablemente al ARRENDATARIO para colocar a costo del ARRENDATARIO distintivos al interior y exterior del inmueble objeto del presente contrato, así como para realizar las modificaciones de infraestructura, tanto al interior como al exterior del predio arrendado, que se requieran con el objeto de implantar la imagen corporativa del ARRENDATARIO, siempre que no afecte la estabilidad física y estructural del bien arrendado, ni de aquel en cuyo interior se encuentra.

PARÁGRAFO SEGUNDO: En todo caso y teniendo en cuenta que las modificaciones a realizar en el inmueble arrendado cuentan con la autorización expresa del ARRENDADOR, las partes acuerdan que para el momento en que deba surtirse la entrega del inmueble por parte del ARRENDATARIO, este último restituirá al ARRENDADOR el mismo en buen estado de conservación, salvo el deterioro por el uso y goce legítimos y completamente aseado, con lo cual se considerará cumplida dicha obligación. No obstante lo anterior el

ARRENDATARIO al momento de restituir el inmueble estará facultado para retirar aquellos elementos propios de su imagen corporativa y aquellos elementos constitutivos de mejoras útiles (muros en dry-wall, cableado estructurado, etc.) siempre que no generen detrimento o deterioro estructural del inmueble.

NOVENA.- SERVICIOS PÚBLICOS: Bajo el precio del presente contrato no se encuentra incluido el cargo económico por la utilización de los servicios de Acueducto, alcantarillado, aseo, energía y gas. Estará a cargo del ARRENDATARIO el servicio de teléfono, quien podrá adquirir a su costa conexiones al servicio telefónico y podrá retirar las mismas al término del presente contrato, sin que haya lugar a reconocimiento económico alguno en favor del ARRENDADOR.

PARÁGRAFO PRIMERO: Cualquier trámite para la instalación de líneas telefónicas en el inmueble arrendado será por cuenta del ARRENDATARIO. El cargo económico por su utilización será igualmente responsabilidad del ARRENDATARIO. En el inmueble no se incluyen líneas telefónicas, de tal suerte que el ARRENDATARIO quedará en libertad de solicitar las líneas telefónicas que requiere, obligándose a cancelar las facturas emitidas por las empresas que presten dicho servicio y al momento en que se produzca la entrega del inmueble al ARRENDADOR, a dejar a paz y salvo el pago por dicho concepto.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El ARRENDADOR autoriza al ARRENDATARIO a compensar del canon mensual de arrendamiento o de cualquier otra suma, los valores que éste último haya tenido que pagar para precaver el corte del servicio o cualquier otra consecuencia, por concepto de facturas de servicios públicos derivadas de consumos previos a la iniciación de la ejecución del presente contrato, esto es, aquellos realizados por el anterior tenedor del inmueble o por cualquier causa imputable al ARRENDADOR. El ARRENDADOR se obliga a entregar al ARRENDATARIO los recibos de los servicios públicos debidamente pagados, con sus respectivos paz y salvo y los Servicios Públicos en correcto funcionamiento.

DÉCIMA.- IMPUESTO PREDIAL Y CONTRIBUCIÓN DE VALORIZACIÓN: El pago oportuno del impuesto predial unificado, la contribución de valorización por beneficio general y cualquier otro cobro o impuesto que recaiga sobre el predio del cual hace parte del inmueble objeto del presente contrato, será de cargo exclusivo del ARRENDADOR.

DÉCIMA PRIMERA.- CLÁUSULA PENAL: COMPENSATORIA. El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones asumidas por el ARRENDADOR en virtud del presente contrato, dará derecho al ARRENDATARIO a solicitar el pago a título de pena compensatoria una suma de dinero equivalente al doble del canon mensual de arrendamiento vigente al momento del incumplimiento, sin perjuicio de la indemnización ordinaria de daños.

PARÁGRAFO PRIMERO: El ARRENDADOR autoriza al ARRENDATARIO para que el valor de la CLÁUSULA PENAL a que se refiere esta cláusula, sea descontado del saldo pendiente de pago a su favor en virtud del presente contrato o por cualquier relación comercial vigente entre las partes. Si no lo hubiese, podrá cobrarse por la vía ejecutiva, renunciando el ARRENDADOR con la suscripción del presente contrato a requerimientos judiciales o extrajudiciales, de manera que este documento y la liquidación de los perjuicios constituye título ejecutivo para el cumplimiento de la sanción pecuniaria, para lo cual este contrato prestará mérito ejecutivo. Así mismo, en el evento en que se causen intereses de mora por cualquier concepto, la tasa de interés aplicable será la máxima legal comercial certificada por

la Superintendencia Financiera, o quien haga sus veces, a la fecha de la causación de los mismos.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El ARRENDATARIO podrá cobrar la pena establecida en la presente cláusula, y a su vez exigir el cumplimiento del contrato, por tanto, el pago de la pena no extingue el cumplimiento de las obligaciones pactadas.

PARÁGRAFO TERCERO: No se tendrá como incumplimiento y por tanto no habrá lugar a exigir la cláusula penal, el hecho que el ARRENDATARIO de por terminado el contrato de arrendamiento cuando quiera que no le sea posible desarrollar su actividad por no cumplir con los requisitos esenciales para ello, adicionalmente, cuando existan establecimientos de comercio circunvecinos no acordes con la actividad desarrollada por el ARRENDATARIO, tales como restaurantes, cafeterías, cigarrerías, casas de lenocinio, tabernas, discotecas, griles, surtidoras y procesadoras de alimentos crudos o cocidos, ventas de chance, lotería, entre otros, sin que la enumeración anterior se entienda taxativa.

PARÁGRAFO CUARTO: Adicionalmente si ocurriese por parte de cualquier autoridad competente el sellamiento o cierre del establecimiento de comercio o cualquier orden de autoridad competente que impida la ejecución del objeto social del ARRENDATARIO, por no contar con la respectiva licencia de construcción, modificación o reconocimiento, o contando con ella no se compadezca con la actividad comercial que desarrolla el ARRENDATARIO o el correspondiente uso de suelo acorde con la actividad que desarrollará el ARRENDATARIO, o embargo o secuestro o expropiación del inmueble, esto será causa para dar por terminado el contrato de forma unilateral por parte del ARRENDATARIO, sin ninguna antelación y sin causación alguna de perjuicios y/o sanción alguna para el ARRENDADOR y adicionalmente se generará a cargo del ARRENDADOR y en favor del ARRENDATARIO la asunción de cualquier multa o sanción que se imponga a el ARRENDATARIO y en general de cualquier otro perjuicio que se derive de dicho cierre o sellamiento, generadas por causas atribuibles al ARRENDADOR. Para el cumplimiento de lo anterior, una vez generada la multa o sanción, o el perjuicio, el ARRENDADOR tendrá como plazo para el pago, el establecido, en la multa o sanción o el enunciado en la reclamación de los perjuicios en todo caso máximo treinta (30) días comunes, caso en el cual el presente documento prestará mérito ejecutivo para su exigibilidad sin necesidad de requerimiento previo al ARRENDADOR al cual éste renuncia con la firma del presente contrato, en caso de que no se realice el pago de manera voluntaria.

DÉCIMA SEGUNDA.- RESTITUCIÓN DEL INMUEBLE ARRENDADO: Llegada la terminación del contrato de arrendamiento por cualquier causa, a falta de acuerdo escrito entre las partes sobre la hora, lugar y día en que se termine el contrato, la entrega del inmueble deberá surtirse el día anunciado por las partes o por una de ellas cuando se trate de terminación unilateral, a las tres de la tarde (3:00 P.M.). Si el día anunciado es no hábil, entendiendo por tal, sábados, domingos y festivos, la entrega deberá surtirse a la misma hora del primer día hábil siguiente al de la fecha de terminación anunciada en las instalaciones del bien. En todo caso, no se generará canon, ni interés corriente, ni de mora alguno, entre el día anunciado de la terminación del contrato que siendo no hábil hizo imposible la entrega, y el día en que efectivamente se surta con arreglo a lo dispuesto en la presente cláusula.

PARÁGRAFO: En el evento en que alguna de las dos partes no se haga presente, se entenderá que la entrega se surte mediante un acta suscrita por parte del contratante

asistente y dos testigos hábiles que den fe de lo actuado. El ARRENDATARIO se obliga a restituir el inmueble al ARRENDADOR a la terminación de éste negocio jurídico, con las modificaciones por él introducidas además del deterioro normal por el uso.

DÉCIMA TERCERA.- DERECHO DE RETENCIÓN EN FAVOR DEL ARRENDATARIO: Sin importar la causa, si a la terminación del presente negocio jurídico el ARRENDADOR es deudor del ARRENDATARIO por perjuicios sufridos por éste último durante la ejecución del contrato, el ARRENDATARIO podrá retener el inmueble arrendado en su poder hasta tanto dichas indemnizaciones le sean efectivamente abonadas, con las respectivas actualizaciones monetarias hasta tanto se surta el pago.

DÉCIMA CUARTA.- CESIÓN: Ninguna de las partes podrá ceder el presente contrato total o parcialmente ni los derechos u obligaciones derivados del mismo, ni subarrendar, sin la previa autorización escrita de la otra parte para tales efectos.

DÉCIMA QUINTA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN: El presente contrato finalizará por:

1. Mutuo acuerdo de las partes.
2. Por vencimiento del término de duración del contrato, en caso de no operar la prórroga.
3. Destrucción del bien arrendado.
4. Incumplimiento por el ARRENDATARIO de las obligaciones y prohibiciones a su cargo, relativas a éste acuerdo.
5. Liquidación obligatoria o figura de similares efectos del ARRENDADOR o del ARRENDATARIO.
6. Incumplimiento por el ARRENDADOR de las obligaciones a su cargo, relativas a este acuerdo.
7. De manera unilateral tal y como se prevé en el parágrafo primero y segundo de la cláusula de duración.
8. Las demás previstas en este contrato y en la Ley.

DÉCIMA SEXTA.- CLÁUSULA COMPROMISORIA: Salvo los procesos ejecutivos en los que el ARRENDATARIO actúe como demandante y a los que hubiere lugar en virtud de las obligaciones económicas pactadas en el presente contrato, cualquier conflicto que surja de la ejecución, interpretación, terminación y/o liquidación de este contrato, será sometido a un tribunal de arbitramento que se sujetará a las siguientes reglas:

1. La sede del tribunal será en la ciudad de Bogotá, D.C.
2. El Tribunal Arbitral estará conformado por un (1) árbitro, si la cuantía del litigio no sobrepasa los doscientos cincuenta (250) salarios mínimos legales mensuales vigentes. De sobrepasar dicha cuantía el Tribunal de Arbitraje estará conformado por tres (3) árbitros.
3. Los árbitros serán designados de común acuerdo entre las partes o en su defecto por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá al momento de convocarse el Tribunal.
4. Los árbitros decidirán en derecho y deberán ser abogados.
5. Al funcionamiento del tribunal se aplicarán las normas vigentes al momento de su constitución.

DÉCIMA SÉPTIMA.- NORMAS ESPECIALES: Las partes han convenido que, en lo no previsto el presente contrato se regirá por las normas establecidas en los artículos 518 a 523 del Código de Comercio y las normas generales sobre el contrato de arrendamiento establecidas en el Código Civil.

DÉCIMA OCTAVA.- OBLIGACIÓN ESPECIAL A CARGO DEL ARRENDADOR: El ARRENDADOR se obliga con el ARRENDATARIO a hacer respetar o continuar el presente contrato de arrendamiento en caso de realizarse cualquier clase de negocio jurídico sobre el inmueble arrendado verbigracia, compraventa. Para el efecto, el ARRENDADOR incluirá una estipulación en el documento contentivo del contrato de compraventa en el sentido de que el nuevo propietario o la persona que en adelante detente los derechos sobre el inmueble, permitirá a SALUD TOTAL EPS S.A. continuar en el disfrute y goce del mismo por el término convenido. En caso de incumplimiento de ésta obligación especial por parte del ARRENDADOR, se hará efectiva la cláusula penal de que trata la cláusula décima primera del presente contrato, sin perjuicio de la indemnización ordinaria de perjuicios.

DÉCIMA NOVENA.- EXENCIÓN DEL IMPUESTO DE IVA: De conformidad con lo contemplado en el artículo 10 del Decreto 841 de 1.998, el CONTRATANTE se encuentra exento del impuesto de timbre respecto de la celebración, ejecución y pago del presente contrato. El CONTRATISTA, deberá cancelar la mitad del valor correspondiente al impuesto de timbre, siempre y cuando cumpla los requisitos para ello, en relación con los ingresos brutos o patrimonio bruto, de conformidad con lo contemplado en el artículo 519 del Estatuto Tributario en concordancia con el artículo 72 de la Ley 1.111 de 2006 y demás normas que lo modifique, aclare o adicione. Igualmente el CONTRATANTE en virtud del Decreto 841 de 1998, artículo 1°, modificado por el Decreto 2577 de 1999 y de conformidad con los conceptos Nos. 6762, 37397 de 2005 y 000237 de 17 de febrero de 2015, emitidos por la Oficina Jurídica de la DIAN, estará exento del pago del Impuesto al Valor Agregado – IVA- generado por la adquisición de bienes o prestación de servicios, tendientes a satisfacer necesidades propias de su objeto social, relacionadas con el régimen contributivo.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., en dos (2) ejemplares del mismo contenido y valor, el día veintiocho (28) de febrero de dos mil quince (2015).

El ARRENDADOR,

MARÍA HELENA ZULUAGA GARCÍA
C. C. No. 30.308.289 de Manizales.
Representante Legal
CLÍNICA VERSALLES S.A.

El ARRENDATARIO,

DANNY MANUEL MOSCOTE ARAGÓN
C. C. No. 80.062.096 de Bogotá, D.C.
Representante Legal
SALUD TOTAL EPS S.A.

ACTA DE TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO CELEBRADO ENTRE CLINICA VERSALLES S.A. Y SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Entre los suscritos a saber: **(A) MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA,** mayor de edad, vecina de la ciudad de Manizales, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 30.308.289 de Manizales, obrando en calidad de Representante Legal de **CLINICA VERSALLES S.A.,** sociedad con domicilio en Manizales, legalmente constituida mediante Escritura Pública No. ciento setenta y nueve (17) de la Notaría Segunda (2°) del círculo de Manizales del diez (10) de febrero del dos mil (2000), con Número de Identificación Tributaria (NIT) 810.003.245-1 y Matrícula Mercantil No. 00084553 conforme al Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Manizales, quien para todos los efectos del presente documento se denominará el **ARRENDADOR;** de una parte y de la otra, **(B) DANNY MANUEL MOSCOTE ARAGÓN,** mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá D.C., identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80.062.096 de Bogotá D.C., obrando en calidad de Representante Legal de **SALUD TOTAL EPS-S S.A.,** sociedad con domicilio en Bogotá D.C., legalmente constituida mediante Escritura Pública No. dos mil ciento veintidós (2.122) de fecha quince (15) de mayo de mil novecientos noventa y uno (1991), otorgada en la Notaría Séptima (7a) del Círculo de Bogotá D.C., con Número de Identificación Tributaria (NIT) 800.130.907-4 y Matrícula Mercantil No. 00455874, conforme al Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C., quien para todos los efectos del presente documento se denominará el **ARRENDATARIO,** hemos decidido dejar constancia en el presente documento sobre la **TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO** del **CONTRATO DE ARRENDAMIENTO** suscrito por las partes el veintiocho (28) de febrero de dos mil quince (2015), en los términos que se establecen a continuación:

CONSIDERACIONES

1. El veintiocho (28) de febrero de dos mil quince (2015) las mencionadas partes suscribieron el contrato de **ARRENDAMIENTO** sobre el segundo (2°) piso del inmueble ubicado en la Calle 51 No. 24-50 de la ciudad de Manizales.

2. Así mismo, se pactó como termino de duración del contrato un tiempo de un (1) año contado a partir del primero (1°) de marzo de dos mil quince (2015) hasta el veintinueve (29) de febrero de dos mil dieciséis (2016), con prorrogas automáticas y sucesivas por periodos iguales al termino inicial.

3. No obstante lo anterior, las partes hoy reunidas han tomado la decisión de dar por terminado el contrato de **ARRENDAMIENTO,** con base en lo dispuesto en el numeral primero (1°) de la cláusula DÉCIMA QUINTA denominada "CAUSALES DE TERMINACIÓN", que establece:

   *"**DÉCIMA QUINTA.- CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente contrato finalizará por:*
   1. Mutuo acuerdo de las partes.
   (...)" (Subrayado fuera del texto original)

4. En virtud de lo anterior, las partes aquí intervinientes en ejercicio del principio de autonomía de la voluntad, libre de todo vicio y en observancia de lo establecido en los artículos 1602 y 1625 del Código Civil, suscriben la presente acta, en la cual:

ACUERDAN

PRIMERO: TERMINAR POR MUTUO ACUERDO el contrato de **ARRENDAMIENTO** sobre el segundo (2°) piso del inmueble ubicado en la Calle 51 No. 24-50 de la ciudad de Manizales hasta concluido el día treinta (30) de junio de dos mil diecinueve (2019).

SEGUNDO: Las partes se declaran a paz y salvo por todo concepto frente a cualquier suma u obligación surgida del referido acuerdo de voluntades.

TERCERO: De acuerdo con lo señalado en las cláusulas anteriores, las partes recíprocamente renuncian a reclamar el reconocimiento y/o pago de compensación, sanción, indemnización, perjuicios de cualquier tipo, daños directos, indirectos, presentes y/o futuros o cualquier otro valor económico en razón o con ocasión al mencionado contrato, su terminación e incluso por cualquier otro efecto en razón o con ocasión de los mismos.

CUARTO: las partes de manera irrevocable declaran conocer y aceptar todo el contenido del presente documento.

Para constancia de lo consignado en el presente documento, se firma en Bogotá D.C., el día veintiuno (21) de mayo de dos mil diecinueve (2019), en dos (2) originales del mismo contenido y valor, con destino a cada una de las partes.

EL ARRENDADOR,

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Representante legal
CLINICA VERSALLES S.A.

Proyectó: Oscar Ricardo Sierra.
Carpeta No. 13.0055.

EL ARRENDATARIO

DANNY MANUEL MOSCOTE ARAGÓN
Representante Legal
SALUD TOTAL EPS-S S.A.

Manizales, 19 de noviembre de 2020

Señor:
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES – CALDAS
E. S. D.
La ciudad.

REFERENCIA: CONTESTACION DEMANDA
RADICADO: 17001-3-03-002-2020-00014-00
PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
DEMANDANTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO
DEMANDADO: EPS SALUD TOTAL Y CLINICA VERSALLES
LLAMADO EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A.
CORREO NOTIFICACIONES**:** **estadosjudiciales@ospedale.com.co**

OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali (Valle del Cauca), Abogada en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 115.245 del Consejo Superior de la Judicatura e identificado con la cédula de ciudadanía No. 34.543.168 expedida en Popayán, actuando como apoderada de **CLINICA VERSALLES S.A.**, sociedad comercial con domicilio en Manizales , inscrita en debida forma en la Cámara de Comercio de Manizales, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Pereira, y que aporto con este escrito, atentamente procedo a presentar llamamiento en garantía en contra de la sociedad **ALLIANZ SEGUROS S.A,** identificada con NIT 860026182-5, representada legalmente por BELEN AZPURUA MATTA o quien haga sus veces, por considerar que mi poderdante tiene derecho a que en la sentencia se resuelva sobre la relación sustancial y los pagos de las indemnizaciones a que hubiere lugar en estos por la parte demandante, así:

LLAMAMIENTO EN GARANTIA A ALLIANZ SEGUROS S.A.
LOS HECHOS

PRIMERO: Entre **ALLIANZ SEGUROS S.A,** representada Legalmente por Belén Azpurua de Mattar o quien haga sus veces y la **CLINICA VERSALLES S.A.,** se celebró un contrato de seguro, de responsabilidad Civil Profesional para clínicas y hospitales que consta en la siguiente póliza:

Póliza nº: 022121026 I o
Duración: Desde el 22/07 /2017 hasta el 21/07/2018
Póliza N° 022300905/0
Duración: Desde el 2/07/2018 hasta el 21/07/2019

SEGUNDO: El interés asegurado indica: “Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a

terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.” como consta en la póliza que se anexa al presente llamamiento en garantía.

TERCERO: CLINICA VERSALLES S.A fue llamada en garantía en el proceso citado en la referencia como consecuencia de los presuntos perjuicios ocasionados a los demandantes **GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO**, por la atención médica que recibió en nuestras instalaciones al señor **GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO**, en el lapso comprendido entre 28 abril de 2018, hasta su egreso.

CUARTO: La demanda donde se coloca en conocimiento la atención médica al paciente sobre el cual se edifican las pretensiones de la demanda, se interpuso dentro de la vigencia de las pólizas enunciadas, en consecuencia, **ALLIANZ SEGUROS S.A** está obligada a responder patrimonialmente frente a una eventual sentencia condenatoria de reparación de perjuicios conforme a las condiciones pactadas en el contrato de seguro contenido en las pólizas:

Póliza nº: 022121026 I o
Duración: Desde el 22/07 /2017 hasta el 21/07/2018
Póliza N° 022300905/0
Duración: Desde el 2/07/2018 hasta el 21/07/2019

QUINTO: En las condiciones generales de la póliza de responsabilidad civil suscrita entre **ALLIANZ SEGUROS S.A., y CLINICA VERSALLES S.A.** . dice: Amparo:”1. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados. Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

SEXTO: Dentro de las pólizas se pactó: “Ámbito Temporal: CLAIMS MADE. Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez el asegurado o la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir del 22 de Julio de 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.”

SÉPTIMO: Se me ha otorgado poder

PETICIONES.

PRIMERA: Formulo llamamiento en garantía a **ALLIANZ SEGUROS S.A,** Representada Legalmente por BELEN AZPURUA MATTA o quien haga sus veces, para que integre el litisconsorcio y responda patrimonialmente conforme a lo pactado en el contrato de seguro. Con fundamento en el derecho contractual contenido en la Póliza:

Póliza nº: 022121026 I o
Duración: Desde el 22/07 /2017 hasta el 21/07/2018
Póliza N° 022300905/0
Duración: Desde el 2/07/2018 hasta el 21/07/2019

SEGUNDA: Antes de liquidar la eventual condena a cargo del asegurador solicito, actualizar monetariamente, el valor de la cobertura máxima de las pólizas, teniendo en cuenta la pérdida del poder adquisitivo de la moneda desde el día 21 de Julio de 2017, fecha en la que comienza la ocurrencia de los hechos y el día en que se produzca la eventual condena en contra de la compañía aseguradora **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

TERCERO: Condénese a la sociedad llamada en garantía a pagar al asegurado CLINICA VERSALLES S.A.**,** el valor de la asistencia jurídica que haya requerido para hacer frente al proceso.

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Artículo 225 del CPACA, y demás normas concordantes y complementarias

PRUEBAS DOCUMENTALES QUE SE APORTAN:

1. Copias de las pólizas:

   Póliza nº: 022121026 I o
   Duración: Desde el 22/07 /2017 hasta el 21/07/2018
   Póliza N° 022300905/0
   Duración: Desde el 2/07/2018 hasta el 21/07/2019.

2. Certificado de existencia y representación legal de **ALLIANZ SEGUROS S.A.**

ANEXOS.

1. Las relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de **ALLIANZ SEGUROS S.A**

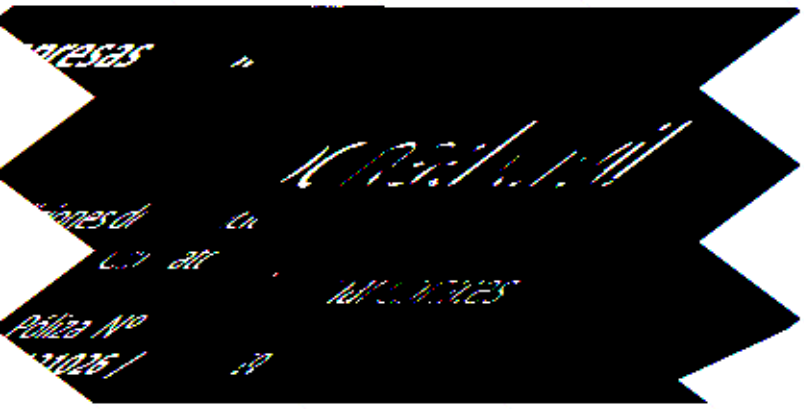
NOTIFICACIONES:

- Al LLAMADO EN GARANTIA: **ALLIANZ SEGUROS S.A.** Calle 13 # 29-24 Bogotá, notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@allianz.co
- EL LLAMANTE CLINICA VERSALLES S.A. y la suscrita apoderada, recibirá notificaciones en el correo electrónico**,** lidercontable@clinicaversalles.com.co

Atentamente,



OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ
C.C. No.34.543.168
T.P. No. 115.245 del C.S de la J.
estadosjuciales@ospedale.com.co



13 de julio de 2017

Señor(a)

INCARNESA, S.A. DE C.V.

Presente

Estimado(a) Señor(a):

Por medio de la presente le informamos que nuestra póliza de seguro de vida colectivo se encuentra vencida y no ha sido renovada. Le recordamos que es importante mantener su póliza vigente para garantizar la protección de sus seres queridos en caso de fallecimiento.

Le invitamos a comunicarse con nuestro departamento de atención al cliente para renovar su póliza y recibir más información sobre nuestros planes y beneficios.

Atentamente,

Departamento de Atención al Cliente

13 de julio de 2017

Señor(a)

INCARNESA, S.A. DE C.V.

Presente

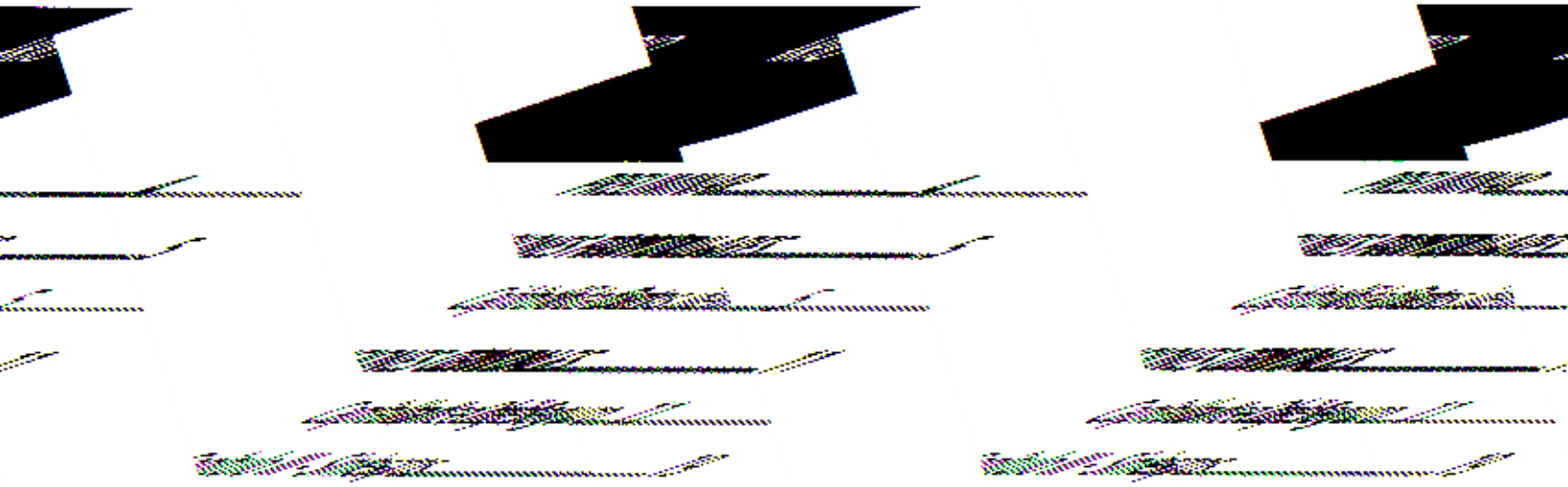
Estimado(a) Señor(a):

Por medio de la presente le informamos que nuestra póliza de seguro de vida colectivo se encuentra vencida y no ha sido renovada. Le recordamos que es importante mantener su póliza vigente para garantizar la protección de sus seres queridos en caso de fallecimiento.

Le invitamos a comunicarse con nuestro departamento de atención al cliente para renovar su póliza y recibir más información sobre nuestros planes y beneficios.

Atentamente,

Departamento de Atención al Cliente



IMINAR

El contrato de seguro se celebrará por la duración indicada en la carátula de la póliza, las condiciones particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el tomador y los formularios de asegurabilidad que se acepten para adicionar, modificar, suspender o cancelar la póliza.

Conforme al artículo 1068 del Código de Comercio, la falta de pago de la prima de los certificados o en el pago de una cuota de ellas producirá la terminación automática del contrato y la Compañía podrá exigir el pago de la prima debida por los días en que se expidan con fallas en el pago y los gastos causados por la expedición de

La Compañía no será responsable de responder o pagar ningún siniestro cuando el hecho en que (i) el alcance de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de un beneficio exponga a la Compañía a cualquier prohibición o restricción contempladas en las leyes, directivas, reglamentos, decisiones o sanciones económicas de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley, nacional o legislación aplicable.

IMINAR

El contrato de seguro se celebrará por la duración indicada en la carátula de la póliza, las condiciones particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el tomador y los formularios de asegurabilidad que se acepten para adicionar, modificar, suspender o cancelar la póliza.

Conforme al artículo 1068 del Código de Comercio, la falta de pago de la prima de los certificados o en el pago de una cuota de ellas producirá la terminación automática del contrato y la Compañía podrá exigir el pago de la prima debida por los días en que se expidan con fallas en el pago y los gastos causados por la expedición de

La Compañía no será responsable de responder o pagar ningún siniestro cuando el hecho en que (i) el alcance de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de un beneficio exponga a la Compañía a cualquier prohibición o restricción contempladas en las leyes, directivas, reglamentos, decisiones o sanciones económicas de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley, nacional o legislación aplicable.

DICIONE
CULARI ; l(

'o I Capítul(

Datos Identifica

Datos Generales

Tomador del Seguro:
RSALLES SIN(AMARIZALES) NIT: 81(
4-50 CALLE 51 N2
MANIZALES
Teléfono: 88791(
Ema@hotmail.com

Asegurado:
CLINICA MARIZALES SIN(AMARIZALES) NIT: 8100032451
CALLE 51 N24-50
MANIZALES
Teléfono: 8879100
Email: clinicalascalles@hotmail.

Póliza y duración:
Póliza nº: 022121026 / 0
Duración: Desde las 24:00 horas del 31/07/2017 hasta las 24:00 horas del 21/07/2018.

Moneda: expresado en PESO COLOMBIANO.

Intermediario:
Clave: 1063795
CR 20 18 - 80 OFIC
PEREIRA
NIT: 9002385521
Teléfonos: 3400304 0
E-mail: seguros2asesorias@ar

Identificación del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del r
Servicios	CALLE 51 N24-50

Descripción	Valor
sgo asegurado Rie	Atención Médica
o territorial Ambi	Colombia

DICIONE
CULARI ; l(

'o I Capítul(

Datos Identifica

Datos Generales

Tomador del Seguro:
RSALLES SIN(AMARIZALES) NIT: 81(
4-50 CALLE 51 N2
MANIZALES
Teléfono: 88791(
Ema@hotmail.com

Asegurado:
CLINICA MARIZALES SIN(AMARIZALES) NIT: 8100032451
CALLE 51 N24-50
MANIZALES
Teléfono: 8879100
Email: clinicalascalles@hotmail.

Póliza y duración:
Póliza nº: 022121026 / 0
Duración: Desde las 24:00 horas del 31/07/2017 hasta las 24:00 horas del 21/07/2018.

Moneda: expresado en PESO COLOMBIANO.

Intermediario:
Clave: 1063795
CR 20 18 - 80 OFIC
PEREIRA
NIT: 9002385521
Teléfonos: 3400304 0
E-mail: seguros2asesorias@ar

Identificación del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del r
Servicios	CALLE 51 N24-50

Descripción	Valor
sgo asegurado Rie	Atención Médica
o territorial Ambi	Colombia

Límite asegurado evento
Asegurado Agregado
Especialidad
Número de médicos
Grupo
Especialidad
Número de médicos
Grupo

2.000.000,00
Demás médicos
3500
A
Demás médicos
4400
B

Ámbito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza cubrimos aquellas reclamaciones presentadas, efectuadas y/o puestas por primera vez en conocimiento de la Aseguradora durante el período de vigencia de la misma y siempre que se trate de hechos ocurridos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares y anteriores a la fecha de finalización de la vigencia de la misma, salvo que se haya contratado un período adicional de extensión de cobertura.

Entendemos por reclamación

Cláusula de extensión de cobertura por cese de actividad profesional por jubilación, fallecimiento o incapacidad permanente total o absoluta del Asegurado.

Aquella reclamación efectuada durante el período adicional de extensión de cobertura que se refiere a un hecho ocurrido con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada y anterior a la fecha de finalización de la última vigencia anual contratada.

El Endoso de Extensión de Cobertura por Cese de Actividad Profesional por Jubilación, Fallecimiento o Incapacidad Permanente Total o Absoluta del Asegurado es aquel que amplía el período de cobertura de la póliza, otorgando al Asegurado la posibilidad de notificar reclamaciones que se hayan producido durante la vigencia de la misma, pero que hayan sido comunicadas con posterioridad a la finalización de la misma, siempre que el Asegurado haya cesado en su actividad profesional por jubilación, fallecimiento o incapacidad permanente total o absoluta.

El Endoso para la Extensión de Cobertura por Cese de Actividad Profesional por Jubilación, Fallecimiento o Incapacidad Permanente Total o Absoluta del Asegurado es aquel que amplía el período de cobertura de la póliza, otorgando al Asegurado la posibilidad de notificar reclamaciones que se hayan producido durante la vigencia de la misma, pero que hayan sido comunicadas con posterioridad a la finalización de la misma, siempre que el Asegurado haya cesado en su actividad profesional por jubilación, fallecimiento o incapacidad permanente total o absoluta.

Límites de Cobertura y Franquicias aplicables a la póliza.

Límite asegurado evento
Asegurado Agregado
Especialidad
Número de médicos
Grupo
Especialidad
Número de médicos
Grupo

2.000.000,00
Demás médicos
3500
A
Demás médicos
4400
B

Ámbito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza cubrimos aquellas reclamaciones presentadas, efectuadas y/o puestas por primera vez en conocimiento de la Aseguradora durante el período de vigencia de la misma y siempre que se trate de hechos ocurridos con posterioridad a la fecha de retroactividad indicada en las condiciones particulares y anteriores a la fecha de finalización de la vigencia de la misma, salvo que se haya contratado un período adicional de extensión de cobertura.

Entendemos por reclamación

Cláusula de extensión de cobertura por cese de actividad profesional por jubilación, fallecimiento o incapacidad permanente total o absoluta del Asegurado.

Aquella reclamación efectuada durante el período adicional de extensión de cobertura que se refiere a un hecho ocurrido con posterioridad a la fecha de retroactividad pactada y anterior a la fecha de finalización de la última vigencia anual contratada.

El Endoso de Extensión de Cobertura por Cese de Actividad Profesional por Jubilación, Fallecimiento o Incapacidad Permanente Total o Absoluta del Asegurado es aquel que amplía el período de cobertura de la póliza, otorgando al Asegurado la posibilidad de notificar reclamaciones que se hayan producido durante la vigencia de la misma, pero que hayan sido comunicadas con posterioridad a la finalización de la misma, siempre que el Asegurado haya cesado en su actividad profesional por jubilación, fallecimiento o incapacidad permanente total o absoluta.

El Endoso para la Extensión de Cobertura por Cese de Actividad Profesional por Jubilación, Fallecimiento o Incapacidad Permanente Total o Absoluta del Asegurado es aquel que amplía el período de cobertura de la póliza, otorgando al Asegurado la posibilidad de notificar reclamaciones que se hayan producido durante la vigencia de la misma, pero que hayan sido comunicadas con posterioridad a la finalización de la misma, siempre que el Asegurado haya cesado en su actividad profesional por jubilación, fallecimiento o incapacidad permanente total o absoluta.

Límites de Cobertura y Franquicias aplicables a la póliza.

último período de la póliza por el cual se ha pagado la prima.

ción para la Denuncia de Reclamos no aplica.

Cláusula de la póliza

A fines de cubrir la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

meter por escrito a la Compañía a la dirección especificada en la Declaración de la póliza a la finalización del período.

(c) Determinar la prima adicional para la Extensión de un período de dos (2) años.

prima para la Extensión.

A fines de cubrir la Denuncia de Reclamos, el Asegurado tiene derecho a la Extensión de reporte de reclamos, si el Asegurado cumple con todas las siguientes condiciones:

no ha renovado la póliza con la Compañía. Sin embargo, la Extensión de reporte de reclamos no está disponible en la última póliza del Asegurado.

(e) Un (1) año; 120%

(2) años; 150%

El Asegurado tiene derecho a pagar la Suma Asegurada adicional que se indica en la tabla del período de la Extensión.

Interés Asegurado

Indemnizar los pagos en exceso de determinada responsabilidad civil por la cual la ley a consecuencia de daños corporales.

Asegurados

Coberturas Límite Asegurado Vigencia

Días Laborales

Operación

RC Profesional



882307137 Liquidación de . Nº de recibo: 882307137

Periodo de la póliza: 28/02/2018 .
Periodicidad del pago: ANU.

100.000.000,00 PRIMA $.
19.000.000,00 IVA
ORTE $. 19.000,00 119.0 . TOTAL IMPORTE $.

Servicio al cli

Para realizar de nuestros productos, tipo de actualización, c.
nuestros, solicitudes, derecho de retracto o revocación, subsa.
nos, el asegurado podrá dirigirse a:

caso en cualquier c.

DA
0
@allia2.com.
LES

Asistencia .

Línea de atención nivel nacional 018000513500
En Bogotá 5941133
Celular #255 .
con www.allianz.

ueja, Inconformidad, desea presentar su queja,
co, sobre el área de Atención al clien.

hace constar el pago de la prima correspondiente
tura del seguro.

El Asesor SEGUROS LTDA
Teléfono/s: 3400304 0
También a través de nuestros asesores: @allia2.com.
Sucursal: MANIZALES

Asistencia .

Línea de atención nivel nacional 018000513500
En Bogotá 5941133
Celular #255 .
con www.allianz.

Inconformidad, desea presentar su queja,
co, sobre el área de Atención al clien.

hace constar el pago de la prima correspondiente
tura del seguro.

882307137 Liquidación de . Nº de recibo: 882307137

Periodo de la póliza: 28/02/2018 .
Periodicidad del pago: ANU.

100.000.000,00 PRIMA $.
19.000.000,00 IVA
ORTE $. 19.000,00 119.0 . TOTAL IMPORTE $.

Servicio al cli

Para realizar de nuestros productos, tipo de actualización, c.
nuestros, solicitudes, derecho de retracto o revocación, subsa.
nos, el asegurado podrá dirigirse a:

caso en cualquier c.

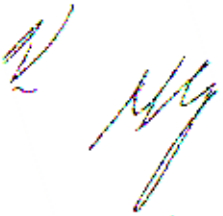
El Asesor SEGUROS LTDA
Teléfono/s: 3400304 0
También a través de nuestros asesores: @allia2.com.
Sucursal: MANIZALES

Asistencia .

Línea de atención nivel nacional 018000513500
En Bogotá 5941133
Celular #255 .
con www.allianz.

Inconformidad, desea presentar su queja,
co, sobre el área de Atención al clien.

hace constar el pago de la prima correspondiente
tura del seguro.



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida copia y aceptamos el contenido en todos sus términos y condiciones.
El Tomador

CLINICA VERSALLES S.A.
(MANIZALES)

SEGUROS Y ASESORIAS LTDA

Allianz Seguros S.A.



Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida copia y aceptamos el contenido en todos sus términos y condiciones.
El Tomador

CLINICA VERSALLES S.A.
(MANIZALES)

SEGUROS Y ASESORIAS LTDA

Allianz Seguros S.A.

Empresas

Condiciones del Contrato de Seguro

Póliza Nº
022300905 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

17 de Julio de 2018

Tomador de la Póliza

CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES)

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Allianz Seguros S.A.

Allianz

SUMARIO

PRELIMINAR.....4

CONDICIONES PARTICULARES.....5

Capítulo I - Datos identificativos.....5

CONDICIONES GENERALES.....11

Capítulo II - Objeto y alcance del Seguro.....11

Capítulo III - Siniestros.....19

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

CONDICIONES PARTICULARES

Capítulo I
Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:	CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES) NIT: 8100032451 CALLE 51 N24-50 MANIZALES Teléfono: 8879100 Email: clinicaversalles@hotmail.com
Asegurado:	CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES) NIT: 8100032451 CALLE 51 N24-50 MANIZALES Teléfono: 8879100 Email: clinicaversalles@hotmail.com
Beneficiario/s:	NIT:8001309074 SALUD TOTAL
Póliza y duración:	Póliza nº: 022300905 / 0 Duración: Desde las 00:00 horas del 22/07/2018 hasta las 24:00 horas del 21/07/2019. Importes expresados en PESO COLOMBIANO. Renovable a partir del 21/07/2019 desde las 24:00 horas.
Intermediario:	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA Clave: 1063795 CR 7 CL 18 - 80 OFIC 801 PEREIRA NIT: 9002385521 Teléfonos: 3400304 0 E-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo	Dirección del Riesgo
Servicios	CALLE 51 N24-50

Descripción	Valor
Riesgo asegurado	Centros de Atención Medica
Ambito territorial	Colombia
Límite asegurado evento	2.000.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.000.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	44,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	114,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE
Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de 22 DE JULIO DE 2013 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extension en el periodo de reclamos
Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:
(a) La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
(b) El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.
El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.
Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.
El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha

de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.
Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.
A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:
(a) Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
(b) Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
(c) Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
(d) Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.
A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:
(a) Un (1) año: 120%
(b) Dos (2) años: 160%
El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1.Predios, Labores y Operaciones	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00
10.RC. Profesional	2.000.000.000,00	2.000.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1063795	SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario
Terceros Afectados

Actividad del Cliente
Prestación de servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y de laboratorio

CLÁUSULAS:
Se deja constancia que la presente póliza cubre al 100% de limite asegurado contratado el Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

DEDUCIBLES: (para toda y cada pérdida)

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo $4.000.000

SUBJETIVIDADES:
La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

POLIZA ANTERIOR 22121026

Liquidación de Primas — Nº de recibo: 888163758

Período: de 22/07/2018 a 21/07/2019
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	120.000.000,00
IVA	22.800.000,00
IMPORTE TOTAL	142.800.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA
Teléfono/s:3400304 0
También a través de su e-mail: seguros.asesorias@allia2.com.co
Sucursal: MANIZALES

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá 5941133
Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

Representante Legal

Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

CLINICA VERSALLES S.A (MANIZALES)

SEGUROS Y ASESORIAS CIA LTDA

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz Seguros S.A.

Capítulo II
Objeto y Alcance del Seguro.

CONDICIONES GENERALES

ALLIANZ SEGUROS S.A., que en lo sucesivo se denominará LA COMPAÑIA, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, en consideración a las declaraciones que el TOMADOR ha hecho en la solicitud y a lo consignado en los demás documentos suministrados por el mismo para el otorgamiento de la cobertura respectiva, los cuales se incorporan a este contrato para todos los efectos y al pago de la prima convenida dentro de los términos establecidos para el mismo, concede al ASEGURADO Los amparos que se estipulan en la Sección Primera y Segunda de este Capítulo , con sujeción a lo dispuesto en las definiciones, límites de cobertura, términos y condiciones generales contenidos en la presente póliza y en la legislación colombiana aplicable a ésta.

SECCION PRIMERA - COBERTURA BASICA

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Amparo

1. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al **ASEGURADO** como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el **ASEGURADO** o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

2. La responsabilidad civil derivada de la posesión y el uso de aparatos y tratamientos médicos con fines de diagnóstico o de terapéutica, en cuanto dichos aparatos y tratamientos estén reconocidos por la ciencia médica.

3. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** como consecuencia de los daños causados por el suministro de bebidas y/o alimentos, materiales médicos, quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos, que hayan sido elaborados por el asegurado bajo su supervisión directa o por otras personas naturales o jurídicas a quienes el asegurado haya delgado su elaboración mediante convenio especial que sean necesarios para el tratamiento y estén directamente registrados mediante autoridad competente. La presente extensión aplica exclusivamente cuando dichos errores provengan de fallas del **ASEGURADO** en la elaboración y utilización de fórmulas, especificaciones o instrucciones incluyendo el suministro de alimentos y bebidas a los pacientes en conexión con los servicios

profesionales descritos en el formulario o carátula de la póliza. Lo anterior sin perjuicio del derecho de subrogación consignado en el capítulo V, cuestiones fundamentales de carácter general.

4. La responsabilidad civil profesional del **ASEGURADO** por los perjuicios causados a terceros con ocasión de las cirugías reconstructivas requeridas posterior a un accidente, enfermedad o agresión, así como las cirugías correctivas de anomalías congénitas y todas aquellas ordenadas por mandato legal siempre y cuando sean destinadas a preservar la salud de la persona. En cualquiera de estos casos quedan excluidas expresamente las reclamaciones relacionadas con el resultado de la intervención.

5. La responsabilidad civil extracontractual del asegurado (PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES), por los daños causados como consecuencia de la propiedad, posesión, uso de los predios en donde desarrolla su actividad y que aparecen en la carátula de la póliza como predios asegurados.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el **ASEGURADO** afronta el proceso de juicio contra orden expresa de **LA COMPAÑIA.**
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, **LA COMPAÑIA** solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- **LA COMPAÑIA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Gastos de Defensa
Los gastos de defensa en el proceso que se adelanta como consecuencia de un daño amparado en la póliza se entenderán cubiertos dentro del límite asegurado. **LA COMPAÑÍA** solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.

Cauciones Judiciales
LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

SECCION SEGUNDA- EXCLUSIONES

GENERALES

A. Salvo que esté expresamente contratada la cobertura, esta póliza excluye la pérdida y cualquier tipo de siniestro, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza éste fuese, que haya sido causado directa o indirectamente por las siguientes causas:

- Dolo o culpa grave del asegurado o sus representantes.
- Reacción nuclear, radiación nuclear, contaminación radioactiva. Riesgos atómicos y nucleares, salvo el empleo autorizado en la medicina y en los equipos de medición.
- Guerra internacional o civil y actos perpetrados por agentes extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea o no declarada una guerra), rebelión y sedición.
- Asonada según su definición en el código penal; motín o conmoción civil o popular; huelgas, conflictos colectivos de trabajo o suspensión de hecho de labores; actos mal intencionados de terceros que incluyen actos de cualquier naturaleza cometidos por movimientos subversivos.
- Fenómenos de la naturaleza tales como: terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto, tsunami, huracán, ciclón, tifón, tornado, tempestad, viento, desbordamiento y alza del nivel de aguas, inundación, lluvia, granizo, estancación, hundimiento del terreno, deslizamiento de tierra, caída de rocas, aludes, y demás fuerzas de la naturaleza.
- Inobservancia de disposiciones legales u órdenes de la autoridad, de normas técnicas o de prescripciones médicas o de instrucciones y estipulaciones contractuales.
- Incumplimiento total, parcial o por mora de la obligación principal de convenios y contratos. Responsabilidad civil contractual.
- Errores u omisiones del asegurado en el ejercicio de su actividad profesional. Responsabilidad civil profesional.
- Posesión o uso de vehículos a motor destinados y autorizados para transitar por la vía pública y/o provista de placa o licencia para tal fin.
- Posesión o uso de embarcaciones, naves flotantes, aeronaves o naves aéreas, riesgos relacionados a la navegación aérea, productos para aeronaves, sus piezas o aparatos destinados a la regulación del tráfico aéreo; riesgos relacionados a la gestión técnica administrativa de aeropuertos, incluyendo los riesgos de abastecimiento (por ejemplo: combustible, alimentos, etc.) y servicios (por ejemplo: limpieza, mantenimiento), cuando en ellos no se excluya el daño causado por aeronaves y el daño causado a aeronaves, sus pasajeros o carga.
- Riesgos cuya actividad principal sea la fabricación, almacenamiento y transporte de explosivos. Sin embargo, tales riesgos estarán incluidos cuando se trate de una actividad secundaria e incidental del Asegurado.
- Riesgos de competencias deportivas con vehículos a motor.
- Contaminación paulatina
- Enfermedad profesional o accidente de trabajo.
- Responsabilidad Civil amparable bajo las pólizas Todo Riesgo Construcción

(CAR) y Todo Riesgo Montaje (EAR).

- Riesgos de extracción, refinamiento, almacenamiento y transporte de petróleo crudo y gas natural, incluyendo oleoductos y gasoductos; minería subterránea.
- Trabajos submarinos.
- Vibración del suelo, debilitamiento de cimientos o bases, asentamiento, variación del nivel de aguas subterráneas.
- Contaminación u otras variaciones perjudiciales de aguas, atmósfera, suelos, subsuelos, o bien por ruido.
- Daños originados por la acción paulatina de aguas.
- Personas al servicio del asegurado cuando no estén en el ejercicio de sus funciones.
- Responsabilidad civil propia de los contratistas o subcontratistas al servicio del asegurado.
- Productos fabricados, entregados o suministrados por el asegurado o bien por los trabajos ejecutados, operaciones terminadas o por cualquier otra clase de servicios prestados, si los daños se producen después de la entrega, del suministro, de la ejecución, de la terminación, del abandono o de la prestación. Responsabilidad civil productos.
- Retiro de productos del mercado.
- Infecciones o enfermedades padecidas por el asegurado o por animales de su propiedad.
- Ensayos clínicos así como cualquier otra Responsabilidad Civil proveniente de experimentos, manipulación y/o uso de genes.
- Responsabilidad Civil Directores y Administradores.
- La realización de carreras de toda índole y competencias peligrosas (Como por ejemplo; boxeo, lucha libre y similares, así como sus entrenamientos)
- Responsabilidad Civil de productos de tabaco.
- Daños punitivos o ejemplarizantes, multas y /o sanciones
- Daños, pérdida o extravió de bienes de terceros
  - Que hayan sido entregados al asegurado en calidad de arrendamiento, depósito, custodia, cuidado, control, tenencia, comodato, préstamo, en consignación o a comisión o
  - Que hayan sido ocasionados por una actividad industrial o profesional del asegurado sobre estos bienes (elaboración, manipulación, transformación, reparación, transporte, examen y similares). en el caso de bienes inmuebles rige esta exclusión solo en tanto dichos bienes, o parte de los mismos, hayan sido objeto directo de esta actividad o
  - Que el ASEGURADO tenga en su poder, sin autorización de la persona que pueda legalmente disponer de dichos bienes.
- Obligaciones a cargo del ASEGURADO en virtud de leyes o disposiciones oficiales de carácter laboral, accidentes de trabajo de sus empleados, responsabilidad civil patronal.
- Reclamaciones que no sean consecuencia directa de daños materiales o lesiones personales. Daños patrimoniales puros.
- Reclamaciones en las que se impida, expresa o implícitamente, la debida tramitación del siniestro, cuando el impedimento proceda de la víctima, de personas u órganos con poder público, u otras personas, grupos u órganos con poder legal, o coacción de hecho.

los fabricantes; y

b. Ejercer un estricto control sobre el uso de los equipos y materiales y a adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para mantenerlos en buen estado de conservación y funcionamiento.

OTRAS EXCLUSIONES

SECCION TERCERA - COBERTURAS ADICIONALES

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza y, siempre y cuando estén estipuladas en el Capítulo I, Sección Datos Identificativos, las siguientes coberturas adicionales serán otorgadas por LA COMPAÑÍA.

Estas coberturas adicionales se amparan dentro del Límite Asegurado y hasta por el monto del sublímite por evento/vigencia establecido en la presente póliza.

Los sublímites establecidos para las coberturas adicionales otorgadas, cuando los hubiere, formarán parte del Limite Asegurado otorgado por LA COMPAÑÍA bajo la póliza.

PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES

Descripción: Este seguro impone a cargo de LA COMPAÑIA la obligación de indemnizar los perjuicios descritos a continuación,, que cause el ASEGURADO, con motivo de determinada responsabilidad civil extracontractual en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley que sean consecuencia de un siniestro, imputable al asegurado.

- Daños materiales tales como la destrucción, avería o el deterioro de una cosa.
- Daños personales tales como lesiones corporales, enfermedades, muerte.
- La cobertura por lesiones personales comprende los Gastos médicos que en la prestación de primeros auxilios inmediatos se causen por los servicios médicos, quirúrgicos, de ambulancia, de hospital, de enfermería y de drogas provenientes de las mismas.
- Perjuicios resultantes en una pérdida económica como consecuencia directa de los daños personales o materiales.
- Daño moral, Perjuicios Fisiológicos y Daño a la vida en relación directamente derivados de una lesión corporal o daño material amparado por la póliza.

Eventos Cubiertos:

Se entiende que la cobertura del seguro comprende la responsabilidad civil extracontractual del ASEGURADO frente a terceros, originada dentro de las actividades declaradas y aseguradas; y que son inherentes a las actividades desarrolladas por el mismo.

De manera que este seguro tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado.

Por lo tanto está amparada la responsabilidad civil extracontractual imputable al asegurado derivada de:

- La posesión, uso o el mantenimiento de los predios, de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrolla sus actividades normales.
- Las labores u operaciones que lleva a cabo el Asegurado en el ejercicio de sus

actividades normales en relación con:

- Posesión o uso de ascensores y escaleras automáticas.
- Posesión o uso de maquinaria y equipos de trabajo.
- Operaciones de cargue, descargue y transporte de mercancías dentro de los predios asegurados.
- Posesión o uso de avisos y vallas para propaganda y/o publicidad
- Posesión o uso de instalaciones sociales y deportivas, que se encuentren en los predios asegurados.
- Realización de eventos sociales organizados por el asegurado, en los predios asegurados.
- Viajes de funcionarios a cargo del asegurado, en comisión de trabajo, dentro del territorio nacional.
- Participación del asegurado en ferias y exposiciones nacionales.
- Vigilancia de los predios asegurados.
- Posesión o uso de depósitos, tanques y tuberías dentro de sus predios.
- Labores y operaciones de sus empleados en el ejercicio de las actividades normales del Asegurado.
- Posesión o utilización de cafeterías, casinos y restaurantes para uso de sus empleados, dentro de los predios asegurados.
- Incendio y/o explosión.
- Bienes bajo cuidado, tenencia y control, se amparan los daños causados a terceros con los bienes más no los daños sufridos por los mismos.

Gastos Cubiertos:

LA COMPAÑIA responde además, aun en exceso del límite asegurado, por los costos del proceso que el tercero damnificado o sus causahabientes promuevan contra el asegurado, con las salvedades siguientes:

- Si la responsabilidad proviene de dolo o está expresamente excluida en la póliza o sus anexos.
- Si el ASEGURADO afronta el proceso de juicio contra orden expresa de LA COMPAÑIA.
- Si la condena por los perjuicios ocasionados a la víctima excede el límite asegurado, LA COMPAÑIA solo responde por los gastos del proceso en proporción a la cuota que le corresponde en la indemnización.
- LA COMPAÑIA solo reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible respectivo.

Cauciones Judiciales

LA COMPAÑÍA reconocerá el costo de las cauciones en relación al proceso que se adelante como consecuencia de un daño amparado en la póliza. Las Cauciones serán cubiertas dentro del Límite de Indemnización y no en adición al mismo. Los pagos realizados por este concepto reducirán el monto del Límite de Indemnización. No obstante **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a expedir dichas cauciones.

Capítulo III
Siniestros

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO.

El Asegurado está obligado a dar noticia a La Compañía de la ocurrencia de un siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de que lo haya conocido o debido conocer. Si contra el Asegurado se inicia algún proceso judicial por la ocurrencia de un siniestro, debe de igual modo dar aviso a La Compañía aunque ya lo haya dado respecto a la ocurrencia del mismo siniestro. Igual obligación corresponde al Asegurado cuando recibe reclamación de terceros por algún siniestro. La Compañía no puede alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, intervienen en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro.

Ocurrido un siniestro, el Asegurado está obligado a evitar su extensión y propagación, y a proveer el salvamento de los bienes y/o el auxilio de las personas afectadas. Queda igualmente obligado a tomar las providencias aconsejables tendientes a evitar la agravación de los daños o perjuicios. La Compañía se hará cargo, dentro de las normas que regulan el importe de la indemnización, de los gastos razonables en que ocurra el asegurado en cumplimiento de tales obligaciones.

El Asegurado está obligado a colaborar en su defensa, a otorgar los documentos y a concurrir a las citaciones que la ley o la autoridad le exija; a hacerse presente en todas las diligencias encaminadas a establecer el monto de los perjuicios y a ajustar la pérdida cuando la ley; la autoridad o La Compañía se lo exija.

El Asegurado está obligado a observar la mejor diligencia a fin de evitar otras causas que puedan dar origen a reclamaciones. Igualmente está obligado a atender todas las instrucciones e indicaciones que La Compañía le de para los mismos fines.

El Asegurado debe hacer todo lo que esté a su alcance para permitir a La Compañía el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

Si el Asegurado incumple cualquiera de las obligaciones que le corresponden en virtud de esta condición, La Compañía puede deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del Asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho.

RECLAMACION.

Corresponde al Asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida. Sin perjuicio de la libertad probatoria que le asiste en virtud de artículo 1077 del Código de Comercio, el Asegurado debe aportar como sustento a la reclamación los documentos que La Compañía razonablemente le exija, tales como pero no limitados a: detalles, libros, facturas, documentos justificativos y cualesquiera informes que se le requieran en relación con la reclamación, como también, facilitar la atención de cualquier demanda, asistir a las audiencias y procesos judiciales a que haya lugar, suministrar pruebas, conseguir si es posible la asistencia de testigos y prestar toda colaboración necesaria en el curso de tales procesos judiciales.

FACULTADES DE LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO.

Ocurrido el siniestro, La Compañía está facultada para lo siguiente:

- Entrar en los predios o sitios en que ocurrió el siniestro, a fin de verificar o determinar su causa o extensión.
- Inspeccionar, examinar, clasificar, avaluar y trasladar de común acuerdo con el Asegurado, los bienes que hayan resultado afectados en el siniestro.
- Pagar la indemnización en dinero, o mediante la reposición, reparación o reconstrucción de la cosa afectada, a opción de La Compañía.
- La Compañía tiene derecho a transigir o desistir así como de realizar todo lo conducente para disminuir el monto de la responsabilidad a su cargo y para evitar que se agrave el siniestro.
- La Compañía tiene derecho a tomar las medidas que le parezcan convenientes para liquidar o reducir una reclamación en nombre del Asegurado.
- La Compañía se beneficia con todos los derechos, excepciones y acciones que favorecen al Asegurado y se libera de responsabilidad en la misma proporción en que se libera el Asegurado.
- La Compañía tiene derecho de verificar las condiciones del riesgo y de sus modificaciones, y de cobrar las primas reajustadas a que hay lugar.

Si por acto u omisión del Asegurado se desmejoran los derechos de La Compañía, ésta no tiene más responsabilidad que la que le correspondió al Asegurado en el momento de ocurrir el siniestro conforme a las estipulaciones de este seguro.

PROHIBICIONES AL ASEGURADO Y PÉRDIDA DEL DERECHO.

El Asegurado no puede sin consentimiento previo y escrito de La Compañía aceptar responsabilidades, desistir, transigir, ni hacer cesión de derechos derivados de este seguro, so pena de perder todo derecho bajo esta póliza.

Tampoco puede incurrir en gastos, a menos que obre por cuenta propia, con excepción de los razonables y necesarios para prestar auxilios médicos, quirúrgicos, de enfermería, de ambulancia y hospitalización, inmediatos a la ocurrencia de un siniestro, y de aquellos encaminados a impedir la agravación de un daño.

Así mismo le está prohibido impedir o dificultar la intervención de La Compañía en la investigación de un siniestro o en el ajuste de las pérdidas.

La Compañía está relevada de toda responsabilidad y el beneficiario pierde todo derecho a la indemnización en cualquiera de los siguientes casos:

- Si en cualquier tiempo se emplean engañosa o dolosamente medios o documentos por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, o por terceras personas que obren por cuenta suya o con su consentimiento, para sustentar una reclamación o para derivar beneficio del seguro que esta póliza ampara.
- Por omisión maliciosa por parte del Asegurado de su obligación de declarar a La Compañía conjuntamente con la noticia del siniestro, los seguros coexistentes sobre el mismo interés Asegurado y contra el mismo riesgo.
- Por renuncia del Asegurado a sus derechos contra terceros responsables del siniestro.

DEDUCIBLE.

El deducible convenido para esta cobertura se aplicara a cada reclamación presentada contra el ASEGURADO así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

La Compañía pagará indemnizaciones correspondientes a siniestros amparados bajo esta póliza o por sus anexos, únicamente en los siguientes casos:

- Cuando se le demuestra plenamente por parte del asegurado o de la víctima, su responsabilidad a través de medios probatorios idóneos; así como la cuantía del perjuicio causado.
- Cuando se realiza, con autorización previa de La Compañía, un acuerdo entre el Asegurado y la víctima o sus causahabientes, mediante el cual se establecen las sumas definitivas que el primero debe pagar al segundo o segundos, por concepto de toda indemnización.
- Cuando La Compañía realiza un convenio con la víctima o sus causahabientes, mediante el cual éstos liberan de toda responsabilidad al Asegurado.
- Cuando existe una sentencia judicial o laudo arbitral debidamente ejecutoriados.

Si el Asegurado debe pagar una renta al damnificado y el valor capitalizado de ésta excede el valor del límite asegurado o el remanente una vez deducidas otras indemnizaciones, tal renta se paga en la proporción que existe entre el límite asegurado o su remanente y el valor capitalizado de la renta.
Si el Asegurado, como consecuencia de alguna situación distinta, obtiene el derecho de pedir la eliminación o disminución en el monto de la renta, está obligado a que sea La Compañía la que ejerza tal derecho.

En el caso que algún arreglo convenido por La Compañía no llegue a concretarse por culpa del asegurado, La Compañía queda liberada de su obligación de indemnizar.

REDUCCIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO.

El límite asegurado por la presente póliza se entiende reducido desde el momento del siniestro en el importe de la indemnización pagada por La Compañía. Por lo tanto, la responsabilidad de La Compañía por uno o más siniestros ocurridos durante el período de vigencia del seguro, no excederá en total el límite asegurado.

De igual manera se aplica el mismo concepto cuando se trate de sublímites.

DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este seguro, y donde quiera que ellos aparecen, los términos que se indican a continuación tienen el siguiente significado:

1. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que bajo esa denominación, figura en la carátula de esta póliza o por anexo. Además de éste, todos los funcionarios a su servicio, mientras se encuentran en el desempeño de las labores a su cargo, pero únicamente con respecto a su

responsabilidad como tal.

2. **BENEFICIARIO:** es el damnificado o víctima. Es el tercero víctima del perjuicio patrimonial causado por el Asegurado.
3. **VIGENCIA:** es el período comprendido entre las fechas de iniciación y la terminación del amparo que brinda el seguro, las cuales aparecen señaladas en la carátula de esta póliza o por anexo.

4. RECLAMACIÓN:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Cualquier comunicación o requerimiento por escrito en petición de resarcimiento o demanda judicial que se presente reclamando la indemnización de perjuicios, por una causa que le sea imputable al asegurado

5. SINIESTRO:

En Modalidad CLAIMS MADE

- Es toda Reclamación presentada por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la Vigencia de la póliza, resultante de un hecho dañoso por el que se le imputa responsabilidad al asegurado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o del periodo de retroactividad acordado en la misma.

6. LIMITE ASEGURADO.

La suma indicada los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por vigencia» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro. En ningún caso y por ningún motivo la responsabilidad de LA COMPAÑÍA puede exceder este límite durante la vigencia, aunque durante el mismo período ocurran uno o más siniestros.

La suma indicada en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo como «límite por evento» es el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA por todos los daños y perjuicios causados por el mismo siniestro.

Cuando en los Datos Identificativos de esta póliza o por anexo se índica un sublimite para un determinado amparo por vigencia, tal sublimite es el límite máximo de la indemnización por todos los daños y perjuicios causados por todos los siniestros ocurridos durante la vigencia del seguro que afectan dicho amparo.

7. PRIMA

EL TOMADOR pagará la prima indicada en la carátula de la póliza o por anexo, dentro del término establecido en ésta.

El pago de la prima deberá hacerse en el domicilio de LA COMPAÑÍA o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

LA COMPAÑÍA devenga definitivamente la parte de la prima proporcional al tiempo corrido del

riesgo. Sin embargo, en caso de que por uno o más siniestros, se agote el límite Asegurado, la prima se entiende totalmente devengada por LA COMPAÑÍA. Si el agotamiento es parcial se entiende por devengada la correspondiente al valor de la indemnización, sin consideración al tiempo corrido del riesgo.

En caso que se establezca una prima mínima y de depósito, esta podrá ser ajustada al final de la vigencia del seguro, aplicando la tasa de ajuste indicada en la carátula de la póliza o por anexo. Si el valor calculado de esta manera fuere mayor que la prima mínima y de depósito, EL TOMADOR se obliga a pagar el correspondiente excedente. Si el valor calculado fuere menor que la prima mínima y de depósito, no habrá Lugar a devolución de prima por parte de LA COMPAÑÍA puesto que se trata de una prima mínima.

8. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

8.1. El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

8.2. Si la declaración no se hace con sujeción a una solicitud de seguro, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

8.3. Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no es nulo, pero La Compañía solo está obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato, represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

8.4. Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si La Compañía, antes de celebrarse el contrato, conoció o debió conocer hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Rescindido el contrato en los términos de esta condición, La Compañía tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

EL ASEGURADO o EL TOMADOR, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo según lo declarado por ellos en la solicitud del seguro. En tal virtud, uno u otro debe notificar por escrito a La Compañía los hechos y circunstancias que sobrevienen con posterioridad a la celebración del contrato del seguro y que, conforme al criterio estipulado en la "DECLARACION DEL ESTADO DEL RIESGO " que "El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la solicitud de seguro suscrita por él. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Compañía, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro, significan agravación del riesgo.

La notificación debe hacerse con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si esta depende del arbitrio del asegurado o tomador. Si la modificación es extraña a la voluntad del Asegurado o Tomador; dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior; La Compañía puede revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. La mala fe del Asegurado o el Tomador da derecho a La Compañía de retener la prima no devengada. Esta sanción no se aplica cuando La Compañía ha conocido oportunamente la modificación y consentido en ella.

10. GARANTÍAS

Queda expresamente convenido que este seguro se realiza en virtud de la garantía dada por el Asegurado de que durante su vigencia se compromete a:

10.1. Mantener los predios, los bienes y vehículos, inherentes a su actividad, en buen estado de conservación y funcionamiento.

10.2. Cumplir con los respectivos reglamentos administrativos, técnicos y de ingeniería, así como con las especificaciones dadas por los fabricantes y constructores o por sus representantes, respecto a la instalación, operación, funcionamiento y mantenimiento de los bienes inherentes a su actividad.

10.3. Mantener en todo momento las protecciones mínimas para prevenir la ocurrencia de siniestros asegurados bajo esta póliza o que se hayan pactado por anexo, que sean razonables y que según el caso se requieran de acuerdo con el sentido común, reglamentos administrativos y legales, normas técnicas usuales y la práctica normal.

10.4. Atender todas las recomendaciones que sean efectuadas razonablemente por La Compañía con el objeto de prevenir o evitar la extensión de daños o perjuicios causados a terceros.

El incumplimiento de las garantías establecidas en la presente condición, dará lugar a los efectos previstos en los artículos 1061 y siguientes del CÓDIGO DE COMERCIO.

DERECHOS DE INSPECCIONES

1. La Compañía tiene en todo tiempo el derecho de inspeccionar las propiedades y operaciones del asegurado, pudiendo hacer la inspección a cualquier hora hábil y por personas debidamente autorizadas por La Compañía.
2. El Asegurado está obligado a proporcionar a La Compañía todos los detalles e informaciones necesarios para la debida apreciación del riesgo. La Compañía puede examinar los libros y registros, con el fin de efectuar comprobaciones acerca de los datos que sirvieron de base para el cálculo de la prima.

11. TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DEL SEGURO.

El presente seguro termina:

11.1. Por extinción del periodo por el cual se contrató si no se efectúa la renovación.

11.2. Por desaparición del riesgo. En caso de extinción por la causal aquí anotada, si la desaparición del riesgo consiste en uno o más siniestros, y se agota el límite asegurado, LA COMPAÑÍA tiene derecho a la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia completa.

11.3. Por la revocación unilateral del contrato que efectúe cualquiera de las partes.

11.4. En el momento en que el ASEGURADO sea legalmente inhabilitado para el ejercicio de su actividad. En caso de que la inhabilidad se refiera a una o varias personas vinculadas laboralmente o autorizas para trabajar en las instalaciones del ASEGURADO, el seguro se terminará automáticamente para estas personas, las cuales se considerarán excluidas de la

cobertura.

Este contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por LA COMPAÑÍA, mediante noticia escrita al ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; Por EL ASEGURADO, en cualquier momento, mediante aviso escrito A LA COMPAÑÍA

En el primer caso, la revocación da derecho al ASEGURADO a recuperar la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularan tomando en cuenta la tarifa de seguro a corto plazo, en cuyo caso se cobrará la prima a prorrata para la vigencia del seguro. La prima de una póliza de corto plazo no podrá aplicarse a un período más largo para obtener menor prima total.

12. CESIÓN.
Opera de acuerdo a lo dispuesto en los artículos 1106 y 1107 del Código de Comercio.

13. COEXISTENCIA DE SEGUROS.
EL ASEGURADO debe informar por escrito a LA COMPAÑÍA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés y contra los mismos riesgos asegurados bajo esta póliza, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

En el caso de pluralidad o coexistencia de seguros, los Aseguradores deberán soportar la indemnización debida al Asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el Asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de estos seguros produce nulidad.

14. AMBITO TERRITORIAL
Están amparados todos los siniestros ocurridos en el territorio delimitado en los datos identificativos de esta póliza "Ambito Territorial"

15. SUBROGACIÓN
La Compañía, por razón de cualquier indemnización que pague, se subrogará, por ministerio de la Ley y hasta concurrencia de su importe, en los derechos del asegurado contra las personas responsables del siniestro.

El Asegurado no puede renunciar en ningún momento a sus derechos contra terceros responsables del siniestro. El incumplimiento de esta obligación le acarrea la pérdida del derecho de indemnización.

16. COMPROMISORIA O DE ARBITRAMENTO

Toda controversia o diferencia relativa a este contrato, se resolverá por un Tribunal de Arbitramento, que se sujetará al reglamento del Centro de Arbitraje y conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, de acuerdo con las siguientes reglas:

a. El tribunal estará integrado por 3 árbitros designados por las partes de común acuerdo. En caso de que no fuere posible, los árbitros serán designados por el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Bogotá, a solicitud de cualquiera de las partes.
b. El tribunal decidirá en derecho.

17. NOTIFICACIONES

Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en este contrato, se hace por escrito, y es prueba suficiente de la notificación, la constancia y fecha de recibo personal de las partes o la del envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

El requisito anterior no se aplica para la notificación del siniestro a LA COMPAÑÍA , la cual puede hacerse por cualquier medio idóneo, incluido el escrito.

18. ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

EL TOMADOR se obliga a entregar información veraz y verificable, actualizar por cualquier medio escrito sus datos personales, así como los del ASEGURADO y EL BENEFICIARIO, por lo menos anualmente, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos según la póliza. Esta garantía, consagra la facultad de la aseguradora de dar por terminado el contrato de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio. Cuando EL ASEGURADO (y/o BENEFICIARIO) sean personas diferentes al TOMADOR, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de la reclamación.

19. DOMICILIO

Se fija en la ciudad que figure en la carátula de la póliza, como domicilio contractual sin perjuicio de las disposiciones procesales.

CLAUSULAS ADICIONALES

Ampliación del plazo para aviso de siniestro

No obstante lo establecido en las condiciones generales de la póliza, la Compañía conviene en ampliar el plazo otorgado al asegurado para que le comunique la ocurrencia del siniestro a QUINCE(15) días, contados a partir de la fecha en que lo haya conocido o debido conocer.

DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES

Para efectos del seguro otorgado por ésta póliza, la Compañía conviene en caso de siniestro, amparado por la póliza, que requiera la designación de un perito ajustador, efectuar su contratación de común acuerdo con el asegurado.

Amparo automático para nuevos predios

El amparo de la presente póliza se extiende a cubrir la Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado derivada de la posesión, uso o el mantenimiento de nuevos predios de su propiedad o tomados en arrendamiento, en los cuales el Asegurado desarrollará sus actividades, y por las labores u operaciones que llevará a cabo en el ejercicio de las mismas.
Se entiende que los nuevos predios son aquellos sobre los cuales el Asegurado

adquiere el dominio y control aún después de suscribir esta póliza pero sólo durante su vigencia. El Asegurado debe notificar a la Compañía cada uno de aquellos sitios que desee tener amparados por el seguro, dentro de los TREINTA (30) días siguientes a la fecha que adquiera el dominio o control.

Ampliación de términos de revocación

Por medio del presente anexo, el cual forma parte integrante de la póliza arriba citada, y con sujeción a las demás condiciones contenidas en ella o en sus anexos, La Compañía, haciendo uso de la facultad prevista en el Artículo 1162 del Código de Comercio, conviene en modificar en favor del asegurado el término de revocación previsto en las condiciones generales de la póliza por el siguiente texto.

La Compañía podrá revocar esta póliza o alguno de sus amparos adicionales en cualquier tiempo, pero deberá dar aviso al asegurado por escrito sobre esta determinación con una anticipación de (TREINTA) 30 días calendario.

Además devolverá al asegurado la proporción de la prima correspondiente al tiempo que falte para el vencimiento de la póliza liquidada a prorrata. Si la cancelación es por parte del asegurado la liquidación de la prima se hará a corto plazo.

10/11/2016-1301-P-06-RCCH100 V3

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia
Conmutador: (+57)(1) 5600600
Operador Automático: (+57)(1) 5600601
Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

17-07-2018 18:12:30 03101100222090OCO52 CE02136 1063795

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: ALLIANZ SEGUROS SA
Nit: 860.026.182-5
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00015517
Fecha de matrícula: 12 de abril de 1972
Último año renovado: 2020
Fecha de renovación: 27 de marzo de 2020

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 13 A No. 29 - 24
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co
Teléfono comercial 1: 5188801
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 13 A No. 29 - 24
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacionesjudiciales@allianz.co
Teléfono para notificación 1: 5188801
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

Constanza del Pilar Puentes Trujillo

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Bogotá (1).

Que por Acta No. 553 de la Junta Directiva, del 18 de noviembre de 2003, inscrita el 24 de marzo de 2004 bajo el número 115219 del libro IX, la sociedad de la referencia se decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá D.C.

CERTIFICA:

Que por Acta No. 690 de la Junta Directiva, del 24 de febrero de 2014, inscrita el 16 de julio de 2014 bajo el número 00236034 del libro VI, la sociedad de la referencia se decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá D.C.

CERTIFICA:

Que por Acta No. 694 de la Junta Directiva, del 25 de junio de 2014, inscrita el 8 de enero de 2015 bajo el número 00241141 del libro VI, la sociedad de la referencia se decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá D.C.

CERTIFICA:

Que por Acta No. 701 de la Junta Directiva, del 30 de enero de 2015, inscrita el 5 de junio de 2015 bajo el número 00246480 del libro VI, la sociedad de la referencia decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá D.C.

REFORMAS ESPECIALES

Que por Escritura Pública No. 676 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 16 de marzo de 2012, inscrita el 20 de marzo de 2012 bajo el número 01617661 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: ASEGURADORA COLSEGUROS SA, por el de: ALLIANZ SEGUROS SA.

Que por Escritura Pública No. 1959 del 3 de marzo de 1997, Notaría 29 de Santa Fé de Bogotá, inscrita el 07 de marzo de 1997, bajo el No. 576957 del libro IX, la sociedad en referencia, absorbió mediante fusión a la: NACIONAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 8774 del 01 de noviembre de 2001, de la Notaría 29 de Bogotá D.C., inscrita el 03 de diciembre de 2001 bajo el número 804526 del libro IX, la sociedad de la referencia absorbió mediante fusión a la sociedad CYBERSEGUROS DE COLOMBIA S.A., la cual se disuelve sin liquidarse.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Que mediante Oficio No. 0714 del 28 de marzo de 2014, inscrito el 14 de abril de 2014 bajo el No. 00140557 del libro VIII, el Juzgado 23 Civil del circuito de Bogotá, comunicó que en el proceso ordinario No. 11001310302320140013500 de Arasely Johana Acosta Carrillo, Yesid Alexander Acosta Carrillo, Elvia Maria Carrillo De Acosta, Amparo Acosta Carrillo Y Angel Arbei Acosta Carrillo, contra Juan David Forero Casallas, ALLIANZ SEGUROS S.A., JORGE CORTES Y CIA LTDA ASESORES DE SEGUROS se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1982/2014-00555 del 22 de septiembre de 2014, inscrito el 29 de octubre de 2014 bajo el No. 00144405 del libro VIII, el Juzgado 15 Civil del Circuito de Oralidad de Cali, comunicó Que en el proceso verbal de responsabilidad Civil extracontractual No. 2014-00555 de Pablo Antonio Ruiz Alvarado, Luz Irene Gutiérrez, Hedi Fernando Ruiz Gutiérrez, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 183 del 6 de febrero de 2015, inscrito el 12 de febrero de 2015 bajo el No. 00145857 del libro VIII, el Juzgado Promiscuo del Circuito de Guaduas, comunico que en el proceso ordinario de Yolanda Ochoa Sanchez y otros en contra de Jhon Jairo Isaza Castaño y otros se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0139 del 29 de enero de 2015, inscrito el 12 de enero de 2015 bajo el No. 00145865 del libro VIII, el Juzgado 26 Civil del Circuito de Bogotá, comunico que en el proceso ordinario de responsabilidad Civil extracontractual No. 2014-00543 de: Olimpo Díaz Suescún, Ana Cecilia Suescún De Díaz y Olimpo Diaz, en nombre propio y en representación de su hijo menor Esteben Díaz Suescún, contra Julian Cardona Vargas, SERVIENTREGA SA., y ALLIANZ SEGUROS S.A., se

decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1439 del 28 de septiembre de 2015, inscrito el 2 de octubre de 2015 bajo el No. 00150694 del libro VIII, el Juzgado 4 Civil del circuito ampliación sistema procesal oral de montería/córdoba, comunico que en el proceso verbal de mayor cuantía No. 2015-00165 de Yuris Paola Martinez Esquivel y Rafael Euclides Martinez contra Hector Dario Villadiego Sanchez, la EMPRESA SOFAN INGENIEROS S.A.S., y la ALLIANZ SEGUROS S.A. (con amparo de pobreza), se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1733 del 26 de mayo de 2015 inscrito el 19 de noviembre de 2015 bajo el No. 00151645 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Bogotá, comunico que en el proceso declaratico verbal responsabilidad civil extracontractual No. 68-001-31-005-2015-0026900 de Juan Sebastian Orduz Martinez y Gloria Evila Martinez Palomino se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. J9cc-00106 del 22 de enero de 2016, inscrito el 29 de enero de 2016 bajo el No. 00152401 del libro VIII, el Juzgado Noveno Civil del Circuito de Cartagena, comunico que en el proceso demanda ordinaria de responsabilidad-civil extracontractual No. 13-001-31-21-001-2014-00131-00 de Luis Enrique Hernandez Martinez, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1343 del 04 de mayo de 2016 inscrito el 08 de junio de 2016 bajo el No. 00154027 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Bogotá, comunico que en el proceso ordinario de responsabilidad civil extracontractual de Adalgiza Bejarano Ruiz, Mario Sory Echeverry Sanchez, Jorgue Enrrique Bejarano Osorio, Graciela Ruiz De Bejarano y Jonathan Alexis Echeverry Bejarano contra Diego López Peña y ALLIANZ SEGUROS S.A se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0811 del 12 de mayo de 2016 inscrito el 17 de junio de 2016 bajo el No.00154184 del libro VIII el Juzgado 26 Civil del Circuito de Bogotá comunico que en el proceso verbal No. 2015-00407 de Yuli Paola Bermudez Avila y Jose Daniel Martinez Diaz

contra Jorge Andres Gonzalez, Adriana Alexandra Cantor Rimolo y ALLIANZ SEGUROS S.A. Se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0530 del 23 de febrero de 2016, inscrito el 10 de enero de 2017 bajo el No. 00158207 del libro VIII, el Juzgado 21 Civil Municipal de Santiago de Cali, comunico Que en el proceso declarativo de: Harold Edison Ordoñez, contra: ALLIANZ SEGUROS S.A., se decretó la inscripción de la demanda Civil sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0355 del 5 de abril de 2017, inscrito el 24 de mayo de 2017 bajo el No. 00160480del libro VIII, el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Sincelejo, comunico Que en el proceso responsabilidad Civil extracontractual, de: Gerardo Maria Gomez Ramirez, Luis Alberto Gomez Ramirez, Marta Ofelia Gomez Ramirez y Darlo De Jesus Gomez Ramirez, contra: NELSON ENRIQUE LOPEZ, TRANSPORTES SAFERBO S.A. y ALLIANZ SEGUROS S.A., se decretó la inscripción de la demanda Civil sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 2571 del 27 de julio de 2017, inscrito el 31 de julio de 2017 bajo el registro No. 00161682 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Palmira - Valle del Cauca, comunico que en el proceso de responsabilidad Civil extracontractual No. 76 520 31 03 002 2017 00085 00, de: Esther Nadia Rojas Balcazar y otros, contra: ALLIANZ SEGUROS S.A.; se decretó la inscripción de la demanda Civil sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 3027 del 25 de septiembre de 2017, inscrito el 17 de octubre de 2017 bajo el registro No. 00163650 del libro VIII, el Juzgado Catorce Civil del Circuito de Cali, comunico Que en el proceso declarativo No. 76-001-31-03-014-2017-00205-00, de: Maria Esneda Vernaza Prado, Benyi Julieth Vernaza y Tania Constanza Henao Vernaza contra: Hector Efrain Ortega Romero, BLANCO Y NEGRO MASIVO S.A y ALLIANZ SEGUROS S.A. se decretó la inscripción de la demanda sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1354 del 22 de noviembre de 2017, inscrito 5 de diciembre de 2017 bajo el registro No. 00164808 del libro VIII, el Juzgado 1 Civil del Circuito de Cali, comunico que en el proceso verbal de Yeison David Causil Polo y Ingrid Johana Causil Polo apoderado Jose Nicolas Doria Guerra contra ALLIANZ SEGUROS S.A., y

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARLOS GUSTAVO AYAZO SIERRA., se decretó la inscripción de la demanda sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0472 del 10 de abril de 2018, inscrito el 25 de abril de 2018 bajo el No. 00167654 del libro VIII, el Juzgado Primero Promiscuo del Circuito de Sabanalarga - Atlántico, comunicó que en el proceso ordinario de responsabilidad Civil extracontractual No. 0282-2017 de: Carlos Manuel Salazar Iglesias y otros contra: COOPERATIVA DE TRANSPORTADORES DE SABANALARGA ATLÁNTICO "COOTRANSA LTDA" y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0896 del 28 de junio de 2018, inscrito el 10 de julio de 2018 bajo el No. 00169535 del libro VIII, el Juzgado 11 Civil del Circuito de Bucaramanga - Santander, comunicó que en el proceso verbal No. 68001-31-03-011-2018-00116-00 de: Jose Alfredo Hernandez Rodriguez, contra: Custodio Muñoz Sanabria, ALLIANZ SEGUROS S.A. Y COVOLCO se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1169-2018-00049-00 del 16 de julio de 2018, inscrito el 16 de agosto de 2018 bajo el No. 00170530 del libro VIII, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Sincelejo (Sucre), comunicó Que en el proceso ordinario de responsabilidad Civil extracontractual No. 2018-00049-00 de: Jorge Alberto Gutierrez Lamadrid, contra: la ALLIANZ SEGUROS S.A., representada por Santiago Lozano Cifuentes y los señores Jhon Jaime de Jesus Paniagua y Nancy Florida Jiménez Ochoa, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1595 del 11 de septiembre de 2018, inscrito el 1 de octubre de 2018 bajo el No. 00171471 del libro VIII, el Juzgado 34 Civil del Circuito de Bogotá D.C., de oralidad, comunicó que en el proceso verbal de mayor cuantía No. 2018-242 de Pedro Antonio Balcero Moreno, María Delfina Cárdenas Ibáñez y Fabio Antonio Balcero Cárdenas contra José Joaquín Barbosa Gordo, José Agustín Ardila Ardila, COGECAR S.A.S., y ALLIANZ SEGUROS S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1454 del 23 de julio de 2018, inscrito el 4 de octubre de 2018 bajo el No. 00171556 del libro VIII, el Juzgado tercero Civil del circuito de montería - córdoba, comunicó Que en el

proceso verbal No. 23-001-31-03-003-2018-001122-00 de: Alaim Olascoaga Espitia, ALLIANZ SEGUROS S.A., y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 643 del 2 de noviembre de 2018, inscrito el 5 de diciembre de 2018 bajo el No. 00172486 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Sincelejo (Sucre), comunicó Que en el proceso verbal de responsabilidad Civil Extracontractual No. 2018-00103-03-00 de: Piedad Del Carmen Gutierrez De Caceres, contra: ALLIANZ SEGUROS S.A., Jhon Jaime De Jesus Paniagua y Nancy Florida Jimenez Ochoa, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1505 del 21 de mayo de 2019, inscrito el 7 de Junio de 2019 bajo el No. 00177067 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Neiva (Huila), comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual No. 41001-31-03-002-2019-00021-00 de: José Balmore Zuluaga Garcia y otra, contra: Salomón Serrato Suarez y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1.508 del 13 de junio de 2019, inscrito el 19 de Junio de 2019 bajo el No. 00177385 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Buenaventura (Valle del Cauca, comunicó que en la demanda declarativa de: Anuncio Reyes Córdoba y Otros, contra: ALLIANZ SEGUROS S.A y otros, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0694 del 03 de julio de 2019, inscrito el 9 de Julio de 2019 bajo el No. 00177971 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito De Buga (Valle del Cauca), comunicó que en el proceso verbal - acción directa de la victima del siniestro contra el asegurado No. 76-111-31-03-002-2019-00021-00 de: Orfilia Soto Cardenas CC. 29.540.974 en nombre propio y de los menores Valery Sofía Gutierrez Carvajal y Kenned Andres Frades Carvajal, contra: ALLIANZ SEGUROS S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1417 del 09 de agosto de 2019, inscrito el 22 de Agosto de 2019 bajo el no. 00179240 del libro VIII, el Juzgado Promiscuo del Circuito de Monterrey (Casanare), comunicó que en el proceso de responsabilidad civil extracontractual Rad. 85162311890012019-0015-01 de SPEAL S.A.S, contra, Wilson Caballero

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Zarate y otros, se decretó la inscripción de la demanda sobre la sociedad de la referencia

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. O-1848 del 26 de agosto de 2019, inscrito el 28 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179459 del libro VIII, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Montería (Córdoba), comunicó que en el Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Extracontractual Rad. No. 230013103002-2019-00238-00 de Rafael Mariano Causil Castillo, Tomás Antonio Causil Castillo y Lucina del Carmen Causil Castillo contra: Carlos Gustavo Ayazo Sierra y ALLIANZ SEGUROS S.A., se decretó la inscripción de la demanda sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 2212 del 05 de agosto de 2019, inscrito el 18 de Octubre de 2019 bajo el No. 00180726 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito De Palmira (Valle del Cauca), comunicó que en el proceso declarativo de responsabilidad extracontractual No. 76-520-31-03-002-2019-00107-00 de: Balbina Hernández Rentería CC. 31.627.743, Claribel Golu Carabalí CC. 1.113.679.935, Jhon Janner Golu Hernández CC. 1.114.898.780, Norbey Hernandéz Remtería CC.94.040.315, Nidia Hernández Rentería CC. 29.504.091, Angélica María Hernández Rentería CC. 29.506.399, Lucrecia Hernández Rentería CC. 16.893.398, Darwin Andrés Hernández Rentería CC. 1.114.884.887, Nilson Hernández Rentería CC. 16.888.525, Jose Abad Hernández CC. 6.303.006, Mará Lucrecia Rentería CC. 29.498.791, Contra: INGENIO MARIA LUISA SA, ALLIANZ SEGUROS SA, Jose Fernando Córdoba Ruiz CC. 16.881.997, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio no. 720 del 25 de febrero de 2020, inscrito el 3 de Marzo de 2020 bajo el no. 00183512 del libro VIII, el Juzgado 11 Civil del Circuito de Santiago de Cali, comunicó que en el proceso verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 760013103011-2020-00039-00 de Duván Alejandro Barragán Pérez y María Alejandra Navarrete Salgado en nombre propio y en representación de la menor Ana Sofía Barragán Navarrete, Ricardo Barragán Soto, Marysol Pérez Gonzalez, Myriam Salgado Muñoz, Fidel Navarrete Cortes contra Vivian Astrid Sánchez Álvarez identificada con C.C. 66.953.459, Álvaro Duque Castillo identificado con C.C. 79.447.515 (Propietario), ALLIANZ SEGUROS S.A. identificada con NIT. 860.026.182-5, se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 31 de diciembre de 2100.

OBJETO SOCIAL

El objeto de la sociedad, es celebrar y ejecutar diversas, modalidades de contratos de seguro y reaseguro, aceptando o cediendo riesgos que, de acuerdo con la ley y la técnica aseguradora, pueden ser materia de este contrato. En desarrollo de su objeto social, la sociedad podrá invertir su capital y sus reservas de acuerdo con las normas legales que regulan el funcionamiento de las compañías de seguros, arrendar, hipotecar, pignorar y enajenar cualquier terma toda clase de bienes muebles, inmuebles o semovientes; girar; endosar, aceptar, descontar, adquirir, garantizar, protestar, dar en prenda o garantía y recibir en pago toda clase de instrumentos negociables o efectos de comercio; dar o recibir dinero en préstamo con o sin intereses; celebrar contratos de sociedad con otras personas que tengan objetos análogos o conexos y que en alguna forma tiendan al cumplimiento del objeto principal. Podrá también garantizar por medió de fianzas, prendas, hipotecas y depósitos, sus obligaciones propias u obligaciones de terceros, si ello fuere legalmente posible, realizar operaciones de libranza y, en general, ejecutar todos aquellos actos y celebrar todos los contratos que se relacionen con el objeto social y que se encuentren autorizados por las disposiciones legales que reglamentan la inversión del capital y la reserva de las compañías de seguros.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	: $102.500.000.000,00
No. de acciones	: 10.250.000.000,00
Valor nominal	: $10,00

* CAPITAL SUSCRITO *

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

Valor : $82.334.522.790,00
No. de acciones : 8.233.452.279,00
Valor nominal : $10,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : $82.334.522.790,00
No. de acciones : 8.233.452.279,00
Valor nominal : $10,00

NOMBRAMIENTOS

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Sanin Posada Gonzalo De Jesus	C.C. No. 000000019216312
Segundo Renglon	Bernat Domenech Javier	P.P. No. 000000PAG665171
Tercer Renglon	Paredes Garcia Jaime Francisco	C.C. No. 000000079142562
Cuarto Renglon	Colmenares Spence David Alejandro	C.C. No. 000000080470041
Quinto Renglon	Restrepo Gomez Emilia	C.C. No. 000000051883809

SUPLENTES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Velez Ochoa Ricardo	C.C. No. 000000079470042
Segundo Renglon	Pilonieta Rueda Lidia Mireya	C.C. No. 000000041490054
Tercer Renglon	Lozano Cifuentes Santiago	C.C. No. 000000079794934
Cuarto Renglon	Sachica Sachica Gustavo Adolfo	C.C. No. 000001010170152
Quinto Renglon	Amador Rosas Fernando	C.C. No. 000000019074154

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Mediante Acta No. 98 del 15 de junio de 2010, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de septiembre de 2010 con el No. 01411900 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Segundo Renglon	Pilonieta Rueda Lidia Mireya	C.C. No. 000000041490054

Mediante Acta No. 118 del 27 de marzo de 2015, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 9 de julio de 2015 con el No. 01955275 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Velez Ochoa Ricardo	C.C. No. 000000079470042

Mediante Acta No. 124 del 8 de septiembre de 2017, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 29 de septiembre de 2017 con el No. 02263855 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Cuarto Renglon	Colmenares Spence David Alejandro	C.C. No. 000000080470041

Mediante Acta No. 129 del 27 de marzo de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 23 de agosto de 2019 con el No. 02498874 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Sanin Posada Gonzalo De Jesus	C.C. No. 000000019216312
Tercer Renglon	Paredes Garcia Jaime Francisco	C.C. No. 000000079142562

SUPLENTES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Tercer Renglon	Lozano Cifuentes Santiago	C.C. No. 000000079794934

Mediante Acta No. 130 del 17 de junio de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de agosto de 2019 con el No. 02499345 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Cuarto Renglon	Sachica Sachica Gustavo Adolfo	C.C. No. 000001010170152
Quinto Renglon	Amador Rosas Fernando	C.C. No. 000000019074154

Mediante Acta No. 131 del 29 de octubre de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 15 de enero de 2020 con el No. 02541845 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Quinto Renglon	Restrepo Gomez Emilia	C.C. No. 000000051883809

Mediante Acta No. 132 del 27 de marzo de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 27 de agosto de 2020 con el No. 02610026 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Segundo Renglon	Bernat Domenech Javier	P.P. No. 000000PAG665171

REVISORES FISCALES

Mediante Acta No. 126 del 23 de marzo de 2018, de Asamblea de

Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 14 de junio de 2018 con el No. 02349104 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PWC CONTADORES Y AUDITORES LTDA	N.I.T. No. 000009009430484

Mediante Documento Privado No. SIN NUM del 16 de abril de 2018, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 14 de junio de 2018 con el No. 02349105 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Pedraza Pulido Edgar Augusto	C.C. No. 000000016645869 T.P. No. 19555-T

Mediante Documento Privado No. SIN NUM del 16 de abril de 2018, de Representante Legal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 26 de junio de 2018 con el No. 02352479 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Ramos Mendivelso Ingrid Janeth	C.C. No. 000000052426886 T.P. No. 79160-T

PODERES

Que por Escritura Pública No. 2157 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 18 de junio de 2009, inscrita el 19 de junio de 2009 bajo el No. 016200 del libro V, compareció Belen Azpurua De Mattar identificada con cédula de extranjería No. 324.238 en su calidad de representante legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Maria Beatriz Giraldo Orozco, identificada con cédula de ciudadanía No. 66.953.884, en nombre representación de la sociedad mencionada ejecute los siguientes actos: A) Objetar as reclamaciones correspondientes a los ramos de seguros genera es, presentadas a la sociedad poderdante por asegurados, beneficiarios y, en general, cualquier persona, e igualmente pronunciarse sobre la solicitudes de reconsideración de objeciones correspondientes a los ramos de seguros

generales, que sean presentadas a dicha sociedad; B) Responder solicitudes, quejas y requerimientos presentados por autoridades o terceros a la sociedad poderdante en desarrollo del derecho de petición; C) Otorgar poderes generales y especiales a abogados u otras personas, en nombre de la sociedad poderdante, para la realización de gestiones usuales en materia de indemnizaciones del ramo de seguros generales, tales como tramites de recuperación de vehículos procesos de recobro y asistencia a audiencias o diligencias; D) Firmar matriculas, prematriculas, regrabaciones, traspasos, cancelación de matrículas y contratos de compraventa de vehículos que se efectúen a nombre de la sociedad poderdante y adelantar ante entidades competentes todas las gestiones pertinentes para el trámite de los mismos; E) Aceptar pignoraciones de vehículos a favor de la sociedad poderdante y levantar dichos gravámenes; F) Representar con amplias facultades a la sociedad poderdante en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de cualquier clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores; G) Representar con amplias facultades a la sociedad poderdante en toda clase y d actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá, y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá; H) Realizar las gestiones siguientes, con amplias facultades de representación: Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá, o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios, renunciar a términos, asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas, asistir a todo tipo de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante que se traten absolver interrogatorios de parte; I) Contestar, formular peticiones, interponer recursos y demás medios de defensa a que haya lugar, y en general, realizar todas las actuaciones y gestiones pertinentes en nombre de la sociedad poderdante, en las acciones de tutela en las que esta esté vinculada de cualquier forma o sea oficiada para suministrar información; J) Otorgar poderes especiales en nombre de la sociedad poderdante; y K) Desistir,

recibir, transigir, conciliar, sustituir y reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 2157 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 18 de junio de 2009, inscrita el 19 de junio de 2009 bajo el No. 016212 del libro V, compareció Belen Azpurua De Mattar identificado con cédula de extranjería No. 324.238 en su calidad de representante legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Aleyda Consuelo Brausin Rondon, identificada con cédula ciudadanía No. 52.166.641 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: A) Firmar contratos o suscribir ofertas mercantiles mediante la firma de órdenes de compra de servicios con corredores, agencias, agentes y, en general, intermediarios de seguros; y B) Firmar comunicaciones de terminación de dichos contratos, convenios y ofertas mercantiles, así como comunicaciones de cancelación de claves a los intermediarios.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 4639 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 14 de diciembre de 2009, inscrita el 18 de diciembre de 2009 bajo el No. 00017004 del libro V, compareció Arturo Sanabria Gomez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.451.316 en su calidad de representante legal de las sociedades ASEGURADORA COLSEGUROS S.A., ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., y COMPAÑIA COLOMBIANA DE INVERSION COLSEGUROS S.A., por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Ricardo Velez Ochoa, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.470.042 de Bogotá D.C., y con tarjeta profesional de abogado No. 67.706 del C S de la J; para que en nombre y representación de las sociedades mencionadas ejecute los siguientes actos: A) Representar con amplias facultades a las referidas sociedades en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, fiscalías de todo nivel, juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de cualquier clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores, B) Representar con amplias facultades a las mismas sociedades en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital Bogotá, C)

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

Atender los requerimientos y notificaciones provenientes la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de la administración, e intentar en nombre y representación de las sociedades antes mencionadas los recursos ordinarios tales como reposición, apelación y reconsideración, así como los recursos extraordinarios conforme a la ley, D) Realizar las gestiones siguientes, con amplias facultades de representación: Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá, o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios, renunciar a términos, asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales, y administrativas, asistir a todo tipo de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante de que se trate, absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representen, e) recibir, desistir, transigir, conciliar, sustituir y reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 4215 de la Notaría 31 de Bogotá D.C., del 28 de septiembre de 2005, inscrita el 15 de septiembre de 2008 bajo el No. 14513 del libro V, compareció Belen Azpurua De Mattar, identificada con cédula de extranjería No. 324.238, en su condición de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Carlos Andres Vargas Vargas, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79687849 de Bogotá D.C., y con tarjeta profesional de abogado No. 111896 del C S de la J; para ejecutar los siguientes actos: A) Representar con amplias facultades a las referidas sociedades en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, fiscalías de todo nivel, juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de cualquier clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores. B) Representar con amplias facultades a las mismas sociedades en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal, y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental o municipal. C) Atender los

---

requerimientos y notificaciones provenientes de la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de la administración, e intentar en nombre y representación de las sociedades antes mencionadas los recursos ordinarios, tales como reposición, apelación y reconsideración, así como los recursos extraordinarios conforme a la ley. D) Representar a las mismas sociedades en reuniones ordinarias o extraordinarias de asambleas generales de accionistas o juntas de socios de sociedades en que aquellas sean accionistas o socias, y otorgar poderes en nombre de las citadas sociedades para la asistencia de otros representantes a tales reuniones, cuando sea el caso; E) Realizar las gestiones siguientes, con amplias facultades de representación: Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental o municipal, o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios ante cualquiera de dichas autoridades, renunciar a términos, asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas, asistir a todo tipo de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante, absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad; F) Objetar las reclamaciones que presenten los asegurados y clientes a las sociedades poderdantes; G) Otorgar poderes especiales en nombre de las citadas sociedades; H) Firmar traspasos de vehículos que se efectúen a nombre de las sociedades poderdantes y adelantar ante las entidades competentes todas las gestiones pertinentes al trámite de los mismos; I) Firmar física, electrónicamente o por cualquier medio que establezca la dirección de impuestos y aduanas nacionales, las declaraciones de cualquier tipo de impuestos u obligaciones tributarias que estén a cargo de las sociedades poderdantes y J) Igualmente queda facultada expresamente para desistir, conciliar, transigir y reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 4874 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 19 de diciembre de 2008, inscrita el 29 de diciembre de 2008 bajo los registros Nos. 14965, 14966, 14969, 14970, 14971, 14972, 14973, 14974, 14975, 14976, 14977, del libro V, compareció Belen Azpurua De Mattar, identificada con cédula de extranjería No. 324238 en su calidad de representante legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a, Maria Elvira Bossa Madrid, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.560.200 y con tarjeta

profesional de abogada No. 35.785; Servio Tulio Caicedo Velasco, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.381.908 y con tarjeta profesional de abogado No. 36.089; Maria Lourdes Forero Quintero, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.607.509 y con tarjeta profesional de abogada No. 34105, Hugo Moreno Echeverri, identificado con cédula ciudadanía No. 19.345.876 y con tarjeta profesional de abogado No. 56.799; Milciades Alberto Novoa Villamil identificado con cédula de ciudadanía No. 6.768.409 y con tarjeta profesional de abogado No. 55.201; Luis Fernando Novoa Villamil, identificado con cédula de ciudadanía No. 6.759.141 y con tarjeta profesional de abogado No. 23.174; Eidelman Javier Gonzalez Sanchez, identificado con cédula de ciudadanía No. 7.170.035 y con tarjeta profesional de abogado No. 108.916, Lidia Mireya Pilonieta Rueda, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.490.054 y con tarjeta profesional de abogada No. 15.820, Marcelo Daniel Alvear Aragon identificado con cédula de ciudadanía No. 79424383 y con tarjeta profesional de abogado No. 75250, Fernando Amador Rosas identificado con cédula de ciudadanía No. 19074154 y con tarjeta profesional de abogado No. 15818, para que en nombre de y representación de las sociedades mencionadas ejecuten los siguientes actos: A) Representar con amplias facultades a las referidas sociedades en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, fiscalías de todo nivel, juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de cualquier clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores. B) Representar con amplias facultades a las mismas sociedades en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá. C) Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de la administración, e intentar en nombre y representación de las sociedades antes mencionadas los recursos ordinarios tales como reposición, apelación y reconsideración, así como los recursos extraordinarios conforme a la ley. D) Realizar las gestiones siguientes, con amplias facultades de representación: Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionados administrativos del orden nacional departamental, municipal o del

distrito capital de Bogotá, o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios, renunciar a términos, asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas, asistir a todo tipo de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante de que se trate, absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representen. E) recibir, desistir, transigir, conciliar, sustituir y reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 0119 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 20 de enero de 2012, inscrita el 01 de febrero de 2012 bajo el No. 00021418 del libro V, compareció Lucas Fajardo Gutierrez identificado con cédula de ciudadanía No. 79.786.989 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Soraya Ines Echeverrry 13013 identificada con cédula ciudadanía No. 28.682.886 chaparral (Tol.) y tarjeta profesional de abogada No. 80.012 expedida por el consejo superior de la judicatura, para que en nombre y representación de cada una de las sociedades poderdantes, ejecute los siguientes actos: 1.1 Representar con amplias facultades a la sociedad poderdante en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones del trabajo, inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, fiscalías de todo nivel, juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de cualquier clase, la corte constitucional, el consejo superior de la judicatura, la corte suprema de justicia y el consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores. 1.2 Representar a la sociedad poderdante, con amplias facultades, en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá. 1.3 Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de la dirección de impuestos y aduanas nacionales o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de la administración, e interponer, en nombre y representación de la sociedad poderdante, los recursos ordinarios, tales como reposición, apelación y reconsideración, así como los recursos extraordinarios conferidos por la ley. 1.4 Realizar las gestiones siguientes con amplias facultades

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

---

de representación: Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios renunciar a términos, asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas, asistir a todo tipo de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante; absolver interrogatorios de parte y confesar y comprometer a la sociedad poderdante. 1.6 Otorgar poderes especiales en nombre de la sociedad poderdante. 1.7 Desistir, recibir, transigir, conciliar, sustituir y reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1647 de la Notaría veintitrés de Bogotá D.C., del 29 de junio de 2012, inscrita el 16 de julio de 2012 bajo el No. 00022988 del libro V, compareció Luz Marina Falla Aaron identificada con cédula de ciudadanía No. 36.161.591 de Neiva en su calidad de representante legal, por medio de la presente Escritura Pública, Allianz Seguros S.A (en adelante la sociedad) confiere poderes generales a Jorge Enrique Becerra Olaya, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.686.990 de Bogotá, para que en nombre y representación de las sociedades se notifique de los actos administrativos proferidos por COLJUEGOS E.I.C.E, así como para que descorra traslados, interponga y sustente recursos y renuncie a términos.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 2680 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 17 de octubre de 2012, inscrita el 27 de octubre de 2012 bajo el No. 00023761 del libro V, compareció Veronica Velasquez Melo, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.690.447 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal, de Allianz Seguros S.A confiere poder general a Ludy Giomar Escalante Mendoza, identificada con la cédula de ciudadanía número 51.937.308 de Bogotá y la tarjeta profesional de abogado número 76.632, expedida por el consejo superior de la judicatura, para que, en nombre y representación de cada una de las sociedades poderdantes, ejecute los siguientes actos: A) Representar con amplias facultades a la sociedad poderdante en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, fiscalías de todo nivel, juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

cualquier clase, la corte constitucional, el consejo superior de la judicatura, la corte suprema de justicia y el consejo de estado, bien sea como demandante, demandada, litisconsorte, coadyuvante u opositora; B) Representar a la sociedad poderdante, con amplias facultades, en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá; C) Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de la dirección de impuestos y aduanas nacionales o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de la administración, e interponer, en nombre y representación de la sociedad poderdante, los recursos ordinarios, tales como reposición, apelación y reconsideración, así como los recursos extraordinarios conferidos por la ley; D) Realizar las gestiones siguientes con amplias facultades de representación: Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental; municipal o del distrito capital de Bogotá o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes; descorrer traslados; interponer y sustentar recursos, ordinarios y, extraordinarios; renunciar a términos; asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas; asistir a, todo tipo de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales can virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante; absolver interrogatorios de parte y confesar y comprometer a la sociedad poderdante; E) Otorgar, poderes especiales en nombre de la sociedad poderdante F) Desistir, recibir, transigir, conciliar, sustituir y reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 442 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 4 de marzo de 2013, inscrita el 3 de mayo de 2013 bajo el No. 00025147, del libro V, modificado mediante la Escritura Pública No. 1184 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 27 de mayo del 2015, inscrita el 04 de junio de 2015. Bajo el No. 00031245 del libro V, compareció Rafael Alberto Ariza Vesga identificado con cédula de ciudadanía No. 79.952.462 de Bogotá en su calidad de representante legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Luis Fernando Encinales Achury, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 79.686.380 de Bogotá para que ejecute en nombre y representación de la sociedad los siguientes actos 1.1 Representar con amplias facultades a la sociedad en toda

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

---

clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones del trabajo, inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, fiscalías de todo nivel, juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de cualquier clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores. 1.2 Representar con amplias facultades a la sociedad en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá y, ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental; municipal o del distrito capital de Bogotá. 1.3 Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de la dirección de impuestos y aduanas nacionales o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de la administración, e intentar en nombre y representación de la sociedad los recursos ordinarios; tales como reposición, apelación, y reconsideración, así como los recursos extraordinarios conforme a la ley. 1.4 Realizar las gestiones siguientes, con amplias facultades de representación: - (I) notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental., municipal o del distrito capital de Bogotá o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, (II) descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios, (III) renunciar a términos, (IV) asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas, (V) asistir a todo tipo de audiencias de conciliación y (VI) realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad, absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad 1.5 Responder solicitudes, quejas y requerimientos presentados por autoridades o terceros a la sociedad en desarrollo del derecho de petición. 1.6 Otorga poderes especiales en nombre de la sociedad y 1.7 Desistir, conciliar, sustituir y reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1706 de la Notaría No. 23 de Bogotá D.C, del 05 de agosto de 2013, inscrita el 26 de noviembre de 2013, bajo el No. 00026723, modificado mediante la Escritura Pública No. 1184 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 27 de mayo del 2015, inscrita el 04 de junio de 2015. Bajo el No. 00031245 del libro V, compareció Rafael Alberto Ariza Vesga, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.952.462 , en calidad de representante legal de la

sociedad de la referencia, para ampliar el poder otorgado a Luis Fernando Encinales Achury, identificado con la cédula ciudadanía número 79.686.380 de Bogotá, con tarjeta profesional No. 194.487 expedida por el consejo superior de la judicatura, en el sentido de indicar que en nombre y representación de la sociedad ejecute los siguientes actos: (I) pronunciarse sobre las reclamaciones presentadas a la sociedad por tomadores, asegurados, beneficiarios y por cualquier persona; y (II) pronunciarse sobre las solicitudes de reconsideración de objeciones que sean presentadas a la sociedad por tomadores, asegurados, beneficiarios y por cualquier personal. Para que en nombre y representación de la sociedad realice las siguientes actividades: (I) suscripción de contratos de salvamento y contratos de transacción necesarios para el desarrollo de la actividad de la compañía.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 2038 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 27 de agosto de 2014, inscrita el 9 de septiembre de 2014 bajo el No. 00029007 del libro V, compareció juan enrique sierra vaca identificado con cédula de ciudadanía No. 79.653.399 en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Saul Salamanca Cordero identificado con cédula de ciudadanía No. 11.343.981 de Zipaquirá, para que en nombre y representación de la sociedad realice las siguientes actividades: A) Firmar matriculas, prematriculas, regrabaciones, traspasos, cancelación de matrículas y contratos de compraventa de vehículos que se efectúen a nombre de la sociedad y adelantar ante entidades competentes todas las gestiones pertinentes para el trámite de los mismos; B) Aceptar pignoraciones de vehículos a favor de la sociedad y levantar dichos gravámenes; C) Otorgar poderes generales y especiales a abogados u otras personas para la realización de gestiones usuales en materia de indemnizaciones tales como tramites de recuperación de vehículos, procesos de recobro y asistencia a audiencias o diligencias; D) Pronunciarse sobre las reclamaciones presentadas a la sociedad por tomadores, asegurados, beneficiarios y por cualquier persona; E) Pronunciarse sobre las solicitudes de reconsideración de objeciones que sean presentadas a la sociedad por tomadores, asegurados, beneficiarios y por cualquier persona; y F) Responder solicitudes, quejas y requerimientos presentados a la sociedad por autoridades o terceros en desarrollo del derecho fundamental de petición consagrado por el artículo 23 de la constitución política de Colombia.

CERTIFICA:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que por Escritura Pública No. 2038 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 27 de agosto de 2014, inscrita el 9 de septiembre de 2014 bajo el No. 00029008 del libro V, compareció juan enrique sierra vaca identificado con cédula de ciudadanía No. 79.653.399 en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Nelson Gutierrez Rueda identificada con cédula de ciudadanía No. 79.737.771 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad realice las siguientes actividades: A) Firmar matriculas, prematriculas, regrabaciones, traspasos, cancelación de matrículas y contratos de compraventa de vehículos que se efectúen a nombre de la sociedad y adelantar ante las entidades competentes toda las gestiones pertinentes para el trámite de los mismos; (B) Aceptar pignoraciones de vehículos a favor de la sociedad y levantar dichos gravámenes; (C) Otorgar poderes generales y especiales a abogados u otras personas para la realización de gestiones usuales en materia de indemnizaciones en el ramo de automóviles, tales como asistencia a audiencias o diligencias.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 547 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 17 de marzo de 2015, inscrita el 27 de abril de 2015 bajo el No. 00030872 del libro V, compareció Giovanny Grosso Lewis identificado con cédula de ciudadanía No. 72.167.595 en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Luisa Fernanda Robayo Castellanos identificada con cédula ciudadanía No. 52.251.473 de Bogotá D.C., para que en nombre y representación de las sociedades realice las siguientes actividades: A) Objetar las reclamaciones correspondientes a los ramos de seguros generales, presentadas a la sociedad poderdante por asegurados, beneficiarios y, es general cualquier persona, e igualmente pronunciarse sobre las solicitudes de reconsideración de objeciones correspondientes a los ramos de seguros generales, que sean presentadas a dicha sociedad. B) Responder solicitudes, quejas y requerimientos presentados por autoridades o terceros a la sociedad poderdante en desarrollo del derecho de petición. C) Otorgar poderes generales y especiales a abogados y otras personas, en nombre de la sociedad poderdante, para la realización de gestiones usuales en materia de indemnizaciones del ramo de seguros generales, tales como tramites de recuperación de vehículos, procesos de recobro y asistencia a audiencias o diligencias. D) Firmar matriculas, prematriculas, regrabaciones, traspasos, cancelación de matrículas y contratos de compraventa de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

vehículos que se efectúen a nombre de la sociedad poderdante y adelantar ante entidades competentes todas las gestiones pertinentes para el trámite de los mismos. E) Aceptar pignoraciones de vehículos a favor de la sociedad poderdante y levantar dicho gravámenes. F) Otorgar poderes especiales en nombre de la sociedad poderdante. G) Desistir, recibir, transigir, conciliar, sustituir, reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 2379 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 20 de diciembre de 2016, inscrita el 6 de enero de 2017 bajo el No. 00036660 del libro V, compareció Giovanny Grosso Lewis identificado con cédula de ciudadanía No. 72.167.595 de barranquilla, en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Yeison Rene Malpica Ortiz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.503.590 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (a) representar a la sociedad poderdante en las actuaciones judiciales y extrajudiciales que sean necesarias con la finalidad de efectuar los recobros a que haya lugar en virtud de la subrogación legal contra los terceros causantes de daños a los asegurados de la sociedad. (b) al apoderado le queda expresamente prohibido recibir a nombre de la sociedad poderdante. Confiere poder general a William Padilla Pinto, identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.473.362 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (A) Representar a la sociedad en las audiencias extrajudiciales a las que sea convocada, con la facultad de conciliar total o parcialmente. Confiere poder general a John Fredy Marmolejo Rua, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.791.640 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (A) Pronunciarse sobre las reclamaciones presentadas a la sociedad por tomadores, asegurados, beneficiarios y por cualquier persona respecto al ramo de seguro de automóviles; (B) Pronunciarse sobre las solicitudes de reconsideración de objeciones que sean presentadas a la sociedad por tomadores, asegurados, beneficiarios y por cualquier persona respecto al ramo de seguro de automóviles; (C) Responder solicitudes quejas y requerimientos presentados a la sociedad por autoridades o terceros en desarrollo del derecho fundamental de petición consagrado por el artículo 23 de la constitución política de Colombia.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 448 de la Notaría 23 de Bogotá D.C.,

---

del 22 de marzo de 2017, inscrita el 24 de marzo de 2017 bajo el No. 00037044 del libro V, compareció Giovanny Grosso Lewis identificado con cédula de ciudadanía No. 72.167.595 expedida en barranquilla, en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Juan Carlos Aponte Velasquez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.469.062 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos: A) Pronunciarse sobre las reclamaciones presentadas a la sociedad por tomadores, asegurados, beneficiarios y por cualquier persona B) Pronunciarse sobre las solicitudes de reconsideración de objeciones que sean presentadas a la sociedad por tomadores, asegurados, beneficiarios y por cualquier persona. C) Responder solicitudes, quejas y requerimientos presentados a la sociedad por autoridades o terceros en desarrollo del derecho fundamental de petición consagrado en el artículo 23 de la constitución política de Colombia. D) Firmar las contestaciones de las acciones de tutela e interponer las impugnaciones de los respectivos fallos.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1712 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 3 de septiembre de 2018, inscrita 06 de septiembre de 2018 bajo el registro No. 00039969 del libro V compareció Luisa Fernanda Robayo Castellanos identificada con cédula de ciudadanía No. 52.251.473 de Bogotá en su calidad de representante legal de ALLIANZ SEGUROS S.A., por medio de la presente Escritura Pública, ALLIANZ SEGUROS S.A., confiere poder general a Diego Ignacio Vergara Peña identificado con cédula ciudadanía No. 79.656.161 de Bogotá D.C., y portador de la tarjeta profesional No. 86.336 expedida por el consejo superior de la judicatura, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (A) Representar con amplias facultades a la sociedad en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, fiscalías de todo nivel, juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de cualquier clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado bien sea como demandante, demandado, litisconsorte, coadyuvante u opositores; (B) Representar con amplias facultades a las mismas sociedades en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá;

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

(C) Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de la dirección de impuestos y aduanas nacionales Dian o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de administración, e intentar en nombre y representación de las sociedades antes mencionadas los recursos ordinarios tales cómo reposición, apelación y reconsideración, así como los recursos extraordinarios conforme a la ley; (D) Realizar las gestiones siguientes con amplias facultades de representación, notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios, renunciar a términos, asistir a toda clase de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante de que se trate, absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que se trate, absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a la sociedad que representen; (E) Recibir, desistir, transigir, conciliar, sustituir y reasumir el presente mandato; (F) Representar a la sociedad poderdante en las actuaciones judiciales y extrajudiciales que sean necesarias con la finalidad de efectuar los recobros a que haya lugar en virtud de la subrogación legal contra los terceros causantes de daños a los asegurados de la sociedad; (G) Al apoderado le queda expresamente prohibido recibir a nombre de la sociedad poderdante.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 2166 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 31 de octubre de 2018 inscrita el 26 de noviembre de 2018 bajo el registro No. 00040479 del libro V compareció Luisa Fernanda Robayo Castellanos, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.251.473 de Bogotá, en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia. Sección primera: Que por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Esneith Lorena Beltran Acosta identificada con cédula ciudadanía No. 1.032.363.066, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (A) Representar con amplias facultades a la sociedad poderdante en toda clase de procesos judiciales ante juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de toda clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores; (B) Otorgar poderes especiales en nombre de la sociedad poderdante; (C) Celebrar,

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

suscribir y/o ejecutar todos los actos y contratos celebrados conforme a las facultades y atribuciones legales conferidas por la poderdante, tales como solicitudes de audiencias de conciliación, suscribir finiquitos de liberación, receipt&release, contratos de transacción, actas de conciliación y demás documentos conforme a los acuerdos con terceras partes, en representación de la sociedad poderdante; (D) Facultad para notificarse de toda clase de providencias judíos o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental o municipal, o entidades descentralizadas de los mismos ordenes; (E) Facultad para descorrer traslados, interponer y sustentar toda clase de recursos, ordinarios y extraordinarios, así como todas aquellas facultades contempladas en el artículo 77 del código general del proceso; (F) Para que cobre, requiera el pago y exija judicial o extrajudicialmente cualquier obligación a favor de el poderdante; reciba cualquier cantidad de dinero o especie que le adeuden o lleguen a adeudarle, actualmente o en el futuro a el poderdante, expida los recibos y otorgue cancelaciones; (G) Para que transija toda clase de pleitos y diferencias en forma judicial o extrajudicial que se presenten respecto de los derechos, obligaciones y bienes de propiedad de la parte poderdante. También podrá conciliar cualquier diferencia o disputa ampliando plazos, otorgando rebajas o descuentos. Sección segunda: que por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Jhon Jairo Lopez Gomez identificado con cédula ciudadanía No. 1.022.380.842, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (A) Representar con amplias facultades a la sociedad poderdante en toda clase de procesos judiciales ante juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de toda clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores; (B) Otorgar poderes especiales en nombre de la sociedad poderdante; (C) Celebrar, suscribir y/o ejecutar todos los actos y contratos celebrados conforme a las facultades y atribuciones legales conferidas por la poderdante, tales como solicitudes de audiencias de conciliación, suscribir finiquitos de liberación, receipt&reiease, contratos de transacción, actas de conciliación y demás documentos conforme a los acuerdos con terceras partes, en representación de la sociedad poderdante; (D) Facultad para notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental o municipal, o entidades

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

---

descentralizadas de los mismos órdenes; (E) Facultad para descorrer traslados, interponer y sustentar toda clase de recursos, ordinarios y extraordinarios, así como todas aquellas facultades contempladas en el artículo 77 del código general del proceso; (F) Para que cobre, requiera el pago y exija judicial o extrajudicialmente cualquier obligación a favor de el poderdante; reciba cualquier cantidad de dinero o especie que le adeuden o lleguen a adeudarle, actualmente o en el futuro a él poderdante, expida los recibos y otorgue cancelaciones; (G) Para que transija toda clase de pleitos y diferencias en forma judicial o extrajudicial que se presenten respecto de los derechos, obligaciones y bienes de propiedad de la parte poderdante. También podrá conciliar cualquier diferencia o disputa ampliando plazos, otorgando rebajas o descuentos.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 278 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 26 de febrero de 2019, inscrita el 8 de marzo de 2019 bajo el número 00041050 del libro V, compareció Luisa Fernanda Robayo Castellanos identificada con cédula de ciudadanía No. 52.251.473 de Bogotá en su calidad de representante legal de ALLIANZ SEGUROS S.A., por medio de la presente Escritura Pública, manifestó: sección primera: Poder a favor de Jorge Alejandro Suarez Cardona que por medio de la presente Escritura Pública ALLIANZ SEGUROS S.A., confiere poder general a Jorge Alejandro Suarez Cardona, identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.386.774 de Medellín, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (A) Firmar traspasos y cancelaciones de los vehículos declarados pérdida total que se encuentran a nombre de la COMPAÑÍA ALLIANZ SEGUROS S.A., y (B) Firmar trámites relacionados con vehículos declarados pérdida total y salvamentos. Sección tercera: Poder a favor de Luisa Ximena Angarita Arevalo por medio de la presente Escritura Pública ALLIANZ SEGUROS S.A., confiere poder general a Luisa Ximena Angarita Arevalo, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.020.721.832 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (a) firmar traspasos y cancelaciones de los vehículos declarados pérdida total que se encuentran a nombre de la COMPAÑÍA ALLIANZ SEGUROS S.A., y (b) firmar trámites relacionados con vehículos declarados pérdida total y salvamentos.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 500 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 27 de marzo de 2019, inscrita el 10 de abril de 2019 bajo el registro no 00041254 del libro V, compareció Gustavo Adolfo Sáchica Sáchica identificado con cédula de ciudadanía No. 1.010.170.152 de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Bogotá D.C en su condición de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Lina María Toro Palacio identificada con cédula ciudadanía No. 43.743.050 de Envigado, Antioquia, para que en nombre y representación de las mencionadas sociedades realice los siguientes actos: (A) Suscriba toda clase de contratos sin límite de cuantía con los distintos proveedores y funcionarios de la compañía, así como sus respectivos otrosí, adendos modificatorios, actas de liquidación y/o terminación.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 608 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 12 de abril de 2019, inscrita el 23 de Abril de 2019 bajo el registro No 00041305 del libro V, compareció Andres Felipe Alonso Jiménez, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.875.700 expedida en Bogotá en su calidad de representante legal, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Julián Garcia Diaz, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.019.090.165 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado número 323.768 del Consejo Superior de la Judicatura, para que en representación de las sociedades realice los siguientes actos: (A) Representar con amplias facultades a las sociedades en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de tránsito, inspecciones de policía, fiscalías de todo nivel, juzgados tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramento de cualquier clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores; (B) Representar con amplias facultades a las mismas sociedades en toda clase de actuaciones y procedimientos ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal, y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público de orden nacional, departamental o municipal; (C) Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de la dirección de impuestos y aduanas nacionales, o de la entidad que haga sus veces, así como de cualquiera de las oficinas de la administración e intentar en nombre y representación de las sociedades los recursos ordinarios, tales como reposición, apelación, y reconsideración, así como los recursos extraordinarios conforme a la ley; (D) Representar a las sociedades en reuniones ordinarias o extraordinarias de asambleas generales de accionistas o juntas de socios en sociedades de que esta sea accionista o socia y otorgar poderes en nombre de la sociedad para la asistencia de otros representantes a tales reuniones, cuando sea el caso; (E) Realizar

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

las gestiones siguientes, con amplias facultades de representación: Notificarse de toda clase de providencias judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental o municipal, o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, descorrer traslados, interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios ante cualquiera de dichas autoridades, renunciar a términos, asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas, asistir a todo tipo de audiencias de conciliación y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante, absolver interrogatorios de parte, confesar y comprometer a las sociedades; (F) Objetar las reclamaciones que presenten los asegurados y clientes a las sociedades poderdantes. (G) Otorgar poderes especiales en nombre de las citadas sociedades; (H) Firmar traspasos de vehículos que se efectúen a nombre de las sociedades poderdantes y adelantar ante entidades competentes todas las gestiones pertinentes al trámite de los mismos; (I) Firmar física, electrónicamente o por cualquier medio que establezca la dirección de impuestos y aduanas nacionales, las declaraciones de cualquier tipo de impuestos u obligaciones tributarias que estén a cargo de las sociedades poderdantes y (J) igualmente queda facultado expresamente para desistir, conciliar, transigir y reasumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1287 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 31 de julio de 2019, inscrita el 16 de Agosto de 2019 bajo el registro No 00042044 del libro V, Luisa Fernanda Robayo Castellanos, identificada con la cédula de ciudadanía no. 52.251.473 de Bogotá, en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Wilson David Hernández López, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía no. 1.030.636.348 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (a) firmar traspasos y cancelaciones de los vehículos declarados pérdida total que se encuentran a nombre de (a compañía ALLIANZ SEGUROS S.A., y (b) firmar trámites relacionados con vehículos declarados pérdida total y salvamentos.

Certifica:

Que por Escritura Pública No. 1807 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 02 de octubre de 2019, inscrita el 10 de Octubre de 2019 bajo el registro No 00042367 del libro V, compareció Luisa Fernanda Robayo Castellanos identificada con cédula de ciudadanía No. 52.251.473 de Bogotá D.C. en su calidad de representante legal de la sociedad de la

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

---

referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Nelson Joan Guerrero Rangel, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.019.046.530 de Bogotá, para que en nombre y representación de la Sociedad realice los siguientes actos: (A) Representar a la sociedad poderdante en las actuaciones judiciales y extrajudiciales que sean necesarias con la finalidad de efectuar los recobros a los que haya lugar en virtud de la subrogación legal contra los terceros causantes de daños a los asegurados de la sociedad; (B) Al Apoderado le queda expresamente prohibido recibir a nombre de la sociedad poderdante.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 40 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 15 de enero de 2020, inscrita el 19 de Febrero de 2020 bajo el registro No 00043144 del libro V, compareció Tatiana Gaona Corredor identificada con cédula de ciudadanía No. 1.020.743.736 de Bogotá D.C. en su condición de Representante Legal, por medio de la presente Escritura Pública, ALLIANZ SEGUROS S.A, confiere poder general a José Luis Arroyave Garrido identificado con cédula ciudadanía No. 79.524.259 de Bogotá D.C., para que en nombre y representación de la Sociedad realice los siguientes actos (A) Suscriba toda clase de contratos hasta por una cuantía de CINCUENTA MILLONES DE PESOS ($50.000.000) con los distintos proveedores y funcionarios de la compañía, así como sus respectivos otrosí, adendos modificatorios, actas de liquidación y/o terminación.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 245 de la Notaría 23 de Bogotá D.C., del 2 de febrero de 2020 inscrita el 2 de Marzo de 2020 bajo el registro No. 00043236 del libro V, compareció Luisa Fernanda Robayo Castellanos identificado con cédula de ciudadanía No. 52.251.473 de Bogotá D en su calidad de Representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial a Edgar Hernando Peñaloza salinas identificado con cedula ciudadanía No.1.026.575.922 de Bogotá D.C., con tarjeta profesional 264.834, para que en nombre y representación para que por medio de la presente escritura pública ALLIANZ SEGUROS S.A. Y ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., confieren poder general A Edgar Hernando Peñaloza salinas, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía no. 1.026.575.922 de Bogotá, y tarjeta profesional no. 264.834 para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (a) objetar las reclamaciones correspondientes a los ramos de seguros generales presentadas a la sociedad poderdante por asegurados, beneficiarios y en general ,cualquier persona, e igualmente pronunciarse sobre las

solicitudes de reconsideración de objeciones correspondientes a los ramos de seguros generales, que sean presentadas a dicha sociedad; (b) responder solicitudes, quejas y requerimientos presentados por autoridades o terceros a la sociedad poderdante en desarrollo del derecho de petición; (c) otorgar poderes generales y especiales a abogados u otras personas, en nombre de la sociedad poderdante para la realización de gestiones usuales en materia de indemnizaciones del ramo de seguros generales, tales como tramite de recuperación de vehículos, procesos de recobro y asistencia a audiencias o diligencias; (d) firmas matriculas, prematrículas, regrabaciones, traspasos, cancelación de matrículas, y contratos de compraventa de vehículos que se efectúen a nombre de la sociedad poderdante y adelantar ante entidades competentes todas las gestiones pertinentes para el trámite de los mismos; (e) aceptar pignoraciones de vehículos a favor de la sociedad poderdante y levantar dichos gravámenes (f) representar con amplias facultades a la sociedad poderdante en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante juzgados y tribunales de todo tipo, incluidos tribunales de arbitramiento de cualquier clase, corte constitucional, consejo superior de la judicatura, corte suprema de justicia y consejo de estado, bien sea como demandantes, demandadas, litisconsortes, coadyuvantes u opositores; (g)representar con amplias facultades a la sociedad poderdante en toda clase de actuaciones y procedimientos ante autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o distrito capital de Bogotá, y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital de Bogotá, y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o del distrito capital ante cualquier organismos descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental municipal o del distrito capital de Bogotá , (h) realizar las gestiones siguiente, con amplias facultades de representación notificarse de toda clase de providencia judicial o emanada de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o distrital de Bogotá , o de entidades descentralizadas de los mismos ordenes, descorrer traslados , interponer y sustentar recursos ordinarios y extraordinarios , renunciar a términos de asistir a toda clase de audiencias y diligencias judiciales y administrativas, asistir a todo tipo de audiencia de conciliación- y realizar conciliaciones totales o parciales con virtualidad para comprometer a la sociedad poderdante que se traten absolver interrogatorios dé parte;(i) contestar, formular peticiones, interponer recursos y demás medios de defensa a

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

---

que haya lugar y en general, realizar todas las actuaciones y gestiones pertinentes en nombre de la sociedad poderdante, en la acciones de tutela en las que esta esté vinculada de cualquier forma o sea oficiada para suministrar información; (j) otorgar poderes especiales en nombre de la sociedad poderdante; y (k) desistir, recibir, transigir, conciliar sustituir y resumir el presente mandato.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 603 de la Notaría 23 de Bogotá D.C, del 3 de julio de 2020, inscrita el 29 de Julio de 2020 bajo el No. 00043731 del libro V, compareció Luisa Fernanda Robayo Castellanos, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.251.473 de Bogotá D.C., en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública confiere poder general a Pablo Andrés Velandia Angarita, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.010.187.197 de Bogotá, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos (A) Representar a la sociedad poderdante en las actuaciones judiciales y extrajudiciales que sean necesarias con la finalidad de efectuar los recobros a que haya lugar en virtud de la subrogación legal contra los terceros causantes de daños a los asegurados de la sociedad. (B) Al apoderado le queda expresamente prohibido recibir a nombre de la sociedad poderdante.

Que por Documento Privado No. Sin núm de Representante Legal, del 18 de julio de 2017, inscrito el 27 de julio de 2017 bajo el número 00037633 del libro V, Santiago Lozano Cifuentes identificado con cédula de ciudadanía No. 79.794934 de Bogotá, en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente documento, confiere poder especial amplio y suficiente a Gustavo Adolfo Cano Ospina, identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.536.,234 de Cali, única y exclusivamente para que realice, en representación de ALLIANZ, los reportes diarios de las pólizas de responsabilidad civil contractual (RCC) y responsabilidad civil extracontractual (RCEC) al registro único nacional automotor - RUNT administrado por la entidad concesión RUNT S.A. (antes reportado al registro nacional de empresas de transporte público y privado - RNTE), firme digitalmente dichos reportes y, para efectos de los mismos, se autentique como representante de ALLIANZ.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

REFORMAS DE ESTATUTOS

ESTATUTOS:

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
4204	1-IX--1.969	10 BTA	15-IX--1.969 NO. 41130
5319	30-X -1.971	10 BTA	25-XI -1.971 NO. 45225
2930	25-VII-1.972	10 BTA	5 -XII-1.972 NO. 6299
2427	5 -VI -1.973	10 BTA	13-XII-1.973 NO. 13874
2858	26-VII-1.978	10 BTA	15-IX -1.978 NO. 61845
3511	26-X -1.981	10 BTA	19-XI -1.981 NO. 108739
1856	8 -VII-1.982	10 BTA	26-VII-1.982 NO. 119222
3759	15-XII-1.982	10 BTA	26-I -1.983 NO. 127655
1273	23--V--1.983	10 BTA	1-VII-1.983 NO. 136713
1491	16-VI--1.983	10 BTA	1-VIII-1.983 NO. 136714
1322	10-III-1.987	29 BTA.	9--VI--1.987 NO. 212861
3089	28-VII-1.989	18 BTA.	11-VIII-1.989 NO.271.99
4845	26- X -1.989	18 BTA.	14- XI -1.989 NO.279780
2186	11- X -1.991	16 STAFE BTA.	20-XI-1.991 NO.346317
447	30-III-1994	47 STAFE BTA	08-IV-1.994 NO.443176
6578	19- VII-1994	29 STAFE BTA	27- VII-1994 NO.456.468
1115	17- IV- 1995	35 STAFE BTA	26- IV- 1995 NO.490.027
5891	21- VI- 1996	29 STAFE BTA	25- VI--1996 NO.543.204
9236	20- IX--1996	29 STAFE BTA	01- X---1996 NO.557.213
1572	21- II-1997	29 STAFA BTA	26- II-1997 NO.575.503
2162	07-III- 1997	29 STAFE BTA	07- III-1997 NO.575.940
1959	03-III-1.997	29 STAFE BTA	07- III-1997 NO.576.957

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001366 del 11 de junio de 1997 de la Notaría 35 de Bogotá D.C.	00590892 del 28 de junio de 1997 del Libro IX
E. P. No. 0006941 del 16 de julio de 1997 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00593519 del 17 de julio de 1997 del Libro IX
E. P. No. 0012533 del 16 de diciembre de 1997 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00615741 del 24 de diciembre de 1997 del Libro IX
E. P. No. 0002432 del 24 de septiembre de 1998 de la Notaría 7	00650591 del 24 de septiembre de 1998 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

de Bogotá D.C.	
E. P. No. 0003298 del 24 de diciembre de 1998 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.	00662276 del 28 de diciembre de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0001203 del 15 de junio de 1999 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.	00684276 del 16 de junio de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0001131 del 28 de junio de 2000 de la Notaría 7 de Bogotá D.C.	00735146 del 30 de junio de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0006315 del 24 de agosto de 2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00743684 del 6 de septiembre de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0007672 del 2 de octubre de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00799463 del 24 de octubre de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0008774 del 1 de noviembre de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00804526 del 3 de diciembre de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0010741 del 11 de diciembre de 2001 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00813095 del 4 de febrero de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0008964 del 4 de septiembre de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00845307 del 19 de septiembre de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0005562 del 14 de mayo de 2003 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00883352 del 6 de junio de 2003 del Libro IX
E. P. No. 0000997 del 7 de febrero de 2005 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00977446 del 17 de febrero de 2005 del Libro IX
E. P. No. 0001903 del 28 de mayo de 2008 de la Notaría 31 de Bogotá D.C.	01219506 del 9 de junio de 2008 del Libro IX
E. P. No. 02736 del 8 de abril de 2010 de la Notaría 72 de Bogotá D.C.	01376523 del 18 de abril de 2010 del Libro IX
E. P. No. 2197 del 14 de julio de 2010 de la Notaría 23 de Bogotá D.C.	01400812 del 24 de julio de 2010 del Libro IX
E. P. No. 3950 del 16 de diciembre de 2010 de la Notaría 23 de Bogotá	01444031 del 11 de enero de 2011 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

D.C.	
E. P. No. 676 del 16 de marzo de 2012 de la Notaría 23 de Bogotá D.C.	01617661 del 20 de marzo de 2012 del Libro IX
E. P. No. 865 del 15 de abril de 2014 de la Notaría 23 de Bogotá D.C.	01828565 del 23 de abril de 2014 del Libro IX
E. P. No. 2171 del 28 de noviembre de 2019 de la Notaría 23 de Bogotá D.C.	02530653 del 6 de diciembre de 2019 del Libro IX
E. P. No. 459 del 5 de mayo de 2020 de la Notaría 23 de Bogotá D.C.	02572989 del 29 de mayo de 2020 del Libro IX

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Que por Documento Privado del 4 de enero de 2000, inscrito el 7 de enero de 2000 bajo el número 00711547 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- ALLIANZ COLOMBIA S A
Domicilio: Bogotá D.C.
Presupuesto: No Reportó
Que se ha configurado una situación de grupo empresarial con la sociedad de la referencia.

Que por Documento Privado de Representante Legal del 6 de abril de 2009, inscrito el 5 de mayo de 2009 bajo el número 01294378 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- ALLIANZ SE
Domicilio: (Fuera Del País)
Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio
Que se ha configurado una situación de grupo empresarial con la sociedad de la referencia.

La sociedad matriz también ejerce situación de control sobre la sociedad de la referencia.

Aclaración de Situación de Grupo Empresarial
Se aclara la Situación de Grupo Empresarial inscrita el 05 de mayo de 2009 bajo el número 01294378 del libro IX, en el sentido de indicar que dicha situación se configuro a partir del 25 de octubre de 1999.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre:	ALLIANZ SEGUROS S.A. SUCURSAL BOGOTÁ
Matrícula No.:	01358450
Fecha de matrícula:	24 de marzo de 2004
Último año renovado:	2020
Categoría:	Sucursal
Dirección:	Cl 72 No. 6 - 44
Municipio:	Bogotá D.C.

Nombre:	ALLIANZ SEGUROS S A SUCURSAL BROKERS BOGOTA
Matrícula No.:	02282316
Fecha de matrícula:	28 de diciembre de 2012
Último año renovado:	2020
Categoría:	Sucursal
Dirección:	Cr 13 A No. 29 - 24 Par Central
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA 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.

CERTIFICAS ESPECIALES

Que por Resolución No. 3612 del 3 de octubre de 1990 de la Superintendencia Bancaria, inscrita el 17 de octubre de 1990 bajo el No. 307716 del libro IX, se autorizó una emisión de bonos

obligatoriamente convertibles en acciones por valor de cuatrocientos millones de pesos ($ 400.000.000.00) moneda corriente.

INSCRIPCIÓN DE PAGINA WEB

Que para efectos de lo previsto en el artículo 91 de la Ley 633 de 2000, mediante comunicación del 5 de abril de 2017 inscrita el 5 de abril de 2017 bajo el número 02204488 del libro IX, se reportó la(s) página (s) web o sitio (s) de internet:
- WWW.ALLIANZ.CO

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 los Contencioso Administrativo.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 12 de mayo de 2017.

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 para

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

TAMAÑO EMPRESA

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $ 1,700,627,048,142

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

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.
****
****
****
****
****
****
****
****
****
****

Cámara de Comercio de Bogotá

Cámara de Comercio de Bogotá
Registro Unico Empresarial

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:57:08
Recibo No. BA20043503
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A200435031B992

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

****

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.

Manizales, 19 de Noviembre de 2020

Señor:
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES – CALDAS
E. S. D.
La ciudad.

REFERENCIA: CONTESTACION DEMANDA
RADICADO: 17001-3-03-002-2020-00014-00
PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
DEMANDANTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO
DEMANDADO: EPS SALUD TOTAL Y CLINICA VERSALLES
LLAMADO EN GARANTÍA: SEGUROS CHUBB DE COLOMBIA S.A.
CORREO NOTIFICACIONES**:** **estadosjudiciales@ospedale.com.co**

OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali (Valle del Cauca), Abogada en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 115.245 del Consejo Superior de la Judicatura e identificado con la cédula de ciudadanía No. 34.543.168 expedida en Popayán, actuando como apoderada de **CLINICA VERSALLES S.A**., sociedad comercial con domicilio en Pereira , inscrita en debida forma en la Cámara de Comercio de Manizales , tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Manizales, y que aporto con este escritol, procedo a presentar llamamiento en garantía en contra de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A,** identificada con NIT 860026518-6 y representada legalmente por **MANUEL FRANCISCO OBREGON TRILLOS** o quien haga sus veces, por considerar que mi poderdante tiene derecho a que en la sentencia se resuelva sobre la relación sustancial y los pagos de las indemnizaciones a que hubiere lugar en estos por la parte demándate, así:

LLAMAMIENTO EN GARANTIA CONTRA CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

LOS HECHOS

PRIMERO: Entre CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A, representada legalmente por **MANUEL FRANCISCO OBREGON TRILLOS** o quien haga sus veces, y la CLINICA VERSALLLES S.A. se celebró un contrato de seguro, de responsabilidad Civil Profesional para clínicas y hospitales que consta en las pólizas Nos.

- Póliza No 12/40878 Vigencia 31/07/2020 HASTA EL 30/07/2020
- Póliza No 46343 Vigencia 11/07/2020 HASTA EL 30/07/2021

SEGUNDO: La cobertura para responsabilidad civil para instituciones Médicas, que indica: "Por la presente póliza en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez contra del asegurado contra el periodo contractual derivado de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado, por causa de un acto médico erróneo en la presentación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermeria o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizacion por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con
Posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 22 de junio de 2013

TERCERO: CLINICA VERSALLES S.A., fue demandada en el proceso citado en la referencia como consecuencia de los presuntos perjuicios ocasionados a los demandantes, por la atención médica brindada al paciente **GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO,** desde el día 28 de abril de 2018, fecha de ingreso y hasta el egreso en condiciones estables de salud.

CUARTO: La atención médica brindada al señor **GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO** , sobre la cual se edifican las pretensiones de la demanda, ocurrió dentro de la vigencia de las pólizas enunciadas en el hecho primero de este llamamiento, ocurrieron desde el día 28 DE abril de 2018 hasta su egreso de la clínica en condiciones estables de salud.

QUINTO: En consecuencia **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A** está obligada a responder patrimonialmente frente a una eventual sentencia condenatoria en contra de CLINICA VERSALLES S.A. de reparación de perjuicios conforme a las condiciones pactadas en el contrato de seguro contenido en las pólizas:

- Póliza No 12/40878 Vigencia 31/07/2020 HASTA EL 30/07/2020
- Póliza No 46343 Vigencia 11/07/2020 HASTA EL 30/07/2021

SEXTO: Se me ha otorgado poder

PETICIONES.

PRIMERA: Formulo llamamiento en garantía a **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A,** Representada Legalmente por **MANUEL FRANCISCO OBREGON TRILLOS** o quien haga sus veces para que integre el litisconsorcio y responda patrimonialmente conforme a lo pactado en el contrato de seguro de responsabilidad civil profesional para Clínicas y Hospitales conforme al artículo 60 y siguientes del Código General del proceso y en el derecho contractual contenido en las pólizas relacionadas en el Hecho Primero de este llamamiento.

SEGUNDA: Antes de liquidar la eventual condena a cargo del asegurador solicito, actualizar monetariamente, el valor de la cobertura máxima de las pólizas, teniendo en cuenta la pérdida del poder adquisitivo de la moneda desde el día 12 de junio de 2017, fecha en la que comienza la ocurrencia de los hechos imputados al asegurado CHUBB DE COLOMBIA S.A y hasta el día en que se produzca la eventual condena en contra de la compañía aseguradora.

TERCERO: Condénese a la sociedad llamada en garantía a pagar al asegurado la CLINICA VERSALLES S.A. , el valor de la asistencia jurídica que haya requerido para hacer frente al proceso.

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Artículo 64 y siguientes del C.G.P y demás normas concordantes y complementarias

PRUEBAS Y ANEXOS:

- Póliza No 12/40878 Vigencia 31/07/2020 HASTA EL 30/07/2020
- Póliza No 46343 Vigencia 11/07/2020 HASTA EL 30/07/2021
- Copia del Certificado de existencia y representación legal de CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

NOTIFICACIONES:

- Al LLAMADO EN GARANTIA: CHUBB SEGUROS DE COLOMBIA S.A. Podrá ser notificado en la Carrera 7 No. 71 – 21 Torre B piso 7 en la ciudad de Bogotá (D,C).Correo electrónico notificacioneslegales.co@chubb.com

- EL LLAMANTE CLINICA VERSALLES S.A. recibirá notificaciones en la ciudad de Manizales en el correo electrónico **lidercontable@clinicaversalles.com.co**

- La suscrita apoderada podrá ser notificada en la dirección electrónica estadosjudiciales@ospedale.com.co.

Atentamente,



OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ
C.C. 34.543.168
T.P. 115.245 del C.S.J.
Correo E: estadosjudiciales@ospedale.com.co

CHUBB

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/40878	0	1
CLINICA VERSALLES		

ELITE - MÉDICA
CONDICIONES PARTICULARES

Tomador: CLINICA VERSALLES
Asegurado: CLINICA VERSALLES
Vigencia: Desde 31 de julio de 2019 a las 00:00 horas hasta 30 de julio de 2020 a las 24:00 horas
Interés: Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitación Territorial: Colombia
Jurisdicción: Colombia
Modalidad de Cobertura: Claims Made

Retroactividad: 22 DE JUNIO DE 2013, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad
Fecha De Antigüedad: Inicio de vigencia con CHUBB

Condiciones Económicas

Con coberturas unicamente de Daños (perjuicios) al 100% (no se otorga gastos de defensa):

Limite Asegurado	Deducible	Prima Anual Antes de IVA
Cop$2.000.000.000	10% mínimo COP $20.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.	COP$ 132.000.000

Cobertura Básica

☐ Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas |

Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.

La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.

Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Básicas

Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	Sublímite
Cobertura para cirugías reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CHUBB

PÓLIZA No.	ANEXO No.	PAG. No.
12/40878	0	2
CLINICA VERSALLES		

Exclusiones Adicionales
El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a:

☐ Actos médicos respecto de cirugías bariatricas y/o cirugías o procedimientos estéticos.

☐ Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.

☐ Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.

☐ EXCLUSIÓN DE SITUACIONES ESPECÍFICAS: Reclamaciones derivadas y/o en relacion con los eventos reportados en el formulario de solicitud de seguro y anexo

☐ Se modifica la exclusión 3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS y en su lugar se reemplaza por la siguiente:

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS
ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

☐ EXCLUSIÓN CONDUCTA SEXUAL

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A: CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO.
CONDUCTA SEXUAL significa cualquier acto verbal o no verbal, comunicación, contacto u otra conducta que involucre abuso sexual, intimidación sexual, acoso sexual o discriminación.

☐ Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

Condiciones Adicionales

☐ La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997

☐ Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza.

☐ Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: ver cláusula de retroactividad arriba indicada

☐ Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Inicio de Vigencia con CHUBB

☐ Cobertura culpa grave siempre y cuando la misma no se asemeje al dolo.

☐ PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses

☐ No obstante lo indicado en el clausulado general, no se otorgan Gastos Legales. Unicamente se cubren Daños

☐ Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

☐ Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043 - 17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

Participación CHUBB: 100%
Comisión: 15%

Términos de Pago de Prima: Cláusula de pago de prima 45 días calendario.

CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. es una subsidiaria de una casa matriz de EE.UU. y CHUBB Limited, una empresa que cotiza en la Bolsa de Nueva York. Por consiguiente, CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. está sujeta a ciertas leyes y regulaciones de Estados Unidos [además de las restricciones de sanciones de la Unión Europea, las Naciones Unidas y nacionales] que pueden prohibirle la prestación de cobertura o el pago de reclamaciones a determinadas personas entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba.

Las partes contratantes se someten, en especial pero ni limitado a las disposiciones del Título V del Libro IV Código de Comercio, al Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto Ley 663 de 1993) a la Ley 389 de 1997 y demás normas que le sean aplicables así como a las disposiciones especiales contenidas en el presente contrato de seguro. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares, predominaran estas últimas. Las Condiciones Particulares y las Generales predominan sobre las normas antes mencionadas, en cuanto éstas no tengan carácter imperativo y, por tanto, sean total o parcialmente inmodificables, de acuerdo a lo establecido entre otros, por el artículo 1162 del Código de Comercio.

CHUBB SEGUROS es una subsidiaria de una casa matriz de EE.UU. y CHUBB Limited, una empresa que cotiza en la Bolsa de Nueva York. Por consiguiente, CHUBB SEGUROS está sujeta a ciertas leyes y regulaciones de Estados Unidos [además de las restricciones de sanciones de la Unión Europea, las Naciones Unidas y nacionales] que pueden prohibirle la prestación de cobertura o el pago de reclamaciones a determinadas personas entidades o asegurar ciertos tipos de actividades relacionadas con determinados países como Irán, Siria, Corea del Norte, Sudán del Norte y Cuba.

Contacto
CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Nit. 860.026.518-6
Carrera 7 N° 71-21 piso 7
A.A. 29782
Bogotá D.C., Colombia
571 319-0300 Tels
571 319-0400
571 319-0304 fax
571 319-0408

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Calle 72 #10-51 Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O +(571) 319 0300
F +(571) 319 0408

CHUBB®

ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043
17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO LA ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLIMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO, ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES**.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECIFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, O CONMOCIÓN CIVIL, LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II. CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESIÓN, ESTRAGO O INTERRUPCIÓN O COMISIÓN DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONÓMICOS, ÉTNICOS, NACIONALISTAS, POLÍTICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE.

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA

REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES,RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.34. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.35. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO**, **DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.

B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.

C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,

D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del **Asegurador en** relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños**, **Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales

Reclamaciones. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales** , sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovisto de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

Se aplicará un solo deducible a los **Daños** y/o **Gastos Legales** originados en **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo**.

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Período Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Período Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.

II. Las fechas y personas involucradas;

III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;

IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible

Reclamación.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador** sugiere al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, el **Asegurador** podrá reclamar al **Asegurado** los daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al **Asegurador** o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** distribuirán dicho **Daño** y **Gastos Legales** en la misma proporción en la que se distribuya la responsabilidad legal de las partes.

Cualquier distribución o anticipo de **Gastos Legales** en relación con una **Reclamación** no creará presunción alguna respecto a la distribución de otro **Daño** originado por dicha **Reclamación**.

Si **Asegurado** y **Asegurador** no lograren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** suministrará los **Gastos Legales** que considere razonablemente cubiertos bajo la póliza hasta que se acuerde o se determine una distribución diferente. Una vez acordada o determinada la distribución de **Gastos Legales**, estos serán aplicados de manera retroactiva a todos las **Gastos Legales** ya incurridos en relación con dicha **Reclamación**.

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como "no renovación" y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier **Reclamación** presentada durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este periodo serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último Periodo Contractual, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al **Asegurado** , enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;

- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el **Asegurado** deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el **Asegurador** puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de

indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones** presentadas por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada (o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. GARANTIAS

El **Asegurado** está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El **Asegurado** garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el **Asegurado**:

a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.

b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.

c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)

e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:

- Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.

- Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.

- Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.

- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.

- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.

- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta póliza de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a, humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.

b. Daños punitivos y ejemplarizantes.

c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,

d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes Colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

a. Una violación de la seguridad de la red

b. Uso no autorizado de una red informática

c. Un virus de Computadora

d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración de que el mismo es responsable, de un **Daño** como resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.
Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
Bogotá D.C., Colombia.
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164
Fax: (571) 6108164
e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
Página Web: https://www.ustarizabogados.com
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

01/11/2016-1305-P-06-CLACHUBB20160043
17/02/2016-1305-NT-06-12MEDINST-001

MARIA HELENA QUILLACA GARCIA
REPRESENTANTE LEGAL

CHUBB

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B Piso 7
Bogotá D.C.
Colombia

(571) 326-6200 PBX
(571) 319-0300
(571) 319-0400
(571) 319-0408 Fax
www.chubb.com/co

Póliza Ant.:

Ramo	Operación	Póliza	Anexo	Referencia
12 RESPONSABILIDAD	02 Renovacion	46343	0	**12004634300000**

Sucursal	Vigencia del Seguro	Año	Mes	Día	Hora		Año	Mes	Día	Hora	Fecha de Emisión	Año	Mes	Día
05 CALI	**Desde**	2020	07	31	00	**Hasta**	2021	07	30	24		2020	07	30

Tomador CLINICA VERSALLES S.A. **C.C. O NIT** 8100032451
Dirección CLL 51 No 24 50 **Ciudad** MANIZALES

Asegurado CLINICA VERSALLES S.A. **C.C. O NIT** 8100032451
Dirección CLL 51 No 24 50 **Ciudad** MANIZALES

Beneficiario TERCEROS AFECTADOS **C.C. O NIT** 11111
Dirección ND **Ciudad** -

Intermediario
30297 GILBERTO ROBLEDO QUI NTERO ASE
42551 SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPANÍA

Información del Riesgo: **La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.**

RENUEVA POLIZA NRO. 0040878

POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y SEGUN COMUNICACION DEL BROKER SE RENUEVA LA PRESENTE POLIZA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.
La mora en el pago de la prima de la presente póliza, o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la compañía de seguros para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la expedición de la póliza.
Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax:(57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico:defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

Valor Prima	145.200.000,00	$COP
Gastos Exped.	0,00	$COP
I.V.A.	27.588.000,00	$COP
Total a Pagar	**172.788.000,00**	**$COP**

CLIENTE

TOMADOR

Chubb Seguros Colombia S.A.

CHUBB

Referencia de Pago
12004634300000

Cupón de Pago

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA VERSALLES S.A.

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807
☐ Bco Occidente Cta Cte 288038185
☐ Davivienda Cta Cte 516990066
☐ Grupo Almacenes Exito

También puede realizar el pago en línea a través de nuestra página web www.chubb.com.co
Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

415770999800062980201200463430000039000000000000096000000000

(415)7709998000629(8020)12004634300000(3900)0000000000(96)00000000

ENTIDAD BANCARIA

KAGORD

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CHUBB

Referencia de Pago Electrónico
12004634300000
Fecha Límite de pago: 14 de Septiembre de 2020

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA VERSALLES S.A.

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Bco Occidente Cta Cte 288038185
- ☐ Grupo Almacenes Exito
- ☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807
- ☐ Davivienda Cta Cte 516990066

Pagos en Línea a través de
www.chubb.com/co

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

CLIENTE

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

CHUBB

Referencia de Pago Electrónico
12004634300000
Fecha Límite de pago: 14 de Septiembre de 2020

Cupón de Pago

Cuota 01 de 01

Nit 860.026.518-6

Tomador CLINICA VERSALLES S.A.

- ☐ Citibank Cta Ahs. 5019884025
- ☐ Bco Occidente Cta Cte 288038185
- ☐ Grupo Almacenes Exito
- ☐ Bancolombia Cta Cte 04802651807
- ☐ Davivienda Cta Cte 516990066

Pagos en Línea a través de
www.chubb.com/co

Forma de Pago		
Efectivo		$
Cheque	Cod Bco	$
Cheque	Cod Bco	$
Total a pagar		$

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

0275120046343000000188000004

ENTIDAD BANCARIA

Chubb Seguros Colombia S.A.
Nit 860.026.518-6
Carrera 7 No. 71-21 Torre B P7
Bogotá D.C.
Colombia

571 3266200 PBX
571 3190300
571 3190408 Fax
571 3190400
www.chubb.com/co

Detalle de Vencimientos

Sección	Póliza	Endoso
12 RESPONSABILIDAD CIVIL	46.343	0

Asegurado
CLINICA VERSALLES S.A.

Productor
MULTIBROKER

Nro. Cuota	Vencimiento	Importe
01	14/09/2020	$ 172788000.00

Premio Total en Moneda: $ 172788000.00

Factor de Cambio: 1,0000

Elite - Médica
CONDICIONES PARTICULARES

Tomador: CLINICA VERSALLES S.A.
Asegurado: CLINICA VERSALLES S.A.
Vigencia: Desde 31 de julio de 2020 a las 00:00 horas hasta 30 de julio de 2021 a las 24:00 horas
Interés: Responsabilidad Civil Profesional Médica.
Delimitación Territorial: Colombia
Jurisdicción: Colombia
Modalidad de Cobertura: Claims Made
Retroactividad: 22 DE JUNIO DE 2013, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad
Fecha De Antigüedad: Julio 31 de 2019

Condiciones Económicas

Limite Asegurado	Deducible	Prima Anual Antes de IVA
Cop$2.000.000.000	10% mínimo COP $20.000.000 de todos y cada uno de los reclamos.	COP$ 145.200.000

Cobertura Básica
☐ Cobertura de Responsabilidad Civil para Instituciones Médicas |
Por la presente póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la ley 389 de 1997, el asegurador indemnizará en exceso del deducible y hasta el límite de responsabilidad, los daños y/o gastos legales a cargo del asegurado, provenientes de una reclamación presentada por primera vez en contra del asegurado durante el periodo contractual derivada de la responsabilidad civil imputable al asegurado de acuerdo con la ley(y/o durante el periodo adicional para recibir reclamaciones, en caso en que este último sea contratado), por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios profesionales.
La cobertura se extiende a cubrir la responsabilidad civil imputable al asegurado por las reclamaciones derivadas de un acto médico erróneo del personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmaceuta, laboratorista, enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el asegurado o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante contrato y/o convenio especial, al servicio del mismo.
Los actos médicos erróneos que originen una reclamación deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la fecha de retroactividad especificada en las condiciones particulares y con anterioridad a la finalización del periodo contractual.

Extensiones de Cobertura Básicas

Haciendo parte del límite agregado anual de la póliza	Sublímite
Cobertura para cirugías reconstructivas.	100%
Cobertura para el suministro, prescripción o administración de medicamento.	100%
Cobertura para la utilización y posesión de instrumentos propios de la medicina.	100%
Cobertura para daños extrapatrimoniales.	100%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Exclusiones Adicionales
El asegurador no será responsable de pagar daños ni gastos legales derivados de una reclamación por responsabilidad civil, cuando dichos daños y gastos legales sean originados en, basados en, o atribuibles directa o indirectamente a:

☐ Actos médicos respecto de cirugías bariatricas y/o cirugías o procedimientos estéticos.

☐ Reclamos presentadas por terceros respecto de actividades distintas a las profesionales médicas, como son la gestión y servicios de apoyo administrativo, autorizaciones de citas médicas, autorizaciones de medicamentos, autorizaciones referente a ordenes y/o funciones empresariales no médicos, compra de activos como edificios, equipos y medicamentos etc. Cualquier actividad relacionada con directores y administradores y todo lo relacionado con Managed Care E&O.

☐ Queda excluido cualquier reclamación por el incumplimiento de las garantías contempladas en la sección 25 de la presente póliza.

☐ EXCLUSIÓN DE SITUACIONES ESPECÍFICAS: Reclamaciones derivadas y/o en relacion con los eventos reportados en el formulario de solicitud de seguro y anexo que sirvio de base para las condiciones de la vigencia 2019-2020

☐ Se modifica la exclusión 3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS y en su lugar se reemplaza por la siguiente:

EL ASEGURADOR NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR DAÑOS NI GASTOS LEGALES DERIVADOS DE UNA RECLAMACIÓN POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS DAÑOS Y GASTOS LEGALES SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:
3.27. CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS
ACTOS MÉDICOS DE CIRUGÍAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS O PLÁSTICOS

☐ Exclusión OFAC: este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones económicas o comerciales u otras leyes o regulaciones nos prohíban proporcionar el seguro, incluido, entre otros, el pago de reclamaciones. Todos los demás términos y condiciones de la póliza no se modifican.

☐ Exclusión de Coronavirus – Incumplimiento en seguimiento de Protocolos

El Asegurador no será responsable de realizar ningún pago por Pérdida y/o Gastos Legales y/o Reclamo bajo esta póliza causado directa o indirectamente por, derivado de, atribuible a, o en cualquier forma relacionado con:

(i) el hecho de que el Asegurado no tome medidas razonables para observar y cumplir con las leyes aplicables, las normas gubernamentales y las directrices oficiales sobre:
a. un brote real o sospechado de una Enfermedad Transmisible; o
b. la amenaza o el miedo a una Enfermedad Transmisible (ya sea real o percibida); o
(ii) el Asegurado incumple o falla en la implementación de un plan de administración o gestión de crisis que aborde los pasos mencionados anteriormente; o

(iii) el Asegurado:
a. Falla en la divulgación y evaluación adecuada de los protocolos de manera constante de;
b. Realiza declaraciones falsas y/o engañosas en relación con; o
c. No adopta las medidas adecuadas para mitigar el riesgo que representa una Enfermedad Transmisible para el negocio, los empleados, los proveedores, los clientes, del Asegurado para el desempeño financiero de la Entidad Tomadora.
Para propósitos de este endoso, Enfermedad Transmisible hace referencia a:

1. Coronavirus y cualquier cepa de coronavirus o sus secuelas;
2. Neumonía atípica o cualquier cepa de la misma;
3. Angustia física, enfermedad o dolencia causada o transmitida directa o indirectamente por cualquier virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación de este, ya sea que se considere vivo o no, e independientemente de los medios de transmisión;

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

4. Cualquier virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación de este, ya sea que se considere vivo o no, que sea capaz de causar angustia física, enfermedad o dolencia.

Todos los demás términos y condiciones permanecen sin cambios
Condiciones Adicionales

☐ La póliza opera bajo el sistema de aseguramiento base reclamación "Claims-Made", es decir, se cubren todas las reclamaciones presentadas por primera vez, durante la vigencia de la póliza, en un todo de acuerdo con lo establecido en el artículo cuarto de la ley 389 de 1997

☐ Todas las extensiones y coberturas forman parte y no operaran en adición al límite total agregado de la póliza.

☐ Fecha de retroactividad: Los ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS deben haber sido cometidos con posterioridad al inicio de la FECHA DE RETROACTIVIDAD que para esta póliza será: 22 DE JUNIO DE 2013, siempre que (1) haya estado vigente sin interrupciones desde la fecha de retroactividad hasta el inicio de la vigencia de la póliza de Chubb y (2) se entregue a Chubb, con la solicitud de seguro, una copia de la póliza anterior y de su cláusula de retroactividad

☐ Fecha de Reconocimiento de antigüedad: Julio 31 de 2019

☐ Cobertura culpa grave siempre y cuando la misma no se asemeje al dolo.

☐ PERIODO ADICIONAL para RECIBIR RECLAMACIONES: 100% de la última prima anual para un periodo de 24 meses

☐ No obstante lo indicado en el clausulado general, no se otorgan Gastos Legales. Unicamente se cubren Daños

☐ Todas las alteraciones y/o modificaciones y/o extensiones deberán ser acordadas por los CHUBB SEGUROS.

☐ Términos, textos y condiciones según clausulado ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS 30/06/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I
30/06/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041

Participación CHUBB: 100%

Términos de Pago de Prima: Cláusula de pago de prima 45 días calendario.

Broker SEGUROS Y ASESORIAS Y COMPAÑÍA
GILBERTO ROBLEDO QUINTERO

Contacto
CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Nit. 860.026.518-6
Calle 72 No. 10-51 piso 6,7,8,
A.A. 29782
Bogotá D.C., Colombia
571 319-0300 Tels
571 319-0400
571 319-0304 fax
571 319-0408

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Chubb Seguros Colombia S.A.
NIT: 860.026.518-6
Calle 72 #10-51 Piso 7

Bogotá D.C., Colombia
O +(571) 319 0300
F +(571) 319 0408

CHUBB®

ELITE MÉDICOS - SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA INSTITUCIONES MÉDICAS
30/06/2020-1305-P-06-CLACHUBB20160043 000I
30/06/2020-1305-NT-06-P&CNTCHUBBSEG041

Todas aquellas palabras que se encuentran en negrilla a lo largo de esta póliza, han sido definidas al final de la misma y deben ser entendidas de acuerdo con su definición. Los títulos y subtítulos que se utilizan a continuación son estrictamente enunciativos y por lo tanto deben ser interpretados de acuerdo al texto que los acompaña.

Basado en las declaraciones hechas en el Formulario de Solicitud de Seguro debidamente diligenciado por el Tomador, el cual forma parte de esta póliza, y sujeto a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o carátula de la póliza, el Asegurador, el Tomador y el Asegurado acuerdan lo siguiente:

CONDICIONES GENERALES

1. COBERTURAS

COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

POR LA PRESENTE PÓLIZA, EN DESARROLLO DEL INCISO 1 DEL ARTÍCULO 4 DE LA LEY 389 DE 1997, EL **ASEGURADOR** INDEMNIZARÁ EN EXCESO DEL DEDUCIBLE Y HASTA EL **LÍMITE DE RESPONSABILIDAD**, LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** A CARGO DEL **ASEGURADO**, PROVENIENTES DE UNA **RECLAMACIÓN** PRESENTADA POR PRIMERA VEZ EN CONTRA DEL **ASEGURADO** DURANTE EL **PERIODO CONTRACTUAL** DERIVADA DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DE ACUERDO CON LA LEY(Y/O DURANTE EL **PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES**, EN CASO EN QUE ESTE ÚLTIMO SEA CONTRATADO), POR CAUSA DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** EN LA PRESTACIÓN DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES**.

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** POR LAS **RECLAMACIONES** DERIVADAS DE UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, MÉDICO AUXILIAR, FARMACEUTA, LABORATORISTA, ENFERMERÍA O ASIMILADOS, BAJO RELACIÓN LABORAL CON EL **ASEGURADO** O AUTORIZADOS POR ESTE PARA TRABAJAR EN SUS INSTALACIONES MEDIANTE CONTRATO Y/O CONVENIO ESPECIAL, AL SERVICIO DEL MISMO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LOS **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** QUE ORIGINEN UNA **RECLAMACIÓN** DEBEN HABER SIDO COMETIDOS CON POSTERIORIDAD AL INICIO DE LA **FECHA DE RETROACTIVIDAD** ESPECIFICADA EN LAS CONDICIONES

PARTICULARES Y CON ANTERIORIDAD A LA FINALIZACIÓN DEL **PERIODO CONTRACTUAL**.

2. COBERTURAS ADICIONALES

SUJETO A LA DEFINICIÓN DE COBERTURA PREVISTA EN EL PUNTO ANTERIOR Y A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA SE CUBREN LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

2.1. COBERTURA PARA CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS** Y/O **GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS RECONSTRUCTIVAS POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y LAS CIRUGÍAS CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.2. COBERTURA PARA EL SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, DERIVADAS DEL SUMINISTRO O PRESCRIPCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS O PROVISIONES MÉDICAS O DENTALES QUE HAYAN SIDO ELABORADOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRAS PERSONAS NATURALES O JURÍDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO SU ELABORACIÓN MEDIANTE CONVENIO ESPECIAL, QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO Y ESTÉN DIRECTAMENTE REGISTRADOS MEDIANTE AUTORIDAD COMPETENTE.

LA PRESENTE EXTENSIÓN APLICA EXCLUSIVAMENTE CUANDO DICHOS ERRORES PROVENGAN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN LA ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES INCLUYENDO EL SUMINISTRO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS A LOS PACIENTES EN CONEXIÓN CON LOS **SERVICIOS PROFESIONALES** DESCRITOS EN EL FORMULARIO O CARATULA DE LA PÓLIZA.

EN ESTE CASO EL **ASEGURADOR** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LAS PERSONAS NATURALES O JURIDICAS A QUIENES EL **ASEGURADO** HAYA DELEGADO LA ELABORACION DE MEDICAMENTOS Y ESTOS SEAN LOS CAUSANTES DEL DAÑO QUE ESTÉN MEDIANTE RELACION CONTRACTUAL O CONVENIO ESPECIAL CON EL ASEGURADO, SIN PERJUICIO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1099 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

2.3. COBERTURA PARA LA UTILIZACIÓN Y POSESIÓN DE INSTRUMENTOS PROPIOS DE LA MEDICINA

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD IMPUTABLE AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O GASTOS LEGALES** CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO**, POR LA POSESIÓN Y/O USO POR O EN NOMBRE DEL **ASEGURADO** DE APARATOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS, CON LA CONDICIÓN DE QUE DICHOS APARATOS ESTÉN RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA Y QUE EL **ASEGURADO** REALICE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DEL FABRICANTE.

2.4. COBERTURA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES

LA COBERTURA SE EXTIENDE A CUBRIR HASTA EL SUBLIMITE DE RESPONSABILIDAD INDICADO EN LA CARTATULA DE LA PÓLIZA IMPUTABLE DEL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS **DAÑOS Y/O**

GASTOS LEGALES CORRESPONDIENTES A LAS RECLAMACIONES AL **ASEGURADO** DERIVADA DE LOS DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES CAUSADOS POR EL **ASEGURADO**.

3. EXCLUSIONES

EL **ASEGURADOR** NO SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR **DAÑOS** NI **GASTOS LEGALES** DERIVADOS DE UNA **RECLAMACIÓN** POR RESPONSABILIDAD CIVIL, CUANDO DICHOS **DAÑOS** Y **GASTOS LEGALES** SEAN ORIGINADOS EN, BASADOS EN, O ATRIBUIBLES DIRECTA O INDIRECTAMENTE A:

3.1. MALA FE O DOLO Y RETRIBUCIONES IMPROCEDENTES

I. LA COMISIÓN DE CUALQUIER DELITO O CONDUCTA DOLOSA O GRAVEMENTE CULPOSA

II. EL HECHO DE QUE CUALQUIER **ASEGURADO** HAYA OBTENIDO CUALQUIER BENEFICIO O VENTAJA PERSONAL O PERCIBIDO CUALQUIER REMUNERACIÓN A LA CUAL NO TUVIESE LEGALMENTE DERECHO.

3.2. MULTAS Y SANCIONES

MULTAS O SANCIONES PECUNIARIAS O ADMINISTRATIVAS DE CUALQUIER NATURALEZA IMPUESTAS AL **ASEGURADO**.

3.3. RECLAMOS Y LITIGIOS ANTERIORES O PENDIENTES

RECLAMOS FORMULADOS A Y LITIGIOS ENTABLADOS Y CONOCIDOS POR EL **ASEGURADO** CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** A QUE SE REFIERE ESTA PÓLIZA, O QUE TENGAN COMO BASE O DE CUALQUIER MANERA SEAN ATRIBUIBLES A LOS MISMOS HECHOS, O ESENCIALMENTE LOS MISMOS HECHOS, QUE HUBIESEN SIDO ALEGADOS EN CUALQUIERA DE DICHOS LITIGIOS, AÚN CUANDO HAYAN SIDO INICIADOS CONTRA TERCEROS.

3.4. CIRCUNSTANCIAS ANTERIORES

HECHOS, CIRCUNSTANCIAS, O SITUACIONES QUE HAYAN SIDO CONOCIDAS O QUE RAZONABLEMENTE HA DEBIDO CONOCER EL **ASEGURADO**, EN O CON ANTERIORIDAD A LA **FECHA DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD** DE ESTA PÓLIZA.

3.5. SEGUROS ANTERIORES

HECHOS QUE YA HUBIESEN SIDO ALEGADOS, O A UN **ACTO MÉDICO ERRÓNEO** QUE YA HUBIESE SIDO ALEGADO O QUE HUBIESE ESTADO RELACIONADO CON CUALQUIER **RECLAMACIÓN** REPORTADA ANTERIORMENTE, O CUALESQUIERA CIRCUNSTANCIAS DE LAS CUALES SE HAYA DADO AVISO BAJO CUALQUIER CONTRATO DE SEGURO O PÓLIZA DE LA CUAL ÉSTA SEA UNA RENOVACIÓN O REEMPLAZO, O A LA QUE PUEDA EVENTUALMENTE REEMPLAZAR.

3.6. ASEGURADO CONTRA ASEGURADO

RECLAMACIONES PRESENTADAS EN BENEFICIO DIRECTO O INDIRECTO DE CUALQUIER OTRO **ASEGURADO** AMPARADO BAJO ESTA **PÓLIZA**.

QUEDA ESTIPULADO QUE LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA CUANDO EL AFECTADO ESTUVIERE EN LA CONDICIÓN DE PACIENTE.

3.7. ADMINISTRADOR O PROPIETARIO

LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS O GERENCIALES DEL **ASEGURADO** COMO PROPIETARIO, SOCIO,

ACCIONISTA, DIRECTOR, DIRECTOR EJECUTIVO, ADMINISTRADOR, JEFE DE DEPARTAMENTO, JEFE DE EQUIPO, JEFE DE GUARDIA, JEFE DE SERVICIO, DIRECTOR MÉDICO, O EN CUALQUIER CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y/O PROPIETARIA DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO, LABORATORIO, BANCO DE SANGRE O CENTRO MÉDICO, O CUALQUIER OTRO PROVEEDOR DE SERVICIOS.

3.8. PRÁCTICAS LABORALES

ORIGINADA EN, BASADA EN, O ATRIBUIBLE DIRECTA O INDIRECTAMENTE A **RESPONSABILIDAD DERIVADA DE INCORRECTAS PRÁCTICAS LABORALES**.

3.9. INCUMPLIMIENTO POR EXTRALIMITACIÓN PROFESIONAL Y GARANTÍAS PURAS

INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR EL **ASEGURADO**, DISTINTAS O QUE EXCEDAN LAS FIJADAS POR LA LEY PARA EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS POR EL **ASEGURADO**.

SE ENTIENDEN IGUALMENTE EXCLUIDAS LAS **RECLAMACIONES** POR EL INCUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES QUE CONLLEVEN LA GARANTÍA DE UN RESULTADO ESPECIFICO O DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO, QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.

3.10. GUERRA Y TERRORISMO

I. GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL SEAN ESTAS DECLARADAS O NO, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGOS EXTRANJEROS, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS O SIMILARES (SIN PERJUICIO DE QUE LA GUERRA HAYA SIDO O NO DECLARADA), HUELGA, PAROS PATRONALES, ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, O CONMOCIÓN CIVIL, LEVANTAMIENTO, PODER MILITAR O USURPADO.

II. CUALQUIER ACTO DE TERRORISMO INCLUYENDO PERO NO LIMITADO AL USO DE FUERZA O VIOLENCIA Y/O LA AMENAZA DE LA MISMA, DIRIGIDOS A O QUE CAUSEN DAÑO, LESIÓN, ESTRAGO O INTERRUPCIÓN O COMISIÓN DE UN ACTO PELIGROSO PARA LA VIDA HUMANA O PROPIEDAD, EN CONTRA DE CUALQUIER PERSONA, PROPIEDAD O GOBIERNO, CON OBJETIVO ESTABLECIDO O NO ESTABLECIDO DE PERSEGUIR INTERESES ECONÓMICOS, ÉTNICOS, NACIONALISTAS, POLÍTICOS, RACIALES O INTERESES RELIGIOSOS, SI TALES INTERESES SON DECLARADOS O NO.

3.11. CONTAMINACIÓN

I. CUALQUIER AMENAZA, REAL O SUPUESTA, DE DESCARGA, DISPERSIÓN, FILTRACIÓN, MIGRACIÓN, LIBERACIÓN O ESCAPE DE CONTAMINANTES EN CUALQUIER OCASIÓN; O

II. CUALQUIER REQUERIMIENTO, DEMANDA U ORDEN RECIBIDA POR UN **ASEGURADO** PARA MONITOREAR, LIMPIAR, REMOVER, CONTENER, TRATAR O NEUTRALIZAR, O DE CUALESQUIERA FUERA LA FORMA RESPONDER A, O CALCULAR LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES INCLUYENDO PERO NO LIMITANDO A CUALQUIER RECLAMACIÓN, JUICIO O PROCESO POR O EN NOMBRE DE UNA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL, UNA PARTE POTENCIALMENTE RESPONSABLE O CUALQUIER OTRA PERSONA FÍSICA O ENTIDAD POR DAÑOS DEBIDOS A PRUEBAS, MONITOREO, LIMPIEZA, REMOCIÓN, CONTENCIÓN, TRATAMIENTO, DESINTOXICACIÓN O NEUTRALIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LOS CONTAMINANTES.

3.12. DISCRIMINACIÓN

I. DISCRIMINACIÓN ILEGAL DE CUALQUIER TIPO QUE FUERE Y COMETIDA FRENTE A PACIENTES O CUALQUIER OTRA PERSONA.

II. HUMILLACIÓN O ACOSO, PROVENIENTE DE, O RELACIONADA CON TAL TIPO DE DISCRIMINACIÓN.

3.13. ASBESTOS

ASBESTOS, O A CUALQUIER DAÑO CORPORAL O DAÑO A BIENES TANGIBLES, CAUSADO POR ASBESTOS, O PRESUNTO ACTO, ERROR, OMISIÓN U OBLIGACIÓN QUE INVOLUCRE ASBESTOS, SU USO, EXPOSICIÓN, PRESENCIA, EXISTENCIA, DETECCIÓN, REMOCIÓN, ELIMINACIÓN, O USO DE ASBESTOS EN CUALQUIER AMBIENTE, CONSTRUCCIÓN O ESTRUCTURA.

3.14. REACCIÓN NUCLEAR

EFECTOS DE EXPLOSIÓN, ESCAPE DE CALOR, IRRADIACIONES PROCEDENTES DE LA TRANSMUTACIÓN DE NÚCLEOS DE ÁTOMOS DE RADIOACTIVIDAD, ASI COMO LOS EFECTOS DE RADIACIONES PROVOCADAS POR TODO ENSAMBLAJE NUCLEAR, ASI COMO CUALQUIER INSTRUCCIÓN O PETICIÓN PARA EXAMINAR, CONTROLAR, LIMPIAR, RETIRAR, CONTENER, TRATAR, DESINTOXICAR O NEUTRALIZAR MATERIAS O RESIDUOS NUCLEARES.

3.15. INFLUENCIA DE TÓXICOS

DAÑOS CAUSADOS POR EL **ASEGURADO** CUANDO EL PERSONAL PROFESIONAL O NO PROFESIONAL HAYA ACTUADO BAJO LA INFLUENCIA DE TÓXICOS, INTOXICANTES, NARCÓTICOS. ALCALOIDES O ALCOHOL BIEN SEA QUE HAYA SIDO O NO INDUCIDO POR UN TERCERO.

3.16. HONORARIOS

CONTROVERSIAS SOBRE EL MONTO, LIQUIDACIÓN O COBRO DE HONORARIOS PROFESIONALES.

3.17. RESPONSABILIDAD CIVIL POR PRODUCTOS

DISEÑO O MANUFACTURA DE BIENES O PRODUCTOS VENDIDOS, PROPORCIONADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** O POR OTRO BAJO SU PERMISO O MEDIANTE LICENCIA OTORGADA POR EL **ASEGURADO**. (LA PRESENTE EXCLUSIÓN NO APLICA A DEFECTOS DE PRODUCTOS O TRABAJOS TERMINADOS ELABORADOS O DISTRIBUIDOS POR EL **ASEGURADO** EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS **SERVICIOS PROFESIONALES** PARA LOS CUALES HAYA SIDO DESIGNADO, SI TALES DEFECTOS O ERRORES PROVIENEN DE FALLAS DEL **ASEGURADO** EN EL DISEÑO, ELABORACIÓN Y UTILIZACIÓN DE FÓRMULAS, PLANOS, ESPECIFICACIONES O INSTRUCCIONES).

3.18. TRANSFUSIONES DE SANGRE O POR LA ACTIVIDAD DE BANCOS DE SANGRE.

CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL **ASEGURADO** Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O SUS PROVEEDORES NO HUBIESEN CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HEMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS **ACTOS MÉDICOS**.

3.19. RESIDUOS, FILTRACIONES, CONTAMINANTES PATOLÓGICOS

FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y **GASTOS LEGALES** DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR O REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES.

3.20. ANESTESIA GENERAL

DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.

3.21. MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL

DAÑOS CAUSADOS POR MEDICAMENTOS Y/O APARATOS EN FASE EXPERIMENTAL O QUE NO SE ENCUENTREN REGISTRADOS ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, EN CASO DE SER NECESARIO SU REGISTRO CONFORME A LA LEGISLACIÓN DE LA MATERIA.

3.22. APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS

DAÑOS CAUSADOS POR **ACTOS MÉDICOS ERRÓNEOS** REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS, MEDICAMENTOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS.

3.23. SECRETOS PROFESIONALES

INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL **ASEGURADO**.

3.24. INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO

ACTOS MEDICOS ERRONEOS FRENTE A CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO CUYO OBJETIVO SEA LA INTERRUPCIÓN PREMATURA Y/O FORZADA DEL EMBARAZO.

3.25. CAMBIO DE SEXO

ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS Y RECLAMACIONES POR CUALQUIERA OFENSA SEXUAL, CUALQUIER QUE FUERE SU CAUSA.

3.26. DAÑOS GENÉTICOS

DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR HEREDADO Y/O IATROGÉNICO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO

3.27. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS

ACTOS MÉDICOS DE CIRUGIAS PLÁSTICAS O ESTÉTICAS.

3.28. RESPONSABILIDAD POR DEFECTOS DE FABRICACIÓN

RESPONSABILIDADES ATRIBUIDAS A LOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS, REMEDIOS O DISPOSITIVOS O EQUIPOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

3.29. RESPONSABILIDAD DIFERENTE A LA PREVISTA EN LA PÓLIZA.

RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL POR ACTIVIDADES DISTINTAS A LAS PROFESIONALES, RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, DIRECTORES Y ADMINISTRADORES ETC.

3.30. DAÑOS RELACIONADOS CON TRANSPORTE DE PACIENTES.

RESPONSABILIDAD RELACIONADA CON EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIAS O AERONAVES.

3.31. DAÑOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DOMICILIARIO.

3.32. FALTA DE AUTORIZACIÓN

CUANDO LA PRESTACIÓN DE **SERVICIOS PROFESIONALES** HAYA TENIDO LUGAR POR PARTE DE PERSONAS CON TARJETA PROFESIONAL, LICENCIA O PERMISO PARA DESEMPEÑARSE SUSPENDIDA, CANCELADA O REVOCADA POR AUTORIDAD COMPETENTE, O BIEN CUANDO ÉSTA HAYA EXPIRADO.

3.33. PROHIBICIONES LEGALES

ESTE SEGURO NO SE APLICA EN LA MEDIDA EN QUE LAS SANCIONES ECONÓMICAS O COMERCIALES U OTRAS LEYES O REGULACIONES NOS PROHÍBAN PROPORCIONAR EL SEGURO, INCLUIDO, ENTRE OTROS, EL PAGO DE RECLAMACIONES. TODOS LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LA PÓLIZA NO SE MODIFICAN.

3.34. FALLOS DE TUTELA

RECLAMACIONES ORIGINADAS O DERIVADAS DE FALLOS DE TUTELA EN LOS CUALES NO EXISTA UNA DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN CONTRA DEL **ASEGURADO**.

3.35. EVENTO CIBERNETICO

SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMACION O RECLAMO ORIGINADO POR, BASADO EN O RELACIONADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON UN **EVENTO CIBERNETICO**, INCLUYENDO PERO NO LIMITADO A LA OBTENCIÓN, MANEJO Y CUSTODIA DE **DATO**, **DATOS PERSONALES**, INFORMACION CONFIDENCIAL E HISTORIAS CLINICAS.

3.36 DAÑOS NO COMPRENDE

A. LAS MULTAS, SANCIONES Y PENAS DE ACUERDO CON LA EXCLUSIÓN 3.2.

B. DAÑOS PUNITIVOS Y EJEMPLARIZANTES.

C. LAS CANTIDADES QUE NO PUEDAN SER COBRADAS A LOS ASEGURADOS POR SUS ACREEDORES,

D. LAS CANTIDADES QUE SE DERIVEN DE ACTOS O HECHOS NO ASEGURABLES BAJO LAS LEYES COLOMBIANAS CONFORME A LAS CUALES SE INTERPRETE EL PRESENTE CONTRATO.

3.37 CONDUCTA SEXUAL

CONDUCTA SEXUAL ATRIBUIBLE AL ASEGURADO, CONDUCTA SEXUAL SIGNIFICA CUALQUIER ACTO VERBAL O NO VERBAL, COMUNICACIÓN, CONTACTO U OTRA CONDUCTA QUE INVOLUCRE ABUSO SEXUAL, INTIMIDACIÓN SEXUAL, ACOSO SEXUAL O DISCRIMINACIÓN.

4. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El Límite de Responsabilidad establecido en las condiciones particulares y/o en la carátula es la suma asegurada que es el máximo de responsabilidad del **Asegurador** en relación con todos los **Daños y Gastos Legales** amparados por esta póliza, independientemente de la cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**.

Cualquier sublímite especificado en esta póliza para una cobertura, extensión de cobertura o anexo, será el máximo de responsabilidad del **Asegurador** para esa cobertura, independientemente del número de **Daños**, **Gastos Legales**, cantidad de **Asegurados**, **Reclamaciones**, personas o entidades que efectúen tales **Reclamaciones**. A menos que se diga expresamente lo contrario, los sublímites hacen parte del límite de responsabilidad de la póliza y no se consideran en adición al mismo.

Los **Gastos Legales** están sujetos a y erosionan el límite de responsabilidad establecido. En consecuencia, el **Asegurador** no estará obligado, en ningún caso, a pagar **Daños** ni **Gastos Legales** que excedan el Límite de responsabilidad aplicable, una vez éste haya sido agotado.

Todas las **Reclamaciones** derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo** se considerarán como una sola **Reclamación**, la cual estará sujeta a un único límite de responsabilidad. Dicha **Reclamación** se considerará presentada por primera vez en la fecha en que la primera del conjunto de las **Reclamaciones** haya sido presentada, sin importar si tal fecha tuvo lugar durante o con anterioridad al inicio del **Periodo Contractual**. En todo caso, el conjunto de reclamaciones no estará cubierto si es anterior a la fecha de inicio del **Periodo Contractual**.

Así mismo, la serie de **Actos Médicos Erróneos** que son o están temporal, lógica o causalmente conectados por cualquier hecho, circunstancia, situación o evento, se considerarán un mismo **Acto Erróneo**, y constituirán una sola **Pérdida** y/o **Gastos Legales,** sin importar el número de reclamantes y/o **Reclamaciones** formuladas. La responsabilidad máxima del **Asegurador** por dichos **Daños** y/o **Gastos Legales**, no excederá el límite responsabilidad establecido en la carátula o en las condiciones particulares de esta póliza.

5. DEDUCIBLE

El **Asegurador** será exclusivamente responsable de pagar los **Daños** y/o **Gastos Legales** en exceso del deducible fijado en las condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1103 del Código de Comercio. El deducible estará desprovisto o de cobertura bajo la póliza; en consecuencia, no erosiona el límite y será asumido por el **Asegurado**

Se aplicará un solo deducible a los Daños **y**/o Gastos **Legales originados** en Reclamaciones derivadas del mismo **Acto Médico Erróneo**.

6. REGLAS SOBRE PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES POTENCIALES O RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

6.1 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES POTENCIALES

Si durante el **Período Contractual** o durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**, en caso de que éste último sea contratado, el **Asegurado** tuviere conocimiento de cualquier **Acto Médico Erróneo** que pueda razonablemente dar origen a una **Reclamación** cubierta por esta póliza, deberá durante el **Período Contractual**, dar notificación de ello al **Asegurador** dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha que lo haya conocido o debido conocer, mencionando todos los detalles que razonablemente conozca o deba conocer, incluyendo, pero no limitado a:

I. El **Acto Médico Erróneo** alegado.

II. Las fechas y personas involucradas;

III. La identidad posible o anticipada de los Demandantes;

IV. Las circunstancias por las cuales el **Asegurado** tuvo conocimiento por primera vez de la posible **Reclamación**.

Cumplidos estos requisitos, cualquier **Reclamación** posteriormente efectuada contra el **Asegurado** y proveniente de dicho **Acto Médico Erróneo**, que haya sido debidamente reportado al **Asegurador**, será considerada como efectuada en el **Período Contractual**.

6.2 NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES RECIBIDAS POR PRIMERA VEZ DURANTE EL PERIODO CONTRACTUAL

El **Asegurado**, deberán avisar al **Asegurador** acerca de la presentación de cualquier **Reclamación** judicial o extrajudicial al **Asegurado**, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la fecha quee la haya conocido o debido conocer.

Una vez recibida la **Reclamación**, el **Asegurador sugiere** al **Asegurado** suministrar la información, documentos comprobantes contables, facturas y pruebas necesarias para demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía, según lo exigido por la ley.

6.3 DEFENSA

El **Asegurado** debe tomar todas las medidas necesarias para adelantar una defensa adecuada de sus intereses y por lo tanto tiene la obligación de asumir la defensa de la **Reclamación**.

Para estos efectos, el **Asegurado** enviará al **Asegurador** la hoja de vida y cotización del abogado de su elección, para la aprobación **previa** tanto de su identidad como los honorarios. Una vez sean aprobados, con sujeción al artículo 1128 del Código de Comercio, el **Asegurador** pagará los **Gastos Legales** del **Asegurado** en la medida en que se vayan causando, aun cuando los hechos que den lugar a la **Reclamación** no tengan fundamento, pero siempre y cuando estos hechos no se encuentren desprovistos de cobertura o no estén excluidos de la póliza. Por lo tanto, el **Asegurador** no será responsable de asumir **Gastos Legales** que no hayan sido incurridos en la defensa de una **Reclamación** originada de un **Acto Médico Erróneo**.

Si se llegare a determinar que los gastos legales no están cubiertos por esta póliza, el **Asegurado** deberá rembolsar la integridad de los mismos al **Asegurador**.

El **Asegurado** debe mantener al **Asegurador** permanentemente informado sobre el desarrollo de la **Reclamación** en su contra.

El **Asegurador** podrá investigar cualquier **Reclamación** o **Acto Médico Erróneo** que involucre al **Asegurado** y tendrá el derecho de intervenir en y/o asumir la defensa y transacción de la **Reclamación**, de la manera que lo estime conveniente.

El **Asegurado** cooperará con el **Asegurador** y le suministrará toda la información y asistencia que el **Asegurador** pueda razonablemente requerir, incluyendo pero no limitada a, la presentación en audiencias, descargos y juicios y la asistencia para la celebración de arreglos, asegurando y suministrando evidencia, obteniendo la presencia de los testigos y adelantando la defensa de cualquier **Reclamación** cubierta por esta póliza. Así mismo, se abstendrá de realizar acto alguno que perjudique la posición del **Asegurador** o sus derechos de subrogación.

Si debido al incumplimiento de este deber se perjudicaran o disminuyeran las posibilidades de defensa de la **Reclamación**, el **Asegurador** podrá reclamar al Asegurado **los** daños y perjuicios derivados de dicho incumplimiento. Si el incumplimiento del **Asegurado** se produjera con la manifiesta intención de engañar al

Asegurador o si los reclamantes o los afectados obrasen de mala fe habrá lugar a la pérdida del derecho a la indemnización.

6.4 NO ADMISIÓN DE RESPONSABILIDAD

El **Asegurado** no podrá admitir su responsabilidad, asumir obligación alguna, transigir, conciliar o liquidar los asuntos objeto de la **Reclamación**, ni incurrir en **Gastos Legales** y gastos sin el consentimiento previo y por escrito del **Asegurador**.

7. DISTRIBUCIÓN.

En el evento en que una **Reclamación** de lugar a un **Daño** cubierto por esta póliza y al mismo tiempo por un **daño** no cubierto por la póliza, el **Asegurado** y el **Asegurador** distribuirán dicho **Daño** y **Gastos Legales** en la misma proporción en la que se distribuya la responsabilidad legal de las partes.

Cualquier distribución o anticipo de **Gastos Legales** en relación con una **Reclamación** no creará presunción alguna respecto a la distribución de otro **Daño** originado por dicha **Reclamación**.

Si **Asegurado** y **Asegurador** no lograren llegar a un acuerdo en relación con los **Gastos Legales** que deben ser desembolsados para la atención de dicha **Reclamación**, el **Asegurador** suministrará los **Gastos Legales** que considere razonablemente cubiertos bajo la póliza hasta que se acuerde o se determine una distribución diferente. Una vez acordada o determinada la distribución de **Gastos Legales**, estos serán aplicados de manera retroactiva a todos las **Gastos Legales** ya incurridos en relación con dicha **Reclamación**.

8. PERIODO ADICIONAL PARA RECIBIR RECLAMACIONES

El **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** se otorgará previa solicitud del **Asegurado**, si la póliza es terminada, revocada o no renovada por cualquier razón diferente al no pago de prima, o al incumplimiento de alguna obligación a cargo del **Asegurado** bajo la póliza, y siempre y cuando ésta no sea reemplazada por otra póliza de la misma naturaleza, tomada con esta o con otra **Compañía de Seguros**, a menos que la póliza nueva no otorgue cobertura retroactiva, se acuerda que el ofrecimiento, por parte del **Asegurador** de términos de renovación en condiciones diferentes a las de la vigencia que expira, no se entenderá como "no renovación" y por lo tanto no dará derecho a activar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**.

Durante el Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones, se cubrirán las **Reclamaciones** que sean formuladas por primera vez en contra del **Asegurado** durante dicho período, siempre que se basen en **Actos Médicos Erróneos** que generen un **Daño** y/o **Gastos Legales** cubiertos por la póliza y que se hayan presentado después de la **Fecha de Retroactividad** y hasta la fecha de entrada en vigor del **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. Cualquier Reclamación **presentada** durante el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** será considerada como si hubiere sido presentada durante el **Periodo Contractual** inmediatamente anterior.

Las condiciones del último **Periodo Contractual** de la póliza continuarán siendo aplicables al **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones**. La vigencia y la prima de este periodo serán las indicadas en las **Condiciones Particulares** de esta póliza y el límite de responsabilidad aplicable durante el **Periodo Adicional para recibir Reclamaciones** será el que continúe disponible a la expiración del último Periodo Contractual, no suponiendo de ninguna forma que el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** implique una reconstitución del límite de responsabilidad.

Para ejercer el derecho que esta cláusula otorga, el **Asegurado** deberá comunicar por escrito al **Asegurador** su intención de contratar el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** y pagar la prima establecida en las condiciones particulares dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha terminación, revocación o no renovación de la póliza.

9. CLÁUSULA DE REVOCACIÓN

Este contrato podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- Por el **Asegurador**, mediante comunicación escrita al Asegurado**,** enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días de antelación, contados a partir de la fecha del envío y sujeto a los términos del artículo 1071 del Código de Comercio Colombiano;

- Por el **Asegurado**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **Asegurador**.

En el primer caso, la revocación da derecho al **Asegurado** a recuperar la prima no devengada a prorrata del tiempo no transcurrido, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo

10. CONSERVACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

El **Asegurado** está obligado a mantener el estado del riesgo en los términos y condiciones del artículo 1060 del Código de Comercio. En tal virtud, deberá notificar por escrito al **Asegurador** los hechos o circunstancias que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación de no menos de diez (10) días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del **Asegurado**. Si la modificación del riesgo les es extraña, se deberá avisar al **Asegurador** dentro de los diez (10) días siguientes a la fecha en que se tengan conocimiento de este cambio que se presume dentro de los 30 días siguientes. Para efectos de determinar la oportunidad de esta notificación, se contará la fecha de recepción efectiva de la comunicación por parte del **Asegurador**.

11. SOLICITUD DE CAMBIOS EN TÉRMINOS Y CONDICIONES

La solicitud de cualquier intermediario o corredor de seguros o el conocimiento por parte de éstos últimos, de cambios solicitados por el **Asegurado** con respecto a los términos de la cobertura, no producirá un cambio en ninguna de las partes o condiciones de esta póliza; ni tampoco los términos de esta póliza, serán cambiados o modificados excepto mediante documento que se incorpore como parte integral de esta póliza, el cual deberá ser debidamente firmado por un representante autorizado del **Asegurador**.

12. SUBROGACIÓN Y REPETICIÓN

El **Asegurador**, una vez efectuados cualesquiera de los pagos previstos en esta póliza, se subrogará hasta el límite de tal o tales pagos y podrá ejercer los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al **Asegurado**.

Para estos efectos, el **Asegurado** prestará toda la colaboración que sea precisa para la efectividad de la subrogación, incluyendo la formalización de cualesquiera documentos que fuesen necesarios para dotar al **Asegurador** de legitimación activa para demandar judicialmente Así mismo, al **Asegurado** le está prohibido renunciar a sus derechos contra los terceros responsables del siniestro so pena de perder el derecho a la indemnización en caso de incumplir con esta condición.

Sin perjuicio de las exclusiones establecidas en esta póliza. Si el **Asegurado** actuó de mala fe o con dolo, el **Asegurado** deberá restituir los costos y/o **Gastos Legales** que el **Asegurador** pagó de manera anticipada. Si el **Asegurado** no hace la devolución de los pagos anticipados realizados por concepto de **Gastos Legales**, el

Asegurador puede presentar una demanda de recobro en contra del **Asegurado** por dicho concepto.

13. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Cuando cualquier **Daño** y/o **Gastos Legales** bajo esta póliza estuvieran también cubiertos, en todo o en parte, por otra póliza vigente emitida por otro **Asegurador**, esta póliza cubrirá, con sujeción a sus términos y condiciones, dicho **Daño** y/o **Gastos Legales** solo en la medida en que su importe sobrepase el límite de indemnización de dicha póliza agotado íntegramente por el pago en moneda de curso legal de **Pérdida** y/o **Gastos Legales** cubiertas bajo dicha póliza, y únicamente en cuanto a dicho exceso. En el caso de que tal póliza esté suscrita solamente como seguro de exceso específico por encima del **Límite de Responsabilidad** establecido en esta póliza, el **Daño** y/o **Gastos Legales** será cubierta por esta póliza con sujeción a sus términos y condiciones.

14. COMUNICACIONES

Cualquier notificación o comunicación deberá dirigirse al **Asegurador**, quien es el único autorizado para responderla. Para efectos de la contabilización de términos, se entenderá como entregada cualquier comunicación al **Asegurador** la fecha en que éste efectivamente la reciba.

15. FORMULARIO DE SOLICITUD

Para emitir esta póliza el **Asegurador** se ha basado en la información y declaraciones contenidas en el **Formulario de Solicitud**, cuestionarios complementarios, estados financieros y demás información exigida para la suscripción y presentada al **Asegurador** antes de la iniciación de la vigencia y durante el **Periodo Contractual**. Dichas declaraciones son la base de la aceptación del riesgo y de los términos y condiciones de esta póliza, y por lo tanto se considerarán como parte integrante de la misma.

16. CESIÓN

Esta póliza y todos y cualquiera de los derechos en ella contenidos, no podrán ser objeto de cesión sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

17. PAGO DE PRIMAS

El **Tomador** está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del **Asegurador** o en el de sus representantes o agentes debidamente autorizados.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al **Asegurador** para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

18. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **Asegurado** y/o los beneficiarios perderán los derechos provenientes de la presente póliza en los siguientes supuestos, sin perjuicio de los demás casos establecidos en la ley:

I. Si hubiese en el siniestro o en la **Reclamación** dolo o mala fe del **Asegurado**, beneficiarios, causahabientes o apoderados.

II. Por renunciar a los derechos contra el responsable del siniestro

19. DELIMITACION TEMPORAL

La cobertura de esta póliza, en desarrollo del inciso 1 del artículo 4 de la Ley 389 de 1997, es aplicable a las **Reclamaciones presentadas** por primera vez contra cualquier **Asegurado** durante el **Periodo Contractual** o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** en caso en que este último sea contratado. Los
hechos que dan origen a la **Reclamación** deben ser posteriores a la **Fecha de Retroactividad**.

20. RENOVACION

Para solicitar la renovación de la póliza, el **Asegurado** deberá proporcionar al **Asegurador**, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento del **Periodo Contractual**, la solicitud de seguro y la información complementaria. Con base en el estudio de esta información, el **Asegurador** determinará los términos y condiciones para el nuevo Periodo Contractual.

21. PÉRDIDAS EN MONEDA EXTRANJERA

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda extranjera distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, ésta será convertida y pagada en la moneda establecida en dichas condiciones, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que se quede ejecutoriada (o), el laudo arbitral o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

En el caso en que el **Daño** y/o **Gastos Legales** sean expresados en moneda colombiana y ésta sea distinta a la establecida en el límite de responsabilidad de las Condiciones Particulares de la presente póliza, esta será convertida y pagada en moneda legal Colombiana, de acuerdo con la Tasa Representativa del Mercado oficial (TRM) del día que quede ejecutoriada (o) la sentencia final, el laudo arbitral, o se suscriba el acuerdo transaccional para el **Daño**, o el día de emisión de la factura para los **Gastos Legales**, según el caso.

22. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLES

El presente contrato queda sometido a la Ley Colombiana y en particular, al Código de Comercio y legislación complementaria en materia de seguros y a la jurisdicción colombiana.

23. DELIMITACIÓN TERRITORIAL

La cobertura y extensiones de cobertura de esta póliza son aplicables a las **Reclamaciones** presentadas en los territorios establecidos en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares en la sección de delimitación territorial y que sean originadas por un **Acto Médico Erróneo** cometido en dichos territorios.

24. MANEJO DE INFORMACIÓN

El **Tomador** y el **Asegurado** autorizan al **Asegurador** para que con fines estadísticos y de información entre compañías, entre éstas y las autoridades competentes y con fines de administración de

información a través de terceros debidamente autorizados, consulte, almacene, administre, transfiera y reporte a las centrales de datos que considere necesario o a cualquier otra entidad autorizada que se encuentre en el territorio nacional o fuera de éste, la información derivada del presente contrato de

seguros y que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente se deriven del contrato de seguros, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás información que surja del presente contrato el cual, el **Tomador** y el **Asegurado** declaran conocer y aceptar en todas sus partes.

25. GARANTIAS

El **Asegurado** está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

El **Asegurado** garantizará, so pena de que el contrato se dé por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del código de comercio que en la práctica profesional se sujetará a lo dicho a continuación y que exigirá a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el **Asegurado**:

a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas pertinentes o que las modifiquen, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.

b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.

c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 MINSALUD)

e) Colaborar con el **Asegurador**, o con el representante nombrado por el mismo:

- Proveyendo todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar a los efectos de determinar su participación y/o responsabilidad.
- Autorizando a éstos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando éstos no estén en posesión del **Asegurado**.
- Cooperando en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo reclamo o litigio.
- Comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación

(deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.

- Haciendo valer contra terceras personas, físicas o jurídicas, cualquier derecho que el **Asegurador** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.

- Permitiendo al **Asegurador** efectuar transacciones o consentir sentencias.

- No efectuando ninguna confesión, aceptación de hechos con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial, oferta, promesa, pago o indemnización sin el previo consentimiento por escrito del **Asegurador**.

- Conservando en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de pacientes.

26. DEFINICIONES

a. Acto Médico

Significa conjunto de procedimientos clínicos profesionales prestados a pacientes por el **Asegurado** y/o sus empleados en calidad de profesionales, técnicos y/o auxiliares para las áreas de la salud debidamente autorizados conforme a la Leyes aplicables y especificados en la Carátula de la Póliza y/o Anexos.

Se entienden como Actos Médicos: consulta médica, diagnóstico, prescripción, servicios de laboratorio, recomendación terapéutica, administración de medicamentos, procedimientos quirúrgicos, emisión de documentos médicos, historia clínica, rehabilitación y demás procedimientos médicos profesionales necesarios para el ejercicio profesional o tratamiento de un Paciente.

b. Acto Médico Erróneo

Significa cualquier **Acto Médico** u omisión, real o supuesto, que implique falta de mesura, cuidado, cautela, precaución o discernimiento; impericia; mal juicio; error; abandono y/o insuficiencia de conocimientos exigidos por la normatividad vigente, literatura y prácticas médicas universalmente aceptadas y relacionado con los **Servicios Profesionales** prestados por el **Asegurado** y que conforme a la ley generan responsabilidad civil del **Asegurado**.

c. Asegurado

Se considera como **Asegurado** el establecimiento médico asistencial, sea persona jurídica de derecho público, privado o mixto, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la solicitud de seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción de los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto a los antecedentes, práctica, tipo de organización instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de solicitud de seguro. Esta pólizaa de seguro otorga al **Asegurado** todos los derechos, cargas y obligaciones estipulados bajo la misma.

d. Asegurador

Significa Chubb Seguros Colombia S.A.

e. Contaminantes

Significan cualquier contaminante o irritante sólido, líquido, gaseoso o térmico, incluyendo sin estar limitado a, humo, vapor, hollín, emanaciones, ácidos, álcalis, químicos, y desechos. Los desechos incluyen los materiales para ser reciclados, reacondicionados o reclamados.

f. Gastos Legales

Significa honorarios (incluidos honorarios de abogados y peritos) y las costas del proceso, o sea los gastos razonables y necesarios que hayan sido aprobados por el **Asegurador** previamente a ser incurridos, y que resulten única y exclusivamente de una **Reclamación** iniciada contra el **Asegurado** derivados de un **Acto Médico Erróneo**, que se generen de la comparecencia del **Asegurado** en un proceso civil o en un proceso extrajudicial. No se incluirán salarios, honorarios o gastos legales de directores, ejecutivos o empleados del **Asegurado**.

Se entenderán incluidos, como **Gastos Legales** en los casos de una **Reclamación** cubierta por esta póliza la prima pagada para obtener fianza judicial o garantía bancaria sobre el patrimonio personal de **Asegurado**.

g. Daños

Significa cualquier suma, indemnización o monto compensatorio por el cual el **Asegurado** resulte legalmente obligado a pagar como responsable civil a consecuencia de una **Reclamación** proveniente de un **Acto Médico Erróneo**.

Daños no comprende:

a. Las multas, sanciones y penas de acuerdo con la exclusión 3.2.

b. Daños punitivos y ejemplarizantes.

c. Las cantidades que no puedan ser cobradas a los **Asegurados** por sus acreedores,

d. Las cantidades que se deriven de actos o hechos no asegurables bajo las leyes colombianas conforme a las cuales se interprete el presente Contrato.

h. Dato

Significa cualquier información, hechos o programas, archivados, creados, usados o transmitidos en cualquier hardware o software que permita funcionar a un computador y a cualquiera de sus accesorios, incluyendo sistemas y aplicaciones de software, discos duros o diskettes, CD-ROMs, cintas, memorias, células, dispositivos de procesamiento de datos, o cualquier otro medio que sea utilizado con equipos controlados electrónicamente o cualquier otro sistema de copia de seguridad. Dato no constituye un bien tangible.

i. Datos Personales

Significa el nombre, nacionalidad, número de identidad o número de seguro social, datos médicos o de salud, u otra información sobre la salud protegida, número de licencia de conducir, número de identificación estatal, número de tarjeta de crédito, número de tarjeta débito, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, número de cuenta, historial contable o contraseñas; y cualquier información personal no pública como se define en las Regulaciones de Privacidad; en cualquier formato, si tal información crea la posibilidad de que un individuo sea identificado o contactado.

j. Evento Cibernético

Significa:

a. Una violación de la seguridad de la red

b. Uso no autorizado de una red informática

c. Un virus de Computadora

d. Daño, alteración, robo o destrucción de datos

k. Fecha de Retroactividad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares. En caso de no estar especificadas será la misma fecha de **Reconocimiento de Antigüedad**.

l. Periodo Contractual

Significa la vigencia de la póliza, es decir el tiempo que media entre la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o condiciones particulares y la terminación, expiración o revocación de esta Póliza.

m. Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones

Significa el periodo posterior a la expiración de la vigencia de la póliza durante el cual, si este es contratado, se cubrirán los **Reclamos** presentados por primera vez durante dicho periodo, en los términos y condiciones previstos en la Cláusula 8 de la presente póliza.

n. Responsabilidad Derivada de Incorrectas Prácticas Laborales

Significa cualquier reclamación derivada de violaciones reales o presuntas de leyes laborales, o cualquier otra normatividad que regule una reclamación laboral presente o futura de la compañía, presentadas por ex - empleados, empleados y candidatos a ser empleados de la compañía, en contra de cualquier asegurado o empleado de la compañía.

o. Reclamación

Significa todo reclamo extrajudicial, demanda o proceso, ya sea civil, o arbitral en contra del **Asegurado**, para obtener la reparación de un daño patrimonial o extrapatrimonial originado por un **Acto Médico Erróneo**, incluyendo:

- Cualquier notificación o requerimiento escrito en contra del **Asegurado** que pretenda la declaración de que el mismo es responsable, de un Daño **como** resultado o derivado de un **Acto Médico Erróneo**.

Lo anterior se considerará **Reclamación** siempre y cuando se presenten por primera vez contra el **Asegurado** durante el periodo contractual o el **Periodo Adicional para Recibir Reclamaciones** si hubiese sido contratado y estén relacionadas con un **Daño** y/o **Gastos** Legales cubiertos bajo la presente póliza.

p. Reconocimiento de Antigüedad

Significa la fecha especificada en las condiciones particulares y que constituye el momento a partir del cual el **Asegurado** ha mantenido cobertura con el **Asegurador** en los términos de esta póliza.

q. Servicios Profesionales

Significa únicamente aquellos **Actos Médicos** realizados por personal profesional del **Asegurado** o autorizado por éste, en desarrollo de los servicios para los cuales se encuentra habilitado el Asegurado e informados previamente en la Carátula de la Póliza y/o Anexos y que el Asegurado preste a pacientes y en cuya prestación el Asegurado reciba un pago o bien, cuando actúe en cumplimiento de su deber de prestar asistencia en casos de notoria urgencia.

r. Tomador

Persona natural o jurídica señalada condiciones particulares y/o en la carátula de la póliza como tal.

DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO – Chubb Seguros Colombia S.A.
Ustáriz & Abogados. Estudio Jurídico
Bogotá D.C., Colombia.
Carrera 11A # 96 – 51. Oficina 203 – Edificio Oficity.
PBX: (571) 6108161 / (571) 6108164
Fax: (571) 6108164
e-mail: defensoriachubb@ustarizabogados.com
Página Web: https://www.ustarizabogados.com
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 8:00 a.m. A 6:00 p.m.

Chubb Seguros Colombia S.A. Chubb.com/co
Nit. 860.026.518-6
Bogotá, D.C. Colombia

Tenemos el agrado de informarle que mediante Resolución No. 1173 del 16 de septiembre del presente año, la Superintendencia Financiera de Colombia aprobó la fusión entre ACE Seguros S.A. y Chubb de Colombia Compañía de Seguros S.A., y a partir del 01 de noviembre somos Chubb Seguros Colombia S.A., identificada con el NIT: 860.026.518-6, entidad que de ahora en adelante asumirá sus riesgos.

El grupo Chubb se transformó en el conglomerado de empresas de seguros de propiedad y responsabilidad civil más grande del mundo que cotiza en bolsa, desde que se completó el proceso de adquisición en enero de este año.

Chubb, se distingue por su amplia oferta de productos y servicios, excepcional fortaleza financiera, suscripción superior y atención de siniestros.

Pensando en su comodidad, la compañía ha habilitado los siguientes canales de pago:

Internet	Bancos

Opción 1: PSE
Pago a través de Servicio de pagos en Líaea - PSE. Ea PSE usted podrá realizar el pago (total o parcial /cuotas) de sus pólizas o eadosos, debitaado el valor de cualquier eatidad fiaaaciera doade teaga la cueata corrieate o de ahorros.

Iagrese a www.chubb.com/co / Servicios ea Líaea / Pagos ea Líaea.

Los pagos coa tarjeta de crédito (Visa, MasterCard, Diaers y Americaa Express) se realizaráa a través de este medio (Servicio de pagos ea líaea - PSE).

Opción 2: PORTAL BANCOLOMBIA
Pago a través de Portal Baacario BANCOLOMBIA, ea el cual usted podrá realizar el pago de sus pólizas o eadosos, siempre y cuaado el pago lo vaya a realizar de uaa cueata corrieate o de ahorros de esta eatidad fiaaaciera.

Iagrese a www.grupobaacolombia.com

Opción 1: TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA a:
BANCOLOMBIA Cta. Corrieate # 048-026518-07 CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025 DAVIVIENDA Cta. Corrieate # 5169-90066
Iacluir ea el campo "Descripcióa" **o su equivalente los datos de: Ramo, número de póliza y certificado.**

Opción 2: Consignación en cheque o efectivo en CUENTAS CONVENIO:
BANCOLOMBIA Coaveaio 7178
CITIBANK Cta. Ahorros # 5019884025
Tambiéa puede realizar pagos ea efectivo (máximo $ 1.000.000) ea cualquier puato de la red "Vía Baloto", citaado la Cta. Ahorros # 5019884025 de CITIBANK.

Ea caso de realizar su pago utilizaado cualquiera de las alteraativas de la Opcióa 2, iacluya ea el campo "Detalle" o "Refereacia de pago" del comprobaate de coasigaacióa: **el ramo, número de póliza y certificado**. Los cheques debea ser girados a aombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

Eavíe comprobaate de coasigaacióa a: pagos.clieates@chubb.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Pago Codigo de Barras "Cupon de Pagos"

Realice su pago con Código de Barras, en cheque o efectivo, en cualquiera de los siguientes bancos:

- Banco de Occidente Bancolombia
- Banco Davivienda

Los cheques deben ser girados a nombre de Chubb Seguros Colombia S.A. NIT. 860.026.518-6.

También, realice sus pagos presentando el Código de Bárras y sólo en efectivo, en todas las cajas de los almacenes del Grupo Exito (Exito, Carulla, Surtimax, Pomona y HomeArt).

Financiación

Las siguientes entidades ofrecen el servicio de financiación de primas de seguros de Chubb:

- Credivalores S.A.
- Finesa S.A.
- Banco Pichincha S.A.
- Servifin

La financiación de primas de seguros que un tomador realice sobre los productos de Chubb Seguros Colombia S.A., se realiza directamente por acuerdo expreso del tomador de la póliza y la entidad financiera, por lo cual Chubb Seguros Colombia S.A. no se hace responsable por el servicio prestado por estas entidades.

IMPORTANTE: Cuando el Tomador y/o Asegurado realice pagos a través de terceros por él contratados como fiduciarias, carteras colectivas, corredores de bolsa, casa matriz, etc., deberá enviar soporte del pago a Chubb Seguros Colombia S.A. al correo electrónico pagos.clientes@chubb.com y a su intermediario de seguros.

Descubra el nuevo Chubb en chubb.com/co

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Nit: 860.026.518-6
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00007164
Fecha de matrícula: 21 de marzo de 1972
Último año renovado: 2020
Fecha de renovación: 18 de marzo de 2020
Grupo NIIF: Entidades públicas que se clasifiquen según el Artículo No. 2 de la Resolución 743 del 2013, según la Contaduría General de la Nación (CGN).

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 7 # 71 - 21 To B P 7
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificacioneslegales.co@chubb.com
Teléfono comercial 1: 3190300
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 7 # 71 - 21 To B P 7
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: notificacioneslegales.co@chubb.com
Teléfono para notificación 1: 3190300
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

Constanza del Pilar Pulido Trujillo

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

REFORMAS ESPECIALES

Que por Escritura Pública No. 0809 Notaría 10 de Bogotá del 11 de marzo de 1.988 inscrita el 14 de marzo de 1.988 bajo el No.231.117 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: "SEGUROS COLINA S.A. Por el de: CIGNA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 000809 de Notaría 10 de Bogotá, D.C. del 11 de marzo de 1988, inscrita el 17 de marzo de 1988 bajo el No. 00217391 del libro IX, la sociedad cambió el nombre por: CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 003583 de Notaría 18 de Santa Fe de Bogotá, D.C. Del 07 de septiembre de 1999, inscrita el 14 de septiembre de 1999 bajo el No. 00696123 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A., por el de: ACE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1482 de la Notaría 28 de Bogotá D.C. Del 21 de octubre de 2016, inscrita el 1 de noviembre de 2016 bajo el número 02154169 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: ACE SEGUROS S.A., por el de: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

Que por E.P. No. 1071 de la Notaría 10 de Bogotá del 4 de abril de 1988, inscrita el 15 de abril de 1988 bajo el No. 233521 del libro IX, la sociedad se fusiono, absorbiendo a la compañía la CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1498 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 25 de octubre de 2016, inscrita el 1 de noviembre de 2016 bajo el número 02154138 del libro IX, la sociedad de la referencia (absorbente) absorbe mediante fusión a la sociedad CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. La cual se disuelve sin liquidarse,

transfiriendo en bloque la totalidad de sus activos y pasivos.

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Que mediante Oficio No. 2436 del 20 de agosto de 2019, inscrito el 30 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179553 del libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bucaramanga, comunicó que en el Proceso Verbal (Responsabilidad Civil Extracontractual) No. 68001310300420190019600 de Aminta Gaona de Prada, Eliecer Gaona Martínez y Eduardo Gaona Martínez, contra: AUTOPISTAS DE SANTANDER S.A. y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0499 del 06 de marzo de 2020, el Juzgado 4 Civil del Circuito de Montería (Cordoba), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso demanda verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23-001-31-03-004-2020-00035-00 de: David Jose Morinson Negrete CC. 1.067.881.227, Contra: Jaime Andres Uribe Ballena CC. 1.065.889.878, BANCO BBVA COLOMBIA SA, el cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de Agosto de 2020 bajo el No. 00184902 del libro VIII.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 8 de octubre de 2069.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá por objeto principal la realización de operaciones de seguro, bajo las modalidades y ramos facultados expresamente por la superintendencia bancaria y aquellas previstas en la ley con carácter especial. Así mismo, podrá efectuar operaciones de reaseguro en los términos que establezcan las disposiciones legales sobre el particular, o las de cualquier otro país donde establezca sucursales o agencias. En desarrollo de su objeto principal, la sociedad podrá ejecutar toda clase de negocios afines al de seguro que la ley colombiana autorice a las compañías de seguros generales o

comerciales, sea que estos negocios se desarrollen en el país o en el exterior y hacer las inversiones en bienes raíces o muebles legalmente permitidas, pudiendo participar en otras sociedades de cualquier tipo y cualquiera que sea su objeto, ya sean constituidas o en el acto de su constitución. Además, la sociedad podrá dar y recibir créditos, recibiendo u otorgando garantías reales y personajes, adquirir y enajenar a cualquier título toda clase de bienes muebles e inmuebles, gravarlos a cualquier título y cambiarles su forma, celebrar el contrato comercial de cambio en todas sus manifestaciones y, en consecuencia, aceptar, girar, descontar, adquirir, endosar, garantizar, protestar, dar en garantía toda clase de títulos valores, así como para realizar operaciones de libranza, y en general, ejecutar o celebrar toda clase de actos lícitos que tiendan directamente a la realización de su objeto social principal y las que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legal o convencionalmente derivadas de la existencia y actividad de la sociedad.

CAPITAL

* CAPITAL AUTORIZADO *

Valor	: $0,00
No. de acciones	: 0,00
Valor nominal	: $0,00

* CAPITAL SUSCRITO *

Valor	: $0,00
No. de acciones	: 0,00
Valor nominal	: $0,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor	: $0,00
No. de acciones	: 0,00
Valor nominal	: $0,00

Aclaración Capital

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

** Capital Autorizado **
Valor : $66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : $45.5277215701456

** Capital Suscrito **
Valor : $66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : $45.5277215701456

** Capital Pagado **
Valor : $66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : $45.5277215701456

NOMBRAMIENTOS

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN

JUNTA DIRECTIVA

Mediante Acta No. 90 del 26 de noviembre de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 12 de febrero de 2020 con el No. 02552149 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Obregon Trillos Manuel Francisco	C.C. No. 000000079151183
Segundo Renglon	Afanador Garzon Oscar Luis	C.C. No. 000000019490945
Tercer Renglon	Montenegro Ramirez Alvaro Joaquin	C.C. No. 000000079485188
Cuarto Renglon	Sevilla Muñoz Fabricio	P.P. No. 000001707261366
Quinto Renglon	Sarniguet Kuzmanic	P.P. No. 000000P08841264

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

Vivianne

SUPLENTES CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Orozco Vasconsellos Ivonne	C.C. No. 000000049786217
Segundo Renglon	Garcia Moncada Gloria Stella	C.C. No. 000000039782465
Tercer Renglon	Salcedo Roberto	P.P. No. 000000488390096
Cuarto Renglon	Pazmino Cabrera Xavier Antonio	P.P. No. 000000908889264
Quinto Renglon	Chaves Lopez Jaime	C.C. No. 000000079693817

REVISORES FISCALES

Mediante Acta No. 88 del 27 de marzo de 2018, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 31 de mayo de 2018 con el No. 02345290 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PWC CONTADORES Y AUDITORES LTDA	N.I.T. No. 000009009430484

Mediante Documento Privado No. 220844 del 12 de octubre de 2018, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de diciembre de 2018 con el No. 02402761 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Ruiz Gerena Claudia Yamile	C.C. No. 000000052822818 T.P. No. 129913-T

Mediante Documento Privado No. SIN NUM del 2 de julio de 2020, de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de septiembre de 2020 con el No. 02612989 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Bolivar Lopez Andres Eduardo	C.C. No. 000001030538232 T.P. No. 169279-T

PODERES

Que por Escritura Pública No. 1442 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 3 de noviembre de 2015, inscrita el 2 de diciembre de 2015 bajo el No. 00032689 del libro V, compareció Oscar Javier Ruiz Mateus identificado con cédula de ciudadanía No. 79.341.937 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Jaime Rodrigo Camacho Melo, Varón colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en Bogotá D.C., identificado con cédula ciudadanía No. 79.650.508 expedida en Bogotá y con la tarjeta profesional de abogado número 75.792 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura para que represente legal, jurídicamente y judicialmente a ACE SEGUROS S.A., en todos los asuntos de carácter administrativo, judicial, extrajudicial y arbitral, que conciernan a ACE SEGUROS S.A., y para que lleve a cabo los siguientes actos, en cualquier orden y sin consideración a su cuantía y calidad. 1, representación: para que represente a ACE SEGUROS S.A., ante cualquier persona natural o jurídica, de derecho público o privado, de carácter nacional o internacional y ante cualquiera juzgado, despacho judicial, cuerpo colegiado o tribunal, asamblea, junta, reunión, sociedad, consorcio, corporación, entidad, patrimonio autónomo, establecimiento, oficina, dirección, sección, que pertenezcan o no, o que estén vinculados o adscritos al estado o a la nación, a los departamentos, distritos, municipios, ministerios, departamentos administrativos, empresas industriales y comerciales del estado, establecimientos públicos, sociedad de economía mixta, Notarías y en general a toda la rama ejecutiva o administrativa, judicial o jurisdiccional y legislativa del poder público del estado, en cualquier acto, petición, actuación, diligencia, trámite o proceso en cualquier calidad. El apoderado podrá en representación de ACE SEGUROS S.A., absolver interrogatorios de parte, declarar y confesar. 2. Tribunal de arbitramento: Para que someta a la decisión de

árbitros conforme a la ley y normas relacionadas, las controversias susceptibles de transacción relativas a los derechos y obligaciones de ACE SEGUROS S.A. y para que represente a la mencionada aseguradora donde sea necesario en el trámite de procesos arbitrales. 3. Apoderado judicial: Para que represente a ACE SEGUROS S.A. ante cualquier autoridad jurisdiccional o judicial en toda clase de procesos, juicios, trámites, diligencias, como demandante, demandado, llamado en garantía u otra calidad, sean civiles, comerciales, laborales, contenciosas administrativas, arbitrales y demás jurisdicciones que existan actualmente o puedan existir, teniendo las facultades que le confiere la ley y este mandato en general, más las de notificarse personalmente de toda providencia, contestar demandas y llamamientos en garantía, presentar e interponer recursos, promover incidentes, recibir, transigir, novar, conciliar, desistir y renunciar, sustituir total o parcialmente y reasumir, y las demás que sean necesarias para que nunca quede sin representación ACE SEGUROS S.A., judicial o extrajudicialmente ante autoridades judiciales, arbitrales o administrativas. 4. Conciliar y transigir: Para que concilie total o (sic) procesal, judicial o extrajudicialmente, cualquier tipo de (sic) negocios, ante juez, magistrado, arbitro, notario o conciliador (sic) general que esté adscrito o haga parte o no de cualquier (sic) entidad, fundación, asociación, consultorio jurídico, centro (sic) conciliación, centro de arbitraje, etc.; para que transija, (sic) arregle negocios, pleitos, procesos o trámites y diferencias (sic) ocurran respecto de los actos y contratos, derechos y obligaciones de ACE SEGUROS S.A. El apoderado en el evento de conciliación podrá presentar al conciliador, o a quien haga sus veces, todas las pruebas, documentos y excusas necesarios o a que haya lugar para que se pueda celebrar la respectiva audiencia. 5. Sustitución y revocación: Para que sustituya y reasuma total o parcialmente el presente poder y revoque sustituciones. 6. General: En general para que asuma la personería de ACE SEGUROS S.A., cuando lo estime conveniente y necesario, de tal modo que en ningún caso quede sin representación en sus negocios. Segundo: revocabilidad: ACE SEGUROS S.A., se reserva expresamente la facultad de revocar total o parcialmente el presente mandato, en cualquier momento y por cualquier razón. Para ello bastará que ACE SEGUROS S.A. Eleve a escritura pública la revocación y solicitud al señor notario para que este ordene, a quien corresponda, hacer la respectiva nota de revocación o cancelación sobre el texto de la presente escritura pública que contiene al presente poder general. Tercero: Vigencia: El presente poder tendrá vigencia indefinida a partir de la fecha de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

---

otorgamiento de la presente escritura pública.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1599 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 24 de noviembre de 2016, inscrita el 6 de diciembre de 2016 bajo los No. 00036435 y 00036439 del libro V, compareció Jaime Chaves Lopez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.693.817 expedida en Bogotá D.C., en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio y suficiente, a favor de Carlos Humberto Carvajal Pabon, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.354.035 y tarjeta profesional número 33041 del Consejo Superior de la Judicatura y a Gustavo Alberto Herrera Avila, identificado con cédula de ciudadanía número 19.395.114 y con tarjeta profesional número 39116 del Consejo Superior de la Judicatura (los _apoderados_), para que en nombre y representación de la sociedad, realice los siguientes actos: Comparecer en juicio y representar a la sociedad en toda clase de asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos, teniendo todas aquellas funciones y facultades para ejercer dicha representación. Los apoderados en desarrollo de la representación legal de la sociedad para asuntos de índole judicial o administrativa, tendrán la facultad de imponerse de toda clase de notificaciones legales, confesar, interponer y sustentar recursos, contestar demandas, demandar y contra demandar, pedir y allegar pruebas, intervenir en todas las etapas, instancias e incidentes de los procesos o actuaciones judiciales o administrativas, rendir informes, absolver interrogatorios en diligencia de confesión judicial y extrajudicial, desistir, conciliar, transigir, recibir, conferir poderes y revocarlos y en general para que asuma la personería y representación de la sociedad CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. En todos aquellos asuntos judiciales o administrativos que estime necesario y conveniente a los intereses de esta sociedad, de manera tan amplia que está ningún caso quede sin representación en dicha clase de asuntos.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 1060 de la Notaría 28 de Bogotá, del 02 de octubre de 2018, inscrito el 12 de octubre de 2018 bajo el número 00040208 del libro V, Manuel Francisco Obregón Trillos identificado con cédula de ciudadanía No. 79.151.183 de Bogotá en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente instrumento confiere poder especial, amplio y suficiente a favor de Olivia Stella Viveros Arcila identificada con cédula de ciudadanía No. 29.434.260 y/o María Del Mar García de Brigard,

identificada con cédula de ciudadanía No. 52.882.565 y/o Gloria Stella García Moncada, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.782.465 y/o Ivonne Orozco Vasconsellos identificada con cédula de ciudadanía No. 49.786.217 y/o Carolina Isabel Rodriguez Acevedo, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.417.444 y/o Daniel Guillermo García Escobar identificado con cédula de ciudadanía No. 16.741.658 (los apoderados) para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. Los apoderados estarán facultados para negociar, suscribir, actualizar certificaciones derivadas de las mismas. III) Los apoderados tienen la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

Que por Escritura Pública No. 1585 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 22 de noviembre de 2016, inscrita el 29 de noviembre de 2016 bajo los No. 00036239, 00036240, 00036241, 00036242, 00036243 y 00036244 del libro V, compareció Maria Del Mar Garcia de Brigard identificada con cédula de ciudadanía No. 52.882.565 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente a Oscar Luis Afanador Garzon identificado con cédula de ciudadanía No. 19.490.945; y/o a Maria Patricia Aragon Velez, identificada con cédula de ciudadanía No. 43.510.821; (los apoderados), para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. Los apoderados estarán facultados para negociar, suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas. II) Los apoderados tienen la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública Número 151 de la Notaría 28 de Bogotá D.C, del 19 de febrero de 2019, inscrita el 4 de marzo de 2019 bajo el número 00041007 del libro V, compareció Manuel Francisco Obregon Trillos identificado con cédula de ciudadanía número. 79.151.183 en su calidad de representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente a favor de Lorena Gutierrez Flores, identificada con pasaporte número g23204652 (la "apoderada"), para que actúen

individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. La apoderada estará facultada para negociar, suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas. III) La apoderada tiene la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

REFORMAS DE ESTATUTOS

REFORMAS:

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
2.844	26-V- 1.992	18 STAFE BTA	27-V- 1.992 NO.366.564
2.142	16- V-1.995	18 STAFE BTA	24- V-1.995 NO.493.932
2.847	19-VI-1.996	18 STAFE BTA.	24-VI-1.996 NO.542.979

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001797 del 19 de mayo de 1999 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00682571 del 1 de junio de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0003583 del 7 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00696123 del 14 de septiembre de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0008226 del 27 de junio de 2000 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00735121 del 29 de junio de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0005349 del 6 de octubre de 2000 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00749625 del 20 de octubre de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0001104 del 21 de agosto de 2001 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	00791851 del 30 de agosto de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0003874 del 3 de mayo de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00827149 del 16 de mayo de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0010754 del 9 de octubre de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00850293 del 25 de octubre de 2002 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

E. P. No. 0001182 del 3 de mayo de 2006 de la Notaría 11 de Bogotá D.C.	01054022 del 9 de mayo de 2006 del Libro IX
E. P. No. 1010 del 22 de abril de 2009 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01293353 del 29 de abril de 2009 del Libro IX
E. P. No. 122 del 22 de enero de 2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	01356112 del 25 de enero de 2010 del Libro IX
E. P. No. 660 del 12 de marzo de 2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	01368649 del 15 de marzo de 2010 del Libro IX
E. P. No. 642 del 15 de abril de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01828907 del 24 de abril de 2014 del Libro IX
E. P. No. 1034 del 18 de junio de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01849532 del 7 de julio de 2014 del Libro IX
E. P. No. 001634 del 22 de diciembre de 2015 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02052237 del 13 de enero de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02154169 del 1 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02154138 del 1 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 2024 del 20 de diciembre de 2019 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02537294 del 27 de diciembre de 2019 del Libro IX

Estatutos

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARÍA	INSCRIPCIÓN
5100	8- X-1.969	3 Bogotá	10-IX-1.969 No. 26745
1497	16-VIII-1974	11 Bogotá	16-IX-1.974 No. 20935
3933	19-XI -1.976	10 Bogotá	7-XII-1.976 No. 41326
964	9-III-1.982	7 Bogotá	4-VI -1.982 No.116768
4131	1-XII-1.987	10 Bogotá	28-XII-1.987 No.225595
809	11-III-1.988	10 Bogotá	14-III-1.988 No.231117
1067	8-VII-1.988	28 Bogotá	15-VII-1.988 No.240759
2007	7-XII-1.988	28 Bogotá	13-XII-1.988 No.252457

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

5128	10- XI-1.989	18 Bogotá	21- XI-1.989 No.280317
1740	20-IV- 1.990	18 Bogotá	8-IV- 1.990 No.293613
2010	7- V- 1.990	18 Bogotá	8-IV- 1.990 No.293613
3779	19- VI-1.991	18 Bogotá	27-VI -1.991 No.330796
2844	26- V -1.992	18 STAFE BTA	27-V -1.992 No.366564

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Que por Documento Privado de Representante Legal del 2 de diciembre de 2008, inscrito el 3 de febrero de 2009 bajo el número 01272228 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- CHUBB LIMITED
Domicilio: (Fuera Del País)
Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio
Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

Que por Documento Privado No. sin num de Representante Legal del 11 de febrero de 2016, inscrito el 4 de abril de 2016 bajo el número 02089552 del libro IX, comunicó la sociedad matríz:
- CHUBB LIMITED
Domicilio: (Fuera Del País)
Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio
Que se ha configurado una situación de grupo empresarial con la sociedad de la referencia.
Fecha de configuración de la situación de grupo empresarial : 2016-01-14

Aclaración de Situación de Control
Se aclara la situación de control inscrita el 3 de febrero de 2009 bajo el número 01272228 del libro IX, informando que la sociedad matriz CHUBB LIMITED (matriz) ejerce situación de control indirectamente a través de ACE INA INTERNATIONAL HOLDINGS LTD y otras filiales y/o empresas del grupo ACE sobre la sociedad de la referencia (subordinada).
Aclaración Grupo Empresarial
Se aclara que por Documento Privado Sin núm. de representante legal del 11 de febrero de 2016, inscrito el 4 de abril de 2016, bajo el número 02089552 del libro IX, en el sentido de indicar que se configura grupo empresarial entre la sociedad matriz CHUBB LIMITED y

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

---

las subordinadas: CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S A y ACE SEGUROS SA.

Aclaración De Situación de Control Y Grupo Empresarial
Que por Documento Privado Sin núm. de representante legal del 7 de diciembre de 2016, inscrito el 12 de diciembre de 2016, bajo el número 02164764 del libro IX, se modifica la situación de control inscrita bajo el registro 01272228 y grupo empresarial inscrito bajo el registro 02089552 del libro IX, en el sentido de indicar que la sociedad matriz CHUBB LIMITED ejerce situación de control y grupo empresarial de manera indirecta sobre la sociedad de la referencia a través de las sociedades: CHUBB GROUP HOLDINGS INC., CHUBB INA HOLDINGS INC., FEDERAL INSURANCE COMPANY, GREAT NORTHERN INSURANCE COMPANY, VIGILANT INSURANCE COMPANY, PACIFIC INDEMNITY COMPANY, INA CORPORATION, CHUBB INA INTERNATIONAL HOLDINGS LTD., AFIA FINANCE CORPORATION, INA FINANCIAL CORPORATION, BRANDYWINE HOLDINGS CORPORATION, INA HOLDINGS CORPORATION, INSURANCE COMPANY OF NORTH AMÉRICA, CENTURY INDEMNITY COMPANY, CENTURY INTERNATIONAL REINSURANCE COMPANY LTD.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s)en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre:	CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A..
Matrícula No.:	03212432
Fecha de matrícula:	31 de enero de 2020
Último año renovado:	2020
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 72 No. 10 51
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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 dias calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

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 los Contencioso Administrativo.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 28 de marzo de 2017.
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 7 de septiembre de 2020.

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 para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

TAMAÑO EMPRESA

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de septiembre de 2020 Hora: 09:59:17
Recibo No. BA20043506
Valor: $ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A20043506E2AFD

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a 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.

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

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

Ingresos por actividad ordinaria $ 1,573,716,220,068

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6511

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.



Manizales, 19 de Noviembre de 2020

Señor:
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES – CALDAS
E. S. D.
La ciudad.

ASUNTO: Llamamiento en garantía de **CLINICA VERSALLES S.A**. a las doctoras, DANIELA GONZALEZ GIRALDO y DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
REFERENCIA: CONTESTACION DEMANDA
RADICADO: 17001-3-03-002-2020-00014-00
PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
DEMANDANTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO
DEMANDADO: EPS SALUD TOTAL Y CLINICA VERSALLES.

OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ mayor de edad identificada como aparece bajo mi firma, abogado en ejercicio actuando en mi condición de apoderada judicial de la CLINICA VERSALLES S.A. persona jurídica identificada con el NIT 810.003.245 1 y representada legalmente por la Doctora María Elena Zuluaga García, la cual es parte demandada dentro del proceso de la referencia, conforme al poder conferido y por medio del presente escrito me permito llamar en garantía a los Doctores **DANIELA GONZALEZ GIRALDO y DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO,** Médicos Generales de profesión, petición que se fundamenta en los siguientes hechos, por considerar que mi poderdante tiene derecho a que en la sentencia se resuelva sobre la relación sustancial y los pagos de las indemnizaciones a que hubieren lugar entre estos y el demandante.

HECHOS

1 La Clínica Versalles es una Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPS) reúne los requisitos mínimos esenciales exigidos por las autoridades competentes de acuerdo con el nivel de complejidad y a la de especialidad.

2.- Clínica Versalles, celebró contrato para la prestación de servicios de Salud –Modalidad CONTRATO A TERMINO FÍJO con la Dra. **DANIELA GONZALEZ GIRALDO,** la cual prestaba sus servicios médicos desde el 11 de diciembre de 2017 a la CLINICA VERSALLES con las respectivas renovaciones de acuerdo a la ley.

3. Clínica Versalles, celebró contrato para la prestación de servicios de Salud –Modalidad CONTRATO A TERMINO FÍJO con la Dra. **DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO,** para la época de los hechos.

4. La Clinica Versalles fue demandada por el señor GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO en ocasión a la atención realizada por estas profesionales de la medicina en el interregno de tiempo de 28 de abril de 2018 hasta su egreso.

FUNDAMENTO JURÍDICO

El artículo 64 del C.G.P., establece:

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

"**Artículo 64. Llamamiento en garantía**: Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.."

Es claro que todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud tienen unas obligaciones propias según su naturaleza jurídica, en la medida que desarrollan su objeto social también contraen derechos y obligaciones inherentes a las funciones desarrolladas.

PRETENSIONES

1. Llamar en garantía a las doctoras **DANIELA GONZALEZ GIRALDO y DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO**
2. Se resuelva sobre la relación contractual que existe entre la **CLINICA VERSALLES Y LAS GALENOS** y consecuencialmente se condene a dichos profesionales a pagar a favor de mi mandante, todas las sumas de dinero que por concepto de las atenciones prestadas en la mencionada IPS al señor GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO, por los mencionados profesionales en donde termino con la pérdida del testículo , hubiese y tenga eventualmente que incurrir CLINICA VERSALLES , para atender el proceso a que alude la referencia y las que ante una hipotética declaración de responsabilidad en cabeza de mi representado, ésta tuviera que asumir en caso de sentencia desfavorable así:

a) El valor de las costas y gastos en que se hubiere incurrido en éste proceso como consecuencia de la demanda, incluidos los gastos de honorarios profesionales pagados a los abogados y médicos contratados para el efecto, sin importar si la sentencia es favorable o desfavorable a la demandante.

b) El valor total de la condena si llegare a existir.

c) El valor de los perjuicios de todo orden que se llegaren a demostrar en el curso del proceso.

d) Se condene al pago de las costas incluyendo las agencias en derecho.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Art.64 del C.G.P. y concordantes, ley 100 de 1993 y normas concordantes**.**

PRUEBAS

1. La demanda, las aportadas por los demandantes y que sirvan a éste libelo de llamamiento en garantía.

2. Igualmente se tengan como pruebas los testimonios solicitados como prueba en la contestación de la demanda.

3. Copia de los contratos de cada uno de los galenos aquí llamados en garantía.

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

INTERROGATORIO DE PARTE.

Se cite y se haga comparecer los doctores **DANIELA GONZALEZ GIRALDO y DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO,** Médicos Generales de profesión, con domicilio principal en la ciudad de Manizales para que en el día y hora por usted fijado y bajo la gravedad del juramento absuelva el interrogatorio de parte que personalmente les formularé en el curso de la respectiva audiencia y que versaran sobre los hechos materia de la litis y para aclarar los mismos.

ANEXOS

- Poder para actuar ya adjunto en la contestación de la demanda
- Los que se mencionan en el acápite de pruebas

NOTIFICACIONES

El suscrito las recibirá en el correo estadosjuciales@ospedale.con.co

Los médicos

1. DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO MEDICINAGENERAL gonzalezd68@gmail.com o lidercontable@clinicaversallessa.com.co

2. **DR. DIANA** CRISTINA RESTREPO OSORIO MEDICINAGENERAL diana.restrepo.osorio@gmail.com o lidercontable@clinicaversallessa.com.co

Del Señor Juez,

Cordialmente,



OLGA ORDOÑEZ LOPEZ
C. C. No 34.543.168 Popayán (Cauca)
T. P. No 115245 del H. C. S. de la Judicatura
Móvil: 3104567071
Correo E: estadosjudiciales@ospedale.com.co

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S

Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310

Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

CONTRATANTE	CLINICA VERSALLES S.A. Nit. 810003245-1	**DIRECCIÓN DEL CONTRATANTE**	Calle 51 no. 24-50
TRABAJADOR	Daniela González Giraldo	**DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR**	Cra 15 a N6-36 B/La Pradera
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.060.651.057	**CARGO A DESEMPEÑAR**	Medico general
FECHA DE NACIMIENTO	08/11/1991	**TELÉFONOS**	3105411186
TÉRMINO DE CONTRATO	Termino Fijo a 4 meses	**UNIDAD FUNCIONAL**	Urgencias
FECHA DE INICIO DE LABORES	11/12/2017	**LUGAR DONDE SE DESEMPEÑAN LAS LABORES**	Clínica Versalles S.A. Manizales
PERÍODOS DE PAGO	Quincenales	**CIUDAD DONDE SE HA CONTRATADO**	Manizales
SALARIO MENSUAL	Tres millones seiscientos setenta y seis mil cien Pesos m/cte. ($3.676.100)		

CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FÍJO A 4 MESES CELEBRADO ENTRE CLINICA VERSALLES S.A Y DANIELA GONZÁLEZ GIRALDO

Entre los suscritos a saber: Por una parte **MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Manizales, identificada con cédula de ciudadanía **No.30.308.289 de Filadelfia**, obrando en Nombre y Representación de **CLINICA VERSALLES S.A.**, sociedad comercial legalmente constituida mediante documento privado de fecha Veinte y tres (23) de Febrero de Dos mil (2000), con domicilio Principal en la ciudad de Manizales (Caldas), con Número de Identificación Tributaria NIT 810003245-1, de conformidad con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Manizales, quien para los efectos del presente documento se denominará EMPLEADOR y por otra parte **DANIELA GONZÁLEZ GIRALDO,** mayor de edad, domiciliado (a) en la ciudad de Manizales, identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.060.651.057 de Villamaría**, quien para los efectos del presente contrato se denominará EL TRABAJADOR, hemos acordado celebrar el presente Contrato de Trabajo a **Término fijo a 4 MESES**, el cual a partir de su formalización y firma, se regirá por las siguientes cláusulas.

PRIMERA. OBJETO: El objeto a desarrollar por parte de **EL TRABAJADOR** mediante el presente contrato consiste en **MEDICO GENERAL** para lo cual éste se obliga a prestar sus servicios profesionales a **CLINICA VERSALLES S.A**, a partir del día **ONCE (11)** del mes de **DICIEMBRE** del año **DOS MIL DIECISIETE (2017)** inclusive, y hasta el día **DIEZ (10)** del mes **ABRIL** del año **DOS MIL DIECIOCHO(2018)** inclusive. En contra prestación de lo cual recibirá el salario estipulado en el presente contrato. No obstante, lo anterior, **CLINICA VERSALLES S.A.** podrá promoverlo, trasladarlo o asignarle funciones diversas relacionadas con su objeto social, siempre y cuando no se desmejore en su categoría y remuneración laboral y de acuerdo con lo establecido al respecto en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A.** y en la legislación laboral.

SEGUNDA. REMUNERACIÓN: Por los servicios que preste **EL TRABAJADOR** a **CLINICA VERSALLES S. A**, en desarrollo del presente contrato, ésta última le reconocerá y pagará un salario de **TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CIEN PESOS M/CTE. ($3.676.100),** pagaderos mes vencido. Dicho monto podrá ser modificado por **CLINICA VERSALLES S.A.** sin necesidad de nuevo contrato, siempre que conste por escrito, de tal manera que tales modificaciones(es) se entenderán incorporada (s) al presente acuerdo de voluntades. En el evento en que **CLINICA VERSALLES S.A.** reconozca y pague por cualquier motivo bonificaciones, comisiones o incentivos extralegales, ocasionales o no, se dará cumplimiento a lo previsto en los artículos 15 y 16 de la Ley 50 de 1990. Por lo tanto, las partes acuerdan que dichas bonificaciones, comisiones e incentivos no se tendrán en cuenta dentro de la base de liquidación

para prestaciones, indemnizaciones, vacaciones o cualquier erogación laboral a cargo de **CLINICA VERSALLES S.A,** y en favor de **EL TRABAJADOR**, que de conformidad con la ley deban pagarse con base en el salario. El pago de las bonificaciones, comisiones e incentivos y de la liquidación prestacional final se realizará en las fechas de corte determinadas por **CLINICA VERSALLES S.A.**

TERCERA. JORNADA: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada de trabajo señalada por **CLINICA VERSALLES S.A,** la cual queda establecida en **CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SEMANALES. CLINICA VERSALLES S.A.,** se reserva, la facultad de modificar dicha jornada según sus conveniencias y necesidades técnicas y administrativas, siempre que esté de acuerdo con las disposiciones legales. La circunstancia de que **CLINICA VERSALLES S.A,** y **EL TRABAJADOR** voluntariamente disponga que la jornada semanal de trabajo sea en algunos eventos inferior a las horas semanales para la cuales fue contratado, no significa la reducción definitiva de la jornada máxima legal o convencional. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del C.S.T., modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. De igual manera, las partes podrán acordar que se preste el servicio en los turnos de jornada flexible contemplados en el Art. 51 de la ley 789/02.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL TRABAJADOR ejecutará las labores en tiempo extra o suplementario, lo mismo que en días de descanso legalmente obligatorios, cuando las necesidades del trabajo así lo requieran, previa autorización escrita de **CLINICA VERSALLES S.A,** para cada caso; por tanto, **CLINICA VERSALLES S.A,** no reconocerá el valor de trabajos desarrollados en jornadas adicionales o en días de descanso legalmente obligatorios cuando no haya precedido autorización expresa y escrita para cada caso. De no mediar tal autorización por escrito, **CLINICA VERSALLES S.A.** no asumirá ningún pago, en el entendido de que tales labores, así reporten beneficio a **CLINICA VERSALLES S.A,** no han sido autorizadas por la misma.

CUARTA. PERIODO DE PRUEBA: A partir de la fecha de ingreso, **EL TRABAJADOR** tendrá un periodo de prueba, para el que se fija un término correspondiente a la quinta parte de la duración total del contrato, lapso dentro del cual cualquiera de las partes podrá dar por terminado el contrato de trabajo en cualquier momento, sin necesidad de aviso previo, justificación expresa y sin que haya lugar a indemnización alguna.

QUINTA. DURACION: Como duración del presente contrato, las partes han acordado proyectar la misma para un término de **CUATRO (04) MESES,** contados a partir de su formalización y firma, término al final del cual se dará por terminado o se procederá a su prórroga, según sea el caso. Si antes de la fecha del vencimiento del término estipulado, ninguna de las partes avisare por escrito a la otra su determinación de no prorrogar el contrato, con una antelación no inferior a treinta (30) días, este se entenderá renovado por un periodo igual al inicialmente pactado, y así sucesivamente.

SEXTA. OBLIGACIONES: CLINICA VERSALLES S.A. contrata los servicios personales del **TRABAJADOR** y este se obliga a: **a)** Identificarse como FUNCIONARIO de **CLINICA VERSALLES S.A,** en toda la documentación y labores realizadas en el desarrollo de su actividad; **b)** Brindar información veraz y completa a los posibles beneficiarios y a los beneficiarios efectivos de los planes y programas que ofrece **CLINICA VERSALLES S.A**; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación; **c)** Ser responsable de la racionalización en el uso y la legal y correcta utilización de la papelería, elementos y dinero a su cargo; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación **d)** Efectuar, con la periodicidad que demande **CLINICA VERSALLES S.A**, un informe de su gestión realizada, que será presentado a su inmediato superior o a la persona que para todo efecto asigne **CLINICA VERSALLES S.A** de acuerdo con el sistema de control que se adopte; **e)** Las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES ESPECIALES: Como consecuencia de las funciones que asume, **EL TRABAJADOR** se obliga especialmente: **a)** A emplear toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las tareas propias de su cargo conforme se determina en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**, así como todas las demás que se le asignen, de acuerdo con las instrucciones de **CLINICA VERSALLES S.A** Por lo demás deberá, igualmente, cooperar y colaborar con otras personas naturales o jurídicas designadas por **CLINICA VERSALLES S.A**, en labores que sean compatibles con las de su cargo, caso en el cual las posibles cargas económico laborales que pudieren derivarse, serán de cargo exclusivo de **CLINICA VERSALLES S.A.**; **b)** Guardar un comportamiento intachable, obrando con espíritu de colaboración en las actividades encomendadas por **CLINICA VERSALLES S.A**, preocupándose especialmente por el buen funcionamiento de las mismas; **c)** Cumplir estrictamente todas las órdenes o instrucciones dadas por los representantes autorizados de **CLINICA VERSALLES S.A**; **d)** Guardar en secreto todos los hechos o informes conocidos en el desempeño de sus funciones y cuya divulgación pudiere causar perjuicios a **CLINICA VERSALLES S.A** o colocarla en posición desventajosa frente a otras personas naturales o jurídicas que operen en negocios similares; **e)** Dedicar al servicio de **CLINICA VERSALLES S.A.**, con carácter exclusivo, toda su capacidad de trabajo, de tal forma que, no podrá desempeñarse en labores que impliquen agenciamiento o venta de planes de salud a favor de otras entidades; Igualmente, se obliga a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales o de prestación de servicios de carácter civil o comercial, a otros empleadores o contratantes respectivamente, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio; **f)** Informar a sus superiores cualquier problema o anomalía que encuentre en el desempeño de sus labores o en cualquier frente de trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**; **g)** Presentarse en su trabajo con traje adecuado y compatible con sus funciones y categoría; **h)** Guardar ante sus compañeros superiores y subalternos un comportamiento correcto; **i)** Llevar un estricto control sobre todos los elementos que se encuentran a su cargo; **j)** Restituir a la terminación del contrato, por cualquier motivo, todos los documentos y equipos entregados por **CLINICA VERSALLES S.A.** para el desempeño de sus funciones. De no hacerlo deberá restituir, el valor en dinero de dichos elementos, para lo cual autoriza desde ya a descontar el mismo del valor de la liquidación final de prestaciones, bonificaciones, comisiones e incentivos y demás pagos laborales y no laborales que le correspondan; **k)** Pagar el valor comercial o el valor del arreglo de aquellos elementos relacionados con su trabajo, cuando en ellos ocurrieren daños o pérdidas no imputables al desgaste o uso natural o corriente, caso fortuito o fuerza mayor. De no efectuar el pago correspondiente, el trabajador autoriza desde ya a que la suma adeudada le sea descontada de su salario y/o de su liquidación final de prestaciones, comisiones, incentivos y bonificaciones y demás pagos laborales y no laborales; en caso de que la causa de daño o pérdida sea imputable a cualquiera de sus subalternos, si es del caso, tendrá derecho a solicitar por escrito que las consecuencias anteriormente enunciadas se trasladen al responsable, siempre y cuando se pueda a juicio de **CLINICA VERSALLES S.A**, acreditar dicha situación y ello fuere posible (que el subalterno siga vinculado a **CLINICA VERSALLES S.A** y que del monto laboral adeudado alcance a descontarse el valor total, entre otras circunstancias). No obstante esto, su responsabilidad no acaba hasta que no se restituya o arreglen los instrumentos correspondientes; **l)** Someterse a los exámenes médicos y/o sanitarios que **CLINICA VERSALLES S.A** ordene en cualquier tiempo; **m)** Reportar al Departamento de Talento Humano de **CLINICA VERSALLES S.A**, por si o por indirecta persona, cualquier enfermedad o accidente profesional o común, a fin de tramitar la correspondiente incapacidad; **n)** Asistir a los planes y programas de capacitación que **CLINICA VERSALLES S.A.** le indique y a aprobarlos con el fin de obtener el respectivo certificado. **ñ)** Efectuar las denuncias penales y/o querellas correspondientes ante la autoridad competente, en aquellos eventos en que le conste o tenga conocimiento de actuaciones ilícitas tanto de su personal a cargo como de cualquier empleado o contratista de **CLINICA VERSALLES S.A**; **o)** Efectuar informes y asistir a comités y demás reuniones cada vez que sea requerido para ello; **p)** Cumplir en forma puntual el horario establecido por **CLINICA VERSALLES S.A.** para el desempeño de sus funciones; **q)** las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES ESPECIALES ADICIONALES: Adicionalmente, se establecen como obligaciones de **EL TRABAJADOR: a)** No instalar software en los computadores entregados como herramienta de trabajo, sin autorización previa escrita otorgada por el área de tecnología de **CLINICA VERSALLES S.A; b)** No recibir o enviar correspondencia de tipo personal vía fax o mail.

c) No enviar archivos vía mail que sobrepasen 2 megabytes en tamaño. Si existe alguna duda al respecto se debe contactar el departamento respectivo de **CLINICA VERSALLES S.A.** antes de realizar el envío. El envío de archivos de un tamaño mayor se hará por correo tradicional usando los medios de almacenamiento disponibles, para lo cual deberá solicitar el apoyo del Departamento correspondiente de **CLINICA VERSALLES S.A.**; **d)** No utilizar los equipos para actividades de entretención tales como, juegos, consulta de páginas Web que no tengan relación directa con las funciones propias de la naturaleza de la labor encomendada, descargar archivos musicales de Internet, fotos, videos, música en formato mp3 u otro, software "gratuito y todas aquellas que puedan distraer a **EL TRABAJADOR** de su actividad laboral y que no hayan sido objeto de instalación o autorización por parte de **CLINICA VERSALLES S.A**; **e)** No utilizar los computadores para fines personales, realizar labores de tipo académico o guardar archivos tales como fotos y en general, información que ocupen innecesariamente los recursos del equipo. **f)** Dar a conocer al superior inmediato la clave de acceso al equipo para que tenga acceso a la información que reposa en el computador en aquellas situaciones en que **EL TRABAJADOR** no concurra al trabajo o cuando el empleador expresamente así lo disponga o en cualquier caso con fines de auditoría; **g)** No utilizar indebidamente la red de datos interna, esto es, introducirse sin autorización previa en los archivos de los otros trabajadores de **CLINICA VERSALLES S.A**, sin importar que cause o no daños; **h)** No hacer llamadas personales que sobrepasen los tres (3) minutos a menos de que se trate de un motivo que configure fuerza mayor o caso fortuito o estado de necesidad, así como tampoco realizar llamadas personales de larga distancia nacional o internacional, ni llamadas a celulares. En cualquiera de estos casos **CLINICA VERSALLES S.A.** quedará facultada para descontar de cualquier suma que adeude a **EL TRABAJADOR**, el costo de las llamadas que contravengan lo acá establecido; **i)** Colaborar con la labor de auditoria que periódicamente realizará CLINICA **VERSALLES S.A.** a los computadores y equipos de hardware de la compañía con el fin de constatar si están siendo utilizados por **EL TRABAJADOR** únicamente con fines laborales. Para el efecto será necesario que **EL TRABAJADOR** de a conocer al auditor la clave de acceso al equipo; **j)** Con el fin de identificar a cada trabajador en la red de datos interna de la compañía, se asigna a cada trabajador un nombre de usuario y una contraseña. Es responsabilidad del usuario mantener en secreto - excepto las excepciones del presente contrato - y cambiar periódicamente la contraseña. Todos los sistemas de información de la compañía están diseñados para guardar los registros de todas las acciones realizadas identificando al autor de dichas acciones por el nombre de usuario. **EL TRABAJADOR** es responsable por todas las acciones que se realicen en los sistemas de información de la empresa con el nombre del usuario asignado **k)** las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES DE SEGURIDAD: Son obligaciones de **EL TRABAJADOR**, el acatamiento de las medidas de seguridad establecidas por la compañía, especialmente las siguientes: **a)** Portar visible y permanentemente desde el ingreso a su lugar de trabajo el carné que lo identifique como funcionario de la misma. En caso en que **EL TRABAJADOR** olvide o este en la imposibilidad de portar el carné deberá registrarse en la portería; **b)** Reportar y registrar en los libros de vigilancia de las instalaciones de su sitio de trabajo el ingreso y salida de equipos, paquetes u otro tipo de elementos o activos propios o del empleador; **c)**. El ingreso o salida de **EL TRABAJADOR** de las instalaciones de su sitio de trabajo en horas y/o días no laborables debe registrarse en el libro de vigilancia con la fecha, hora de entrada, hora de salida y firma, preferiblemente sin acompañantes; **d) EL TRABAJADOR** deberá permitir la revisión de los bolsos y paquetes al ingreso y salida de las instalaciones de su sitio de trabajo por el personal de seguridad designado para ello; **e) EL TRABAJADOR** deberá hacerse responsable del buen manejo, uso y cuidado de los elementos entregados por **CLINICA VERSALLES S.A.** para realizar su labor, haciéndose extensible esta obligación al cuidado manejo adecuado y control de las oficinas, consultorios y activos en general de la compañía; **f) EL TRABAJADOR** no deberá permitir el ingreso y atención de vendedores o personas diferentes a las autorizadas y las que tengan que ver con el desarrollo del encargo laboral para la cual fue contratado; **g)** No permitir el ingreso de personas que no hayan sido previamente autorizadas por el funcionario que recibe la visita; **h)** No se permiten las visitas de carácter personal y en el evento en que se presenten deben ser atendidas sin interferir con la ejecución de las labores diarias.

PARAGRAFO: EL TRABAJADOR autoriza y consiente desde ya, en forma expresa e irrevocable con la firma del presente contrato y sin necesidad de requisito adicional alguno, para que en el marco de un eventual proceso disciplinario en el cual se encuentre incurso, se le practique la prueba del polígrafo, cuando quiera que **CLINICA VERSALLES S.A.** lo considere necesario.

OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD: Son obligaciones de EL TRABAJADOR, garantizar la política de integridad y protección de datos establecida por la compañía, especialmente las siguientes: a) Que con ocasión de la expedición de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", en concordancia con lo dispuesto por el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, **CLINICA VERSALLES S.A.**, es responsable del tratamiento de la información, entendido éste como la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de datos personales y datos sensibles, los cuales serán incluidos en las distintas bases de datos de manejo institucional. b) Que en mi calidad de TRABAJADOR y en consideración al compromiso contractual que mantengo con **CLINICA VERSALLES S.A.**, así como del acceso que se me permite a sus Bases de Información, constato que soy consciente de la importancia de mis responsabilidades en cuanto a no poner en peligro la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información que maneja **CLINICA VERSALLES S.A** y las UNIDADES ESTRATEGICAS DE NEGOCIOS con las que la sociedad mantiene sus relaciones comerciales. c) Que, como Trabajador, entiendo y me comprometo a cumplir los Procedimientos de Seguridad de los Sistemas de Información que corresponden a mis funciones en la Institución. d) Que como trabajador Asociado, me comprometo a cumplir, asimismo, todas las disposiciones relativas a la política de **CLINICA VERSALLES S.A.** en materia de uso y protección de datos sensibles, y a no divulgar la información que reciba a lo largo de mi relación con la Institución, subsistiendo este deber de secreto, aun después de que finalice dicha relación y tanto si esta información es de su propiedad, como si pertenece a un cliente de la misma, o a alguna otra Sociedad que proporcione a **CLINICA VERSALLES S.A.** el acceso a dicha información, cualquiera que sea la forma de acceso a tales datos o información y el soporte en el que consten, quedando absolutamente prohibido obtener copias sin previa autorización. e) Que, como trabajador, entiendo que el incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones que constan en el presente documento, intencionalmente o por negligencia, podrían implicar en su caso, las sanciones disciplinarias correspondientes por parte de **CLINICA VERSALLES S.A.** y la posible reclamación por parte de la misma de los daños económicos causados. f) Que como trabajador entiendo la importancia de la protección de los datos personales para los titulares de los mismos, y en ese sentido, mis acciones en el desarrollo de mis labores se deben orientar por la búsqueda de la efectividad de los derechos de los titulares

SEPTIMA. PERJUICIOS: Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicios a los intereses de los afiliados, que cometa **EL TRABAJADOR** en el desarrollo de sus actividades y que conlleve responsabilidad por parte de **CLINICA VERSALLES S.A.**, hará a **EL TRABAJADOR** solidariamente responsable por el monto de los perjuicios, multas o sanciones en los cuales pueda incurrir **CLINICA VERSALLES S.A.**, con ocasión de este hecho, de conformidad con el artículo 19 del Decreto 1485 de 1.994 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan, aclaren o adicionen, por lo cual **CLINICA VERSALLES S.A.** podrá descontar de su liquidación de prestaciones sociales, bonificaciones, incentivos, comisiones y demás pagos laborales y no laborales, el valor que la persona afectada declare como perjuicio; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación.

OCTAVA. SUSPENSION: Se constituyen como causales de suspensión del Contrato de trabajo, las enumeradas en el artículo 4 de la Ley 50 de 1.990 y en las disposiciones que lo modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan, así como las contempladas en el Reglamento Interno de Trabajo.

NOVENA. TERMINACIÓN: Son justas causas para dar por terminado el presente contrato las señaladas en la Legislación Laboral, las indicadas como causales de despido en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**, y además los hechos que a continuación se enumeran, que las partes convienen considerar como constitutivos de faltas con gravedad suficiente para dar por terminado el contrato de Trabajo unilateralmente y sin necesidad de preaviso alguno por parte de **CLINICA VERSALLES S.A**: **a)** Presentarse al trabajo en estado de

embriaguez o enervamiento por cualquier clase de bebida o droga; **b)** Faltar al trabajo sin licencia o permiso previo por tres (3) o más días durante un mismo período mensual (no necesariamente calendario) sean o no sean consecutivos, sin justificación aceptable; **c)** Las faltas de respeto o el maltrato de obra para con otros empleados de **CLINICA VERSALLES S.A.**, contra sus clientes o visitantes, dentro o fuera de los lugares y horas de trabajo. **d)** El abandono sin permiso previo del puesto de trabajo cuando deba permanecer en éste; **e)** Las sustracciones o el uso en provecho propio o ajeno de cualquiera de los dineros, instrumentos y/o equipos de trabajo de la oficina; **f)** El hecho de penetrar directamente o permitir o facilitar el acceso de terceros a las dependencias de **CLINICA VERSALLES S.A.**, sin autorización, fuera de las horas de trabajo y por razones ajenas a éste; **g)** El hecho de demorar el trámite de cualquier documento u operación, sin la debida justificación; **h)** Trabajar en labores distintas o asesorar a otras personas naturales o jurídicas sobre sistemas, procedimientos o técnicas de trabajo sin la debida autorización; **i)** La recepción de sumas de dinero en efectivo provenientes de terceros por cualquier concepto en ejercicio de su actividad, o contraviniendo las instrucciones que al respecto emita **CLINICA VERSALLES S.A**; **j)** La realización de cualquier infracción, error u omisión que comprometa la responsabilidad de **CLINICA VERSALLES S.A** así ésta no haya sido declarada en instancia judicial o administrativa, para lo cual bastará el reconocimiento que **CLINICA VERSALLES S.A** haga de la misma; **k)** La divulgación de hechos o informes conocidos en el desarrollo de su trabajo que puedan causar perjuicios o colocar en posición desventajosa frente a otras personas, naturales o jurídicas, a **CLINICA VERSALLES S.A.**. **l)** La adquisición de cualquier enfermedad infectocontagiosa que implique riesgo grave en el desarrollo de sus labores y/o relacionadas con el trato con los posibles beneficiarios o beneficiarios efectivos de los programas ofrecidos por **CLINICA VERSALLES S.A** **m)** La negativa injustificada a practicarse exámenes médicos o sanitarios ordenados por **CLINICA VERSALLES S.A**; **n)** La inasistencia injustificada a los planes y programas de capacitación que determine **CLINICA VERSALLES S.A.**, o la no aprobación de los mismos; **ñ)** El no reportar al Departamento de Gestión Humana de **CLINICA VERSALLES S.A**, por si o por indirecta persona, cualquier enfermedad o accidente profesional o común, a fin de tramitar la correspondiente incapacidad; **o)** No efectuar las denuncias penales y querellas correspondientes ante las autoridades competentes en aquellos eventos en que tenga conocimiento de actuaciones ilícitas. **p)** El extravío o pérdida dolosos o culposos de la papelería a él asignada o el uso fraudulento o irracional que a ella se le dé, sin perjuicio de las acciones civiles y penales a que hubiere lugar. **q)** El hecho de ser demandado en algún proceso judicial o disciplinario o el hecho de haber sido denunciado penalmente por cualquier hecho delictivo o infracción policiva o hecho del que se pudiere derivar responsabilidad penal; **r)** La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente a juicio del empleador, por tres (3) veces dentro de un mismo mes del calendario o diferente mes pero dentro de un mismo período mensual; **s)** El incumplimiento así sea leve de las obligaciones contenidas en la cláusula quinta y/o de obligaciones y/o funciones de **EL TRABAJADOR**, conforme al objeto del presente contrato; **t)** Cuando por cualquier motivo no pueda continuarse con el desarrollo del objeto contractual y/o en criterio de **CLINICA VERSALLES S.A** ya no sea necesario.

DÉCIMA. CONOCIMIENTO DE NORMAS: EL TRABAJADOR manifiesta conocer y aceptar todas las normas contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A.**, en el Reglamento de Seguridad y salud en el trabajo o en el Programa de seguridad y salud en el trabajo.

DÉCIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia que entre las partes se suscite con ocasión de la existencia, validez, eficacia, vigencia, interpretación, modificación, responsabilidad, ejecución, cumplimiento, terminación y liquidación del presente contrato, de no ser resuelta directamente por las partes, se someterá a la decisión de un tribunal de arbitramento de la Ciudad de Manizales, el cual deberá estar integrado por un Tres (3) árbitros, abogados, designados por mutuo acuerdo de las partes. El laudo arbitral se proferirá en derecho y el tribunal arbitral tendrá su sede en el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de la Ciudad de Manizales.

DÉCIMA SEGUNDA. CUSTODIA DE IMPLEMENTOS O INSTRUMENTOS: **EL TRABAJADOR** se obliga a cuidar los implementos e instrumentos recibidos en razón de su cargo, tales como, aparatos médicos, computadores, beepers, teléfonos celulares (etc.), y/o aquellos que se le asignen. En caso de daños o deterioros distintos a los derivados del uso normal o de la acción del

tiempo y que fueren imputables al mal uso de la instrumentación y/o a su propia culpa, deberá efectuar oportunamente y por su cuenta las reparaciones o sustituciones necesarias. En caso de pérdida de instrumentos imputable a él, es decir, por el incumplimiento injustificado de su obligación de custodiar, deberá restituir un instrumento de idéntica calidad o en su defecto deberá pagar el valor comercial actual del instrumento y/o aparato. En caso de que la causa de daño o pérdida sea imputable a cualquiera de sus subalternos, si es del caso, tendrá derecho a solicitar por escrito, que las consecuencias anteriormente enunciadas se trasladen al responsable, siempre y cuando se pueda acreditar dicha situación. No obstante, su responsabilidad no acaba hasta que no se restituya o arreglen los instrumentos correspondientes.

DÉCIMA TERCERA. DESCUENTO POR NÓMINA. EL TRABAJADOR autoriza mediante la suscripción del presente contrato, que le sea descontado por nómina, de su salario mensual y/o de la liquidación de prestaciones sociales o de cualquier especie de incentivo, bonificación o comisión o pagos laborales y no laborales que le correspondan, el valor comercial actual del instrumento o aparato o el valor de su arreglo, en caso de llegarse a configurar alguna de las situaciones anteriormente previstas. Así mismo, **EL TRABAJADOR** autoriza de manera expresa desde ya a **CLINICA VERSALLES S.A** a descontar de su salario y/o de su liquidación de prestaciones sociales y en general de cualquier acreencia que exista en su favor, toda suma de dinero que pueda deber a **CLINICA VERSALLES S.A.** como consecuencia del incumplimiento de sus obligaciones laborales.

DÉCIMA CUARTA. (1) El Numeral Octavo (8º) del Artículo Sesenta (60) del Código Sustantivo del Trabajo establece como una prohibición especial para los trabajadores, el uso de útiles o herramientas suministradas por el patrono en objeto distinto del trabajo contratado. La disposición propende porque todo material de trabajo que es entregado a **EL TRABAJADOR** para desarrollar la actividad para la cual fue contratado, no sea utilizado en actividades ajenas a su labor dentro y fuera de su jornada laboral. Facultad esta, que también se encuentra consagrada en la jurisprudencia que al respecto a emitido la H. Corte Constitucional en la Sentencia T- 261 DE JUNIO 20 DE 1995 M.P. José Gregorio Hernández.

"CLINICA VERSALLES S.A.", bajo la premisa de la norma en mención, en su calidad de empleador tiene la facultad de controlar las actividades que sus trabajadores realizan con los equipos de sistemas que tienen o no acceso al servicio de Internet, el uso de las líneas telefónicas y el fax, ya que se trata de herramientas de trabajo, de las cuales se valen los empleados para el desempeño de sus labores.

(2) Armonizando las disposiciones Quince (15) de la Carta Política y Sesenta (60) del Código Sustantivo del Trabajo, tenemos que, en las actividades ajenas al círculo reservado de las personas, siendo el caso del ámbito laboral, cuando resulta estrictamente necesario para el desempeño de dichas actividades, el tercero puede penetrar en el entorno privado.

En el caso concreto, **"CLINICA VERSALLES S.A"** podrá realizar auditorías de sistemas, grabar las llamadas que se efectúen a través de los teléfonos de la compañía, ejercer control a las líneas telefónicas y al fax, con el único propósito de comprobar y monitorear que los trabajadores utilicen dichas herramientas con fines estrictamente laborales, y no por el contrario, con fines personales o como mecanismos de entretenimiento.

DÉCIMA QUINTA. CAMBIO DE DOMICILIO: EL TRABAJADOR se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a **CLINICA VERSALLES S.A**, cualquier cambio en su dirección de residencia teniéndose en todo caso como suya la última dirección registrada en su hoja de vida.

DÉCIMA SEXTA. CESIÓN DE DERECHOS: EL TRABAJADOR se obliga con la firma del presente contrato a ceder a favor de **CLINICA VERSALLES S.A.** los derechos de autor que sobre programas de computación o software y/o hardware implemente para ésta, para tal efecto **EL TRABAJADOR** se denominada **CEDENTE** y **CLINICA VERSALLES S.A.** se denominara **CESIONARIO**, lo anterior de acuerdo a lo contemplado a las cláusulas siguientes:

DÉCIMA SEPTIMA. TRANSFERENCIA DE DERECHOS: La presente tiene como objeto transferir los derechos patrimoniales que no hayan sido cedidos por la naturaleza misma de la relación laboral existente entre el **CEDENTE** y el **CESIONARIO**, durante el desarrollo de la obra o (software y/ hardware) contratada.

DÉCIMA OCTAVA. CESIÓN DE DERECHOS SOBRE EL OBJETO CONTRACTUAL: El **CEDENTE**, por medio del presente acto, cede al **CESIONARIO** todos y cada uno de los derechos patrimoniales que tenga o pueda llegar a tener sobre la OBRA objeto del presente contrato, tanto en Colombia como en el exterior. El **CEDENTE** no conservará, ni se reservará derecho patrimonial alguno sobre la OBRA del presente acuerdo, salvo los derechos morales de autor en los términos que en el presente contrato se establecen.

DÉCIMA NOVENA. DERECHOS TRANSFERIDOS: El **CESIONARIO** podrá, comercializar, distribuir, reproducir, editar, adaptar, fijar, comunicar, ejecutar, utilizar, licenciar, difundir, publicar, copiar o de cualquier otra manera podrá obtener provecho económico de la OBRA objeto del presente acuerdo, libremente y sin ningún tipo de limitación territorial y por cualquier medio existente o por existir.

PARÁGRAFO PRIMERO: El **CESIONARIO** podrá libremente transferir, total o parcialmente, los derechos patrimoniales sobre la OBRA.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A partir de la formalización y firma del presente contrato el **CEDENTE** autoriza al **CESIONARIO** a modificar la obra, total o parcialmente en cualquier momento y por cualquier persona designada por la misma o por quien sea titular de los derechos patrimoniales en el debido momento.

VIGÉSIMA. RENUNCIA EXPRESA DEL CEDENTE A LOS DERECHOS PATRIMONIALES SOBRE LA OBRA: El **CEDENTE** es consciente de que, al carecer de derechos patrimoniales sobre la OBRA, no podrá ejercer ninguno de estos y particularmente no podrá reproducir, difundir, modificar, derivar otra OBRA, licenciar, enajenar u obtener provecho a nivel personal directa o indirectamente de la OBRA, sin que medie autorización previa, expresa y escrita del **CESIONARIO**.

VIGÉSIMA PRIMERA. ENTREGA DE DOCUMENTOS: Al momento de la formalización y firma del presente contrato, de ser el caso, el **CEDENTE** deberá entregar todos los originales y las copias de la OBRA y los códigos fuentes. Esta obligación cubre todas las versiones anteriores y actuales (hasta la fecha de suscripción del presente contrato), que hayan o no sido puestas en el mercado. El **CEDENTE** no podrá en ningún caso, salvo autorización expresa y escrita del **CESIONARIO** conservar, hacer una copia o de cualquier manera sustraer, así sea para uso personal, los códigos fuente u objeto, manuales, o instrucciones de la obra.

VIGÉSIMA SEGUNDA. SOLICITUD DE MANTENERSE ANÓNIMO POR PARTE DEL CEDENTE: En uso del derecho de autor, el **CEDENTE** solicita irrevocablemente mantenerse anónimo y por lo tanto no ser mencionado como autor de la OBRA. Sin embargo, dentro de su experiencia profesional el **CEDENTE** podrá hacer mención de haber participado en la creación de la OBRA.

VIGÉSIMA TERCERA. GRAVÁMENES: La OBRA debe encontrarse libre de cualquier medida tecnológica efectiva que impida su correcta explotación económica o su modificación, por ejemplo, por encriptación o bombas lógicas.

VIGÉSIMA CUARTA. DERECHOS DEL CESIONARIO FRENTE A MEJORAS O MODIFICACIONES O INVENTOS DERIVADOS DE LA OBRA ORIGINAL: El **CESIONARIO** tendrá derecho de patentar a su nombre o a nombre de terceros, inventos o mejoras contenidos en la OBRA, respetando el derecho del **CEDENTE** a ser mencionado como inventor en la correspondiente patente, si así lo desea el mismo. El **CEDENTE** carecerá del derecho de patentar a su nombre el contenido de la OBRA.

VIGÉSIMA QUINTA. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CEDENTE: De ser necesario requerírsele, el **CEDENTE**, accederá a facilitar el cumplimiento oportuno de todas las formalidades referentes al registro, cesión de derechos y/o trámite de patentes y otorgará su firma o extenderá los poderes y documentos necesarios para tal fin. En caso de que el **CESIONARIO** no pueda obtener la firma del **CEDENTE** en los documentos mencionados, como consecuencia de impedimentos físicos, mentales o por cualquier otra causa, el **CEDENTE** concede poder de manera irrevocable al representante legal del **CESIONARIO** para que, en su nombre y representación, firme dichos documentos y realice todas las diligencias necesarias para el cumplimiento de las formalidades señaladas en el presente contrato.

VIGÉSIMA SEXTA. DERECHO DE SIGNOS DISTINTIVOS: El **CEDENTE** manifiesta que no ha iniciado la solicitud de registro de ningún signo distintivo en Colombia o en el exterior, en donde se identifique la Obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** acepta ceder al **CESIONARIO**, por medio del presente contrato, cualquier derecho o expectativa de derecho que pudiera tener sobre las marcas o signos distintivos relativos a la obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** se compromete a no registrar directa o indirectamente signos distintivos, idénticos, similares, parecidos o que conlleven a confusión, frente a los que posee el **CESIONARIO** o a los derivados de la obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** acepta que el **CESIONARIO** o quien sea designado por el mismo, podrá registrar a su nombre cualquiera de los signos distintivos relativos a la obra objeto del presente contrato.

El presente contrato deja sin valor ni efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las mismas partes, si los hubiere. Para constancia se firma el presente contrato ante dos testigos hábiles que dan fe de lo acordado, en dos (2) ejemplares de un mismo tenor y valor con destino a cada una de ellas, el **ONCE (11)** del mes de **DICIEMBRE** del año **DOS MIL DIECISIETE (2017).**

CLINICA VERSALLES S.A.

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
N° 30.308.289 de Manizales

EL TRABAJADOR,

DANIELA GONZALEZ GIRALDO
N° 1.060.651.057 de Villamaría

CONTRATANTE	CLINICA VERSALLES S.A. Nit. 810003245-1	**DIRECCIÓN DEL CONTRATANTE**	Calle 51 no. 24-50
TRABAJADOR	Diana Cristina Restrepo Osorio	**DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR**	Carrera 24
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.053.798.861	**CARGO A DESEMPEÑAR**	Medico general
FECHA DE NACIMIENTO	22/08/1989	**TELÉFONOS**	3147136440
TÉRMINO DE CONTRATO	Termino Fijo 4 meses	**UNIDAD FUNCIONAL**	Urgencias
FECHA DE INICIO DE LABORES	18/09/2018	**LUGAR DONDE SE DESEMPEÑAN LAS LABORES**	Clínica Versalles S.A. Manizales
PERÍODOS DE PAGO	Quincenales	**CIUDAD DONDE SE HA CONTRATADO**	Manizales
SALARIO MENSUAL	TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. ($3.823.200)		

CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FÍJO A 4 MESES CELEBRADO ENTRE CLINICA VERSALLES S.A Y DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO

Entre los suscritos a saber: Por una parte **MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Manizales, identificada con cédula de ciudadanía **No.30.308.289 de Manizales**, obrando en Nombre y Representación de **CLINICA VERSALLES S.A.**, sociedad comercial legalmente constituida mediante documento privado de fecha Veinte y tres (23) de Febrero de Dos mil (2000), con domicilio Principal en la ciudad de Manizales (Caldas), con Número de Identificación Tributaria NIT 810003245-1, de conformidad con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Manizales, quien para los efectos del presente documento se denominará EMPLEADOR y por otra parte **DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO**, mayor de edad, domiciliado (a) en la ciudad de Manizales, identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.053.798.861 de MANIZALES**, quien para los efectos del presente contrato se denominará EL TRABAJADOR, hemos acordado celebrar el presente Contrato de Trabajo a **Término fijo a 4 MESES**, el cual a partir de su formalización y firma, se regirá por las siguientes cláusulas.

PRIMERA. OBJETO: El objeto a desarrollar por parte de **EL TRABAJADOR** mediante el presente contrato consiste en **MEDICO GENERAL** para lo cual éste se obliga a prestar sus servicios profesionales a **CLINICA VERSALLES S.A**, a partir del día **DIECIOCHO (18)** del mes de **SEPTIEMBRE** del año **DOS MIL DIECIOCHO (2018)** inclusive, y hasta el día **DIECISIETE (17)** del mes **ENERO del** año **DOS MIL DIECINUEVE (2019)** inclusive. En contra prestación de lo cual recibirá el salario estipulado en el presente contrato. No obstante, lo anterior, **CLINICA VERSALLES S.A.** podrá promoverlo, trasladarlo o asignarle funciones diversas relacionadas con su objeto social, siempre y cuando no se desmejore en su categoría y remuneración laboral y de acuerdo con lo establecido al respecto en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A.** y en la legislación laboral.

SEGUNDA. REMUNERACIÓN: Por los servicios que preste **EL TRABAJADOR** a **CLINICA VERSALLES S.A**, en desarrollo del presente contrato, ésta última le reconocerá y pagará un salario de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. ($3.823.200),** pagaderos mes vencido. Dicho monto podrá ser modificado por **CLINICA VERSALLES S.A.** sin necesidad de nuevo contrato, siempre que conste por escrito, de tal manera que tales modificaciones(es) se entenderán incorporada (s) al presente acuerdo de voluntades. En el evento en que **CLINICA VERSALLES S.A.** reconozca y pague por cualquier motivo bonificaciones, comisiones o incentivos extralegales, ocasionales o no, se dará cumplimiento a lo previsto en los artículos 15 y 16 de

la Ley 50 de 1990. Por lo tanto, las partes acuerdan que dichas bonificaciones, comisiones e incentivos no se tendrán en cuenta dentro de la base de liquidación para prestaciones, indemnizaciones, vacaciones o cualquier erogación laboral a cargo de **CLINICA VERSALLES S.A,** y en favor de **EL TRABAJADOR**, que de conformidad con la ley deban pagarse con base en el salario. El pago de las bonificaciones, comisiones e incentivos y de la liquidación prestacional final se realizará en las fechas de corte determinadas por **CLINICA VERSALLES S.A.**

TERCERA. JORNADA: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada de trabajo señalada por **CLINICA VERSALLES S.A,** la cual queda establecida en **CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SEMANALES. CLINICA VERSALLES S.A.,** se reserva, la facultad de modificar dicha jornada según sus conveniencias y necesidades técnicas y administrativas, siempre que esté de acuerdo con las disposiciones legales. La circunstancia de que **CLINICA VERSALLES S.A,** y **EL TRABAJADOR** voluntariamente disponga que la jornada semanal de trabajo sea en algunos eventos inferior a las horas semanales para la cuales fue contratado, no significa la reducción definitiva de la jornada máxima legal o convencional. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del C.S.T., modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. De igual manera, las partes podrán acordar que se preste el servicio en los turnos de jornada flexible contemplados en el Art. 51 de la ley 789/02.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL TRABAJADOR ejecutará las labores en tiempo extra o suplementario, lo mismo que en días de descanso legalmente obligatorios, cuando las necesidades del trabajo así lo requieran, previa autorización escrita de **CLINICA VERSALLES S.A,** para cada caso; por tanto, **CLINICA VERSALLES S.A,** no reconocerá el valor de trabajos desarrollados en jornadas adicionales o en días de descanso legalmente obligatorios cuando no haya precedido autorización expresa y escrita para cada caso. De no mediar tal autorización por escrito, **CLINICA VERSALLES S.A.** no asumirá ningún pago, en el entendido de que tales labores, así reporten beneficio a **CLINICA VERSALLES S.A,** no han sido autorizadas por la misma.

CUARTA. PERIODO DE PRUEBA: A partir de la fecha de ingreso, **EL TRABAJADOR** tendrá un periodo de prueba, para el que se fija un término correspondiente a la quinta parte de la duración total del contrato, lapso dentro del cual cualquiera de las partes podrá dar por terminado el contrato de trabajo en cualquier momento, sin necesidad de aviso previo, justificación expresa y sin que haya lugar a indemnización alguna.

QUINTA. DURACION: Como duración del presente contrato, las partes han acordado proyectar el mismo por un término de **CUATRO (04) MESES** contados a partir de su suscripción, y se prorrogara automáticamente por DOS periodos iguales a la inicial mente pactado, si las partes no expresan por escrito su voluntad de terminación, con una antelación no inferior a treinta (30) días.

PARAGRAFO: Si antes del cumplimiento de un año, ninguna de las partes avisare por escrito a la otra su determinación de no prorrogar el contrato, con una antelación no inferior a treinta (30) días, este se entenderá renovado por periodos iguales a **UN (01) AÑO**, y así sucesivamente.

SEXTA. OBLIGACIONES: CLINICA VERSALLES S.A. contrata los servicios personales del **TRABAJADOR** y este se obliga a: **a)** Identificarse como FUNCIONARIO de **CLINICA VERSALLES S.A,** en toda la documentación y labores realizadas en el desarrollo de su actividad; **b)** Brindar información veraz y completa a los posibles beneficiarios y a los beneficiarios efectivos de los planes y programas que ofrece **CLINICA VERSALLES S.A**; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación; **c)** Ser responsable de la racionalización en el uso y la legal y correcta utilización de la papelería, elementos y dinero a su cargo; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la

comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación **d)** Efectuar, con la periodicidad que demande **CLINICA VERSALLES S.A**, un informe de su gestión realizada, que será presentado a su inmediato superior o a la persona que para todo efecto asigne **CLINICA VERSALLES S.A** de acuerdo con el sistema de control que se adopte; **e)** Las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES ESPECIALES: Como consecuencia de las funciones que asume, **EL TRABAJADOR** se obliga especialmente: **a)** A emplear toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las tareas propias de su cargo conforme se determina en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**, así como todas las demás que se le asignen, de acuerdo con las instrucciones de **CLINICA VERSALLES S.A** Por lo demás deberá, igualmente, cooperar y colaborar con otras personas naturales o jurídicas designadas por **CLINICA VERSALLES S.A**, en labores que sean compatibles con las de su cargo, caso en el cual las posibles cargas económico laborales que pudieren derivarse, serán de cargo exclusivo de **CLINICA VERSALLES S.A.**; **b)** Guardar un comportamiento intachable, obrando con espíritu de colaboración en las actividades encomendadas por **CLINICA VERSALLES S.A**, preocupándose especialmente por el buen funcionamiento de las mismas; **c)** Cumplir estrictamente todas las órdenes o instrucciones dadas por los representantes autorizados de **CLINICA VERSALLES S.A**; **d)** Guardar en secreto todos los hechos o informes conocidos en el desempeño de sus funciones y cuya divulgación pudiere causar perjuicios a **CLINICA VERSALLES S.A** o colocarla en posición desventajosa frente a otras personas naturales o jurídicas que operen en negocios similares; **e)** Dedicar al servicio de **CLINICA VERSALLES S.A.**, con carácter exclusivo, toda su capacidad de trabajo, de tal forma que, no podrá desempeñarse en labores que impliquen agenciamiento o venta de planes de salud a favor de otras entidades; Igualmente, se obliga a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales o de prestación de servicios de carácter civil o comercial, a otros empleadores o contratantes respectivamente, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio; **f)** Informar a sus superiores cualquier problema o anomalía que encuentre en el desempeño de sus labores o en cualquier frente de trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**; **g)** Presentarse en su trabajo con traje adecuado y compatible con sus funciones y categoría; **h)** Guardar ante sus compañeros superiores y subalternos un comportamiento correcto; **i)** Llevar un estricto control sobre todos los elementos que se encuentran a su cargo; **j)** Restituir a la terminación del contrato, por cualquier motivo, todos los documentos y equipos entregados por **CLINICA VERSALLES S.A.** para el desempeño de sus funciones. De no hacerlo deberá restituir, el valor en dinero de dichos elementos, para lo cual autoriza desde ya a descontar el mismo del valor de la liquidación final de prestaciones, bonificaciones, comisiones e incentivos y demás pagos laborales y no laborales que le correspondan; **k)** Pagar el valor comercial o el valor del arreglo de aquellos elementos relacionados con su trabajo, cuando en ellos ocurrieren daños o pérdidas no imputables al desgaste o uso natural o corriente, caso fortuito o fuerza mayor. De no efectuar el pago correspondiente, el trabajador autoriza desde ya a que la suma adeudada le sea descontada de su salario y/o de su liquidación final de prestaciones, comisiones, incentivos y bonificaciones y demás pagos laborales y no laborales; en caso de que la causa de daño o pérdida sea imputable a cualquiera de sus subalternos, si es del caso, tendrá derecho a solicitar por escrito que las consecuencias anteriormente enunciadas se trasladen al responsable, siempre y cuando se pueda a juicio de **CLINICA VERSALLES S.A**, acreditar dicha situación y ello fuere posible (que el subalterno siga vinculado a **CLINICA VERSALLES S.A** y que del monto laboral adeudado alcance a descontarse el valor total, entre otras circunstancias). No obstante esto, su responsabilidad no acaba hasta que no se restituya o arreglen los instrumentos correspondientes; **l)** Someterse a los exámenes médicos y/o sanitarios que **CLINICA VERSALLES S.A** ordene en cualquier tiempo; **m)** Reportar al Departamento de Talento Humano de **CLINICA VERSALLES S.A**, por si o por indirecta persona, cualquier enfermedad o accidente profesional o común, a fin de tramitar la correspondiente incapacidad; **n)** Asistir a los planes y programas de capacitación que **CLINICA VERSALLES S.A.** le indique y a aprobarlos con el fin de obtener el respectivo certificado. **ñ)** Efectuar las denuncias penales y/o querellas correspondientes ante la autoridad competente, en aquellos eventos en que le conste o tenga conocimiento de actuaciones ilícitas tanto de su personal a cargo como de cualquier empleado o contratista de **CLINICA VERSALLES S.A**; **o)** Efectuar informes y asistir a comités y demás reuniones

cada vez que sea requerido para ello; **p)** Cumplir en forma puntual el horario establecido por **CLINICA VERSALLES S.A.** para el desempeño de sus funciones; **q)** las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES ESPECIALES ADICIONALES: Adicionalmente, se establecen como obligaciones de **EL TRABAJADOR: a)** No instalar software en los computadores entregados como herramienta de trabajo, sin autorización previa escrita otorgada por el área de tecnología de **CLINICA VERSALLES S.A; b)** No recibir o enviar correspondencia de tipo personal vía fax o mail. **c)** No enviar archivos vía mail que sobrepasen 2 megabytes en tamaño. Si existe alguna duda al respecto se debe contactar el departamento respectivo de **CLINICA VERSALLES S.A.** antes de realizar el envío. El envío de archivos de un tamaño mayor se hará por correo tradicional usando los medios de almacenamiento disponibles, para lo cual deberá solicitar el apoyo del Departamento correspondiente de **CLINICA VERSALLES S.A.**; **d)** No utilizar los equipos para actividades de entretención tales como, juegos, consulta de páginas Web que no tengan relación directa con las funciones propias de la naturaleza de la labor encomendada, descargar archivos musicales de Internet, fotos, videos, música en formato mp3 u otro, software "gratuito y todas aquellas que puedan distraer a **EL TRABAJADOR** de su actividad laboral y que no hayan sido objeto de instalación o autorización por parte de **CLINICA VERSALLES S.A**; **e)** No utilizar los computadores para fines personales, realizar labores de tipo académico o guardar archivos tales como fotos y en general, información que ocupen innecesariamente los recursos del equipo. **f)** Dar a conocer al superior inmediato la clave de acceso al equipo para que tenga acceso a la información que reposa en el computador en aquellas situaciones en que **EL TRABAJADOR** no concurra al trabajo o cuando el empleador expresamente así lo disponga o en cualquier caso con fines de auditoría; **g)** No utilizar indebidamente la red de datos interna, esto es, introducirse sin autorización previa en los archivos de los otros trabajadores de **CLINICA VERSALLES S.A**, sin importar que cause o no daños; **h)** No hacer llamadas personales que sobrepasen los tres (3) minutos a menos de que se trate de un motivo que configure fuerza mayor o caso fortuito o estado de necesidad, así como tampoco realizar llamadas personales de larga distancia nacional o internacional, ni llamadas a celulares. En cualquiera de estos casos **CLINICA VERSALLES S.A.** quedará facultada para descontar de cualquier suma que adeude a **EL TRABAJADOR**, el costo de las llamadas que contravengan lo acá establecido; **i)** Colaborar con la labor de auditoria que periódicamente realizará CLINICA **VERSALLES S.A.** a los computadores y equipos de hardware de la compañía con el fin de constatar si están siendo utilizados por **EL TRABAJADOR** únicamente con fines laborales. Para el efecto será necesario que **EL TRABAJADOR** de a conocer al auditor la clave de acceso al equipo; **j)** Con el fin de identificar a cada trabajador en la red de datos interna de la compañía, se asigna a cada trabajador un nombre de usuario y una contraseña. Es responsabilidad del usuario mantener en secreto - excepto las excepciones del presente contrato - y cambiar periódicamente la contraseña. Todos los sistemas de información de la compañía están diseñados para guardar los registros de todas las acciones realizadas identificando al autor de dichas acciones por el nombre de usuario. **EL TRABAJADOR** es responsable por todas las acciones que se realicen en los sistemas de información de la empresa con el nombre del usuario asignado **k)** las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES DE SEGURIDAD: Son obligaciones de **EL TRABAJADOR**, el acatamiento de las medidas de seguridad establecidas por la compañía, especialmente las siguientes: **a)** Portar visible y permanentemente desde el ingreso a su lugar de trabajo el carné que lo identifique como funcionario de la misma. En caso en que **EL TRABAJADOR** olvide o este en la imposibilidad de portar el carné deberá registrarse en la portería; **b)** Reportar y registrar en los libros de vigilancia de las instalaciones de su sitio de trabajo el ingreso y salida de equipos, paquetes u otro tipo de elementos o activos propios o del empleador; **c).** El ingreso o salida de **EL TRABAJADOR** de las instalaciones de su sitio de trabajo en horas y/o días no laborables debe registrarse en el libro de vigilancia con la fecha, hora de entrada, hora de salida y firma, preferiblemente sin acompañantes; **d) EL TRABAJADOR** deberá permitir la revisión de los bolsos y paquetes al ingreso y salida de las instalaciones de su sitio de trabajo por el personal de seguridad designado para ello; **e) EL TRABAJADOR** deberá hacerse responsable del buen manejo, uso y cuidado de los elementos entregados por **CLINICA VERSALLES**

S.A. para realizar su labor, haciéndose extensible esta obligación al cuidado manejo adecuado y control de las oficinas, consultorios y activos en general de la compañía; **f) EL TRABAJADOR** no deberá permitir el ingreso y atención de vendedores o personas diferentes a las autorizadas y las que tengan que ver con el desarrollo del encargo laboral para la cual fue contratado; **g)** No permitir el ingreso de personas que no hayan sido previamente autorizadas por el funcionario que recibe la visita; **h)** No se permiten las visitas de carácter personal y en el evento en que se presenten deben ser atendidas sin interferir con la ejecución de las labores diarias.

PARAGRAFO: EL TRABAJADOR autoriza y consiente desde ya, en forma expresa e irrevocable con la firma del presente contrato y sin necesidad de requisito adicional alguno, para que en el marco de un eventual proceso disciplinario en el cual se encuentre incurso, se le practique la prueba del polígrafo, cuando quiera que **CLINICA VERSALLES S.A.** lo considere necesario.

OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD: Son obligaciones de EL TRABAJADOR, garantizar la política de integridad y protección de datos establecida por la compañía, especialmente las siguientes: a) Que con ocasión de la expedición de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", en concordancia con lo dispuesto por el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, **CLINICA VERSALLES S.A.**, es responsable del tratamiento de la información, entendido éste como la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de datos personales y datos sensibles, los cuales serán incluidos en las distintas bases de datos de manejo institucional. b) Que en mi calidad de TRABAJADOR y en consideración al compromiso contractual que mantengo con **CLINICA VERSALLES S.A.**, así como del acceso que se me permite a sus Bases de Información, constato que soy consciente de la importancia de mis responsabilidades en cuanto a no poner en peligro la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información que maneja **CLINICA VERSALLES S.A** y las UNIDADES ESTRATEGICAS DE NEGOCIOS con las que la sociedad mantiene sus relaciones comerciales. c) Que, como Trabajador, entiendo y me comprometo a cumplir los Procedimientos de Seguridad de los Sistemas de Información que corresponden a mis funciones en la Institución. d) Que como trabajador Asociado, me comprometo a cumplir, asimismo, todas las disposiciones relativas a la política de **CLINICA VERSALLES S.A**. en materia de uso y protección de datos sensibles, y a no divulgar la información que reciba a lo largo de mi relación con la Institución, subsistiendo este deber de secreto, aun después de que finalice dicha relación y tanto si esta información es de su propiedad, como si pertenece a un cliente de la misma, o a alguna otra Sociedad que proporcione a **CLINICA VERSALLES S.A**. el acceso a dicha información, cualquiera que sea la forma de acceso a tales datos o información y el soporte en el que consten, quedando absolutamente prohibido obtener copias sin previa autorización. e) Que, como trabajador, entiendo que el incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones que constan en el presente documento, intencionalmente o por negligencia, podrían implicar en su caso, las sanciones disciplinarias correspondientes por parte de **CLINICA VERSALLES S.A**. y la posible reclamación por parte de la misma de los daños económicos causados. f) Que como trabajador entiendo la importancia de la protección de los datos personales para los titulares de los mismos, y en ese sentido, mis acciones en el desarrollo de mis labores se deben orientar por la búsqueda de la efectividad de los derechos de los titulares. G) Según como consta en la circular Externa 09 del 21 de Abril de 2016, donde se introducen los parámetros mínimos que el agente de SGSSS vigilados por la SNS debe tener en cuenta en el diseño, implementación y funcionamiento de un sistema de auto control y gestión del riesgo de LA/FT, autorizo al personal de Gestión Humana de la Clínica Versalles S.A.S, a administrar la documentación incluida en mi hoja de vida y que reposa en las instalaciones de la Institución, con el objeto de poder dar respuesta a cualquier tipo de requerimiento que alguna entidad competente pueda necesitar.

SEPTIMA. PERJUICIOS: Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicios a los intereses de los afiliados, que cometa **EL TRABAJADOR** en el desarrollo de sus actividades y que conlleve responsabilidad por parte de **CLINICA VERSALLES S.A.**, hará a **EL TRABAJADOR** solidariamente responsable por el monto de los perjuicios, multas o sanciones en los cuales pueda incurrir **CLINICA VERSALLES S.A.**, con ocasión de este hecho, de conformidad con el

artículo 19 del Decreto 1485 de 1.994 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan, aclaren o adicionen, por lo cual **CLINICA VERSALLES S.A.** podrá descontar de su liquidación de prestaciones sociales, bonificaciones, incentivos, comisiones y demás pagos laborales y no laborales, el valor que la persona afectada declare como perjuicio; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación.

OCTAVA. SUSPENSION: Se constituyen como causales de suspensión del Contrato de trabajo, las enumeradas en el artículo 4 de la Ley 50 de 1.990 y en las disposiciones que lo modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan, así como las contempladas en el Reglamento Interno de Trabajo.

NOVENA. TERMINACIÓN: Son justas causas para dar por terminado el presente contrato las señaladas en la Legislación Laboral, las indicadas como causales de despido en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**, y además los hechos que a continuación se enumeran, que las partes convienen considerar como constitutivos de faltas con gravedad suficiente para dar por terminado el contrato de Trabajo unilateralmente y sin necesidad de preaviso alguno por parte de **CLINICA VERSALLES S.A**: **a)** Presentarse al trabajo en estado de embriaguez o enervamiento por cualquier clase de bebida o droga; **b)** Faltar al trabajo sin licencia o permiso previo por tres (3) o más días durante un mismo período mensual (no necesariamente calendario) sean o no sean consecutivos, sin justificación aceptable; **c)** Las faltas de respeto o el maltrato de obra para con otros empleados de **CLINICA VERSALLES S.A.**, contra sus clientes o visitantes, dentro o fuera de los lugares y horas de trabajo. **d)** El abandono sin permiso previo del puesto de trabajo cuando deba permanecer en éste; **e)** Las sustracciones o el uso en provecho propio o ajeno de cualquiera de los dineros, instrumentos y/o equipos de trabajo de la oficina; **f)** El hecho de penetrar directamente o permitir o facilitar el acceso de terceros a las dependencias de **CLINICA VERSALLES S.A.**, sin autorización, fuera de las horas de trabajo y por razones ajenas a éste; **g)** El hecho de demorar el trámite de cualquier documento u operación, sin la debida justificación; **h)** Trabajar en labores distintas o asesorar a otras personas naturales o jurídicas sobre sistemas, procedimientos o técnicas de trabajo sin la debida autorización; **i)** La recepción de sumas de dinero en efectivo provenientes de terceros por cualquier concepto en ejercicio de su actividad, o contraviniendo las instrucciones que al respecto emita **CLINICA VERSALLES S.A**; **j)** La realización de cualquier infracción, error u omisión que comprometa la responsabilidad de **CLINICA VERSALLES S.A** así ésta no haya sido declarada en instancia judicial o administrativa, para lo cual bastará el reconocimiento que **CLINICA VERSALLES S.A** haga de la misma; **k)** La divulgación de hechos o informes conocidos en el desarrollo de su trabajo que puedan causar perjuicios o colocar en posición desventajosa frente a otras personas, naturales o jurídicas, a **CLINICA VERSALLES S.A.**. **l)** La adquisición de cualquier enfermedad infectocontagiosa que implique riesgo grave en el desarrollo de sus labores y/o relacionadas con el trato con los posibles beneficiarios o beneficiarios efectivos de los programas ofrecidos por **CLINICA VERSALLES S.A m)** La negativa injustificada a practicarse exámenes médicos o sanitarios ordenados por **CLINICA VERSALLES S.A**; **n)** La inasistencia injustificada a los planes y programas de capacitación que determine **CLINICA VERSALLES S.A.**, o la no aprobación de los mismos; **ñ)** El no reportar al Departamento de Gestión Humana de **CLINICA VERSALLES S.A**, por si o por indirecta persona, cualquier enfermedad o accidente profesional o común, a fin de tramitar la correspondiente incapacidad; **o)** No efectuar las denuncias penales y querellas correspondientes ante las autoridades competentes en aquellos eventos en que tenga conocimiento de actuaciones ilícitas. **p)** El extravío o pérdida dolosos o culposos de la papelería a él asignada o el uso fraudulento o irracional que a ella se le dé, sin perjuicio de las acciones civiles y penales a que hubiere lugar. **q)** El hecho de ser demandado en algún proceso judicial o disciplinario o el hecho de haber sido denunciado penalmente por cualquier hecho delictivo o infracción policiva o hecho del que se pudiere derivar responsabilidad penal; **r)** La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente a juicio del empleador, por tres (3) veces dentro de un mismo mes del calendario o diferente mes pero dentro de un mismo período mensual; **s)** El incumplimiento así sea leve de las obligaciones contenidas en la cláusula quinta y/o de obligaciones y/o funciones de **EL TRABAJADOR**, conforme al objeto del presente contrato; **t)** Cuando por cualquier motivo no pueda

continuarse con el desarrollo del objeto contractual y/o en criterio de **CLINICA VERSALLES S.A** ya no sea necesario.

DÉCIMA. CONOCIMIENTO DE NORMAS: EL TRABAJADOR manifiesta conocer y aceptar todas las normas contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A.**, en el Reglamento de Seguridad y salud en el trabajo o en el Programa de seguridad y salud en el trabajo.

DÉCIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia que entre las partes se suscite con ocasión de la existencia, validez, eficacia, vigencia, interpretación, modificación, responsabilidad, ejecución, cumplimiento, terminación y liquidación del presente contrato, de no ser resuelta directamente por las partes, se someterá a la decisión de un tribunal de arbitramento de la Ciudad de Bogotá D.C., el cual deberá estar integrado por un Tres (3) árbitros, abogados, designados por mutuo acuerdo de las partes. El laudo arbitral se proferirá en derecho y el tribunal arbitral tendrá su sede en el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de la Ciudad de Bogotá D.C.

DÉCIMA SEGUNDA. CUSTODIA DE IMPLEMENTOS O INSTRUMENTOS: **EL TRABAJADOR** se obliga a cuidar los implementos e instrumentos recibidos en razón de su cargo, tales como, aparatos médicos, computadores, beepers, teléfonos celulares (etc.), y/o aquellos que se le asignen. En caso de daños o deterioros distintos a los derivados del uso normal o de la acción del tiempo y que fueren imputables al mal uso de la instrumentación y/o a su propia culpa, deberá efectuar oportunamente y por su cuenta las reparaciones o sustituciones necesarias. En caso de pérdida de instrumentos imputable a él, es decir, por el incumplimiento injustificado de su obligación de custodiar, deberá restituir un instrumento de idéntica calidad o en su defecto deberá pagar el valor comercial actual del instrumento y/o aparato. En caso de que la causa de daño o pérdida sea imputable a cualquiera de sus subalternos, si es del caso, tendrá derecho a solicitar por escrito, que las consecuencias anteriormente enunciadas se trasladen al responsable, siempre y cuando se pueda acreditar dicha situación. No obstante, su responsabilidad no acaba hasta que no se restituya o arreglen los instrumentos correspondientes.

DÉCIMA TERCERA. DESCUENTO POR NÓMINA. **EL TRABAJADOR** autoriza mediante la suscripción del presente contrato, que le sea descontado por nómina, de su salario mensual y/o de la liquidación de prestaciones sociales o de cualquier especie de incentivo, bonificación o comisión o pagos laborales y no laborales que le correspondan, el valor comercial actual del instrumento o aparato o el valor de su arreglo, en caso de llegarse a configurar alguna de las situaciones anteriormente previstas. Así mismo, **EL TRABAJADOR** autoriza de manera expresa desde ya a **CLINICA VERSALLES S.A** a descontar de su salario y/o de su liquidación de prestaciones sociales y en general de cualquier acreencia que exista en su favor, toda suma de dinero que pueda deber a **CLINICA VERSALLES S.A.** como consecuencia del incumplimiento de sus obligaciones laborales.

DÉCIMA CUARTA. (1) El Numeral Octavo (8º) del Artículo Sesenta (60) del Código Sustantivo del Trabajo establece como una prohibición especial para los trabajadores, el uso de útiles o herramientas suministradas por el patrono en objeto distinto del trabajo contratado. La disposición propende porque todo material de trabajo que es entregado a **EL TRABAJADOR** para desarrollar la actividad para la cual fue contratado, no sea utilizado en actividades ajenas a su labor dentro y fuera de su jornada laboral. Facultad esta, que también se encuentra consagrada en la jurisprudencia que al respecto a emitido la H. Corte Constitucional en la Sentencia T- 261 DE JUNIO 20 DE 1995 M.P. José Gregorio Hernández.

"CLINICA VERSALLES S.A.", bajo la premisa de la norma en mención, en su calidad de empleador tiene la facultad de controlar las actividades que sus trabajadores realizan con los equipos de sistemas que tienen o no acceso al servicio de Internet, el uso de las líneas telefónicas y el fax, ya que se trata de herramientas de trabajo, de las cuales se valen los empleados para el desempeño de sus labores.

(2) Armonizando las disposiciones Quince (15) de la Carta Política y Sesenta (60) del Código Sustantivo del Trabajo, tenemos que, en las actividades ajenas al círculo reservado de las personas, siendo el caso del ámbito laboral, cuando resulta estrictamente necesario para el desempeño de dichas actividades, el tercero puede penetrar en el entorno privado.

En el caso concreto, "**CLINICA VERSALLES S.A"** podrá realizar auditorías de sistemas, grabar las llamadas que se efectúen a través de los teléfonos de la compañía, ejercer control a las líneas telefónicas y al fax, con el único propósito de comprobar y monitorear que los trabajadores utilicen dichas herramientas con fines estrictamente laborales, y no por el contrario, con fines personales o como mecanismos de entretenimiento.

DÉCIMA QUINTA. CAMBIO DE DOMICILIO: EL TRABAJADOR se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a **CLINICA VERSALLES S.A**, cualquier cambio en su dirección de residencia teniéndose en todo caso como suya la última dirección registrada en su hoja de vida.

DÉCIMA SEXTA. CESIÓN DE DERECHOS: EL TRABAJADOR se obliga con la firma del presente contrato a ceder a favor de **CLINICA VERSALLES S.A.** los derechos de autor que sobre programas de computación o software y/o hardware implemente para ésta, para tal efecto **EL TRABAJADOR** se denominada **CEDENTE** y **CLINICA VERSALLES S.A.** se denominara **CESIONARIO**, lo anterior de acuerdo a lo contemplado a las cláusulas siguientes:

DÉCIMA SEPTIMA. TRANSFERENCIA DE DERECHOS: La presente tiene como objeto transferir los derechos patrimoniales que no hayan sido cedidos por la naturaleza misma de la relación laboral existente entre el **CEDENTE** y el **CESIONARIO**, durante el desarrollo de la obra o (software y/ hardware) contratada.

DÉCIMA OCTAVA. CESIÓN DE DERECHOS SOBRE EL OBJETO CONTRACTUAL: El **CEDENTE**, por medio del presente acto, cede al **CESIONARIO** todos y cada uno de los derechos patrimoniales que tenga o pueda llegar a tener sobre la OBRA objeto del presente contrato, tanto en Colombia como en el exterior. El **CEDENTE** no conservará, ni se reservará derecho patrimonial alguno sobre la OBRA del presente acuerdo, salvo los derechos morales de autor en los términos que en el presente contrato se establecen.

DÉCIMA NOVENA. DERECHOS TRANSFERIDOS: El **CESIONARIO** podrá, comercializar, distribuir, reproducir, editar, adaptar, fijar, comunicar, ejecutar, utilizar, licenciar, difundir, publicar, copiar o de cualquier otra manera podrá obtener provecho económico de la OBRA objeto del presente acuerdo, libremente y sin ningún tipo de limitación territorial y por cualquier medio existente o por existir.

PARÁGRAFO PRIMERO: El **CESIONARIO** podrá libremente transferir, total o parcialmente, los derechos patrimoniales sobre la OBRA.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A partir de la formalización y firma del presente contrato el **CEDENTE** autoriza al **CESIONARIO** a modificar la obra, total o parcialmente en cualquier momento y por cualquier persona designada por la misma o por quien sea titular de los derechos patrimoniales en el debido momento.

VIGÉSIMA. RENUNCIA EXPRESA DEL CEDENTE A LOS DERECHOS PATRIMONIALES SOBRE LA OBRA: El **CEDENTE** es consciente de que, al carecer de derechos patrimoniales sobre la OBRA, no podrá ejercer ninguno de estos y particularmente no podrá reproducir, difundir, modificar, derivar otra OBRA, licenciar, enajenar u obtener provecho a nivel personal directa o indirectamente de la OBRA, sin que medie autorización previa, expresa y escrita del **CESIONARIO**.

VIGÉSIMA PRIMERA. ENTREGA DE DOCUMENTOS: Al momento de la formalización y firma del presente contrato, de ser el caso, el **CEDENTE** deberá entregar todos los originales y las copias de la

OBRA y los códigos fuentes. Esta obligación cubre todas las versiones anteriores y actuales (hasta la fecha de suscripción del presente contrato), que hayan o no sido puestas en el mercado. El **CEDENTE** no podrá en ningún caso, salvo autorización expresa y escrita del **CESIONARIO** conservar, hacer una copia o de cualquier manera sustraer, así sea para uso personal, los códigos fuente u objeto, manuales, o instrucciones de la obra.

VIGÉSIMA SEGUNDA. SOLICITUD DE MANTENERSE ANÓNIMO POR PARTE DEL CEDENTE: En uso del derecho de autor, el **CEDENTE** solicita irrevocablemente mantenerse anónimo y por lo tanto no ser mencionado como autor de la OBRA. Sin embargo, dentro de su experiencia profesional el **CEDENTE** podrá hacer mención de haber participado en la creación de la OBRA.

VIGÉSIMA TERCERA. GRAVÁMENES: La OBRA debe encontrarse libre de cualquier medida tecnológica efectiva que impida su correcta explotación económica o su modificación, por ejemplo, por encriptación o bombas lógicas.

VIGÉSIMA CUARTA. DERECHOS DEL CESIONARIO FRENTE A MEJORAS O MODIFICACIONES O INVENTOS DERIVADOS DE LA OBRA ORIGINAL: El **CESIONARIO** tendrá derecho de patentar a su nombre o a nombre de terceros, inventos o mejoras contenidos en la OBRA, respetando el derecho del **CEDENTE** a ser mencionado como inventor en la correspondiente patente, si así lo desea el mismo. El **CEDENTE** carecerá del derecho de patentar a su nombre el contenido de la OBRA.

VIGÉSIMA QUINTA. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CEDENTE: De ser necesario requerírsele, el **CEDENTE**, accederá a facilitar el cumplimiento oportuno de todas las formalidades referentes al registro, cesión de derechos y/o trámite de patentes y otorgará su firma o extenderá los poderes y documentos necesarios para tal fin. En caso de que el **CESIONARIO** no pueda obtener la firma del **CEDENTE** en los documentos mencionados, como consecuencia de impedimentos físicos, mentales o por cualquier otra causa, el **CEDENTE** concede poder de manera irrevocable al representante legal del **CESIONARIO** para que, en su nombre y representación, firme dichos documentos y realice todas las diligencias necesarias para el cumplimiento de las formalidades señaladas en el presente contrato.

VIGÉSIMA SEXTA. DERECHO DE SIGNOS DISTINTIVOS: El **CEDENTE** manifiesta que no ha iniciado la solicitud de registro de ningún signo distintivo en Colombia o en el exterior, en donde se identifique la Obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** acepta ceder al **CESIONARIO**, por medio del presente contrato, cualquier derecho o expectativa de derecho que pudiera tener sobre las marcas o signos distintivos relativos a la obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** se compromete a no registrar directa o indirectamente signos distintivos, idénticos, similares, parecidos o que conlleven a confusión, frente a los que posee el **CESIONARIO** o a los derivados de la obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** acepta que el **CESIONARIO** o quien sea designado por el mismo, podrá registrar a su nombre cualquiera de los signos distintivos relativos a la obra objeto del presente contrato.

El presente contrato deja sin valor ni efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las mismas partes, si lo hubiere. Para constancia se firma el presente contrato ante dos testigos hábiles que dan fe de lo acordado, en dos (2) ejemplares de un mismo tenor y valor con destino a cada una de ellas, el **DIECISIETE (17)** del mes de **SEPTIEMBRE** del año **DOS MIL DIECIOCHO (2018).**

CLINICA VERSALLES S.A.

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
Nº 30.308.289 DE MANIZALES

EL TRABAJADOR,

DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
No. 1.053.798.861 DE MANIZALES

CONTRATANTE	CLINICA VERSALLES S.A. Nit. 810003245-1	**DIRECCIÓN DEL CONTRATANTE**	Calle 51 no. 24-50
TRABAJADOR	Daniela González Giraldo	**DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR**	Cra 15 a N6-36 B/La Pradera
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.060.651.057	**CARGO A DESEMPEÑAR**	Medico general
FECHA DE NACIMIENTO	08/11/1991	**TELÉFONOS**	3105411186
TÉRMINO DE CONTRATO	Termino Fijo a 4 meses	**UNIDAD FUNCIONAL**	Urgencias
FECHA DE INICIO DE LABORES	11/12/2017	**LUGAR DONDE SE DESEMPEÑAN LAS LABORES**	Clínica Versalles S.A. Manizales
PERÍODOS DE PAGO	Quincenales	**CIUDAD DONDE SE HA CONTRATADO**	Manizales
SALARIO MENSUAL	Tres millones seiscientos setenta y seis mil cien Pesos m/cte. ($3.676.100)		

CONTRATO DE TRABAJO A TÉRMINO FÍJO A 4 MESES CELEBRADO ENTRE CLINICA VERSALLES S.A Y DANIELA GONZÁLEZ GIRALDO

Entre los suscritos a saber: Por una parte **MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA**, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Manizales, identificada con cédula de ciudadanía **No.30.308.289 de Filadelfia**, obrando en Nombre y Representación de **CLINICA VERSALLES S.A.**, sociedad comercial legalmente constituida mediante documento privado de fecha Veinte y tres (23) de Febrero de Dos mil (2000), con domicilio Principal en la ciudad de Manizales (Caldas), con Número de Identificación Tributaria NIT 810003245-1, de conformidad con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Manizales, quien para los efectos del presente documento se denominará EMPLEADOR y por otra parte **DANIELA GONZÁLEZ GIRALDO,** mayor de edad, domiciliado (a) en la ciudad de Manizales, identificado con cédula de ciudadanía **No. 1.060.651.057 de Villamaría**, quien para los efectos del presente contrato se denominará EL TRABAJADOR, hemos acordado celebrar el presente Contrato de Trabajo a **Término fijo a 4 MESES**, el cual a partir de su formalización y firma, se regirá por las siguientes cláusulas.

PRIMERA. OBJETO: El objeto a desarrollar por parte de **EL TRABAJADOR** mediante el presente contrato consiste en **MEDICO GENERAL** para lo cual éste se obliga a prestar sus servicios profesionales a **CLINICA VERSALLES S.A**, a partir del día **ONCE (11)** del mes de **DICIEMBRE** del año **DOS MIL DIECISIETE (2017)** inclusive, y hasta el día **DIEZ (10)** del mes **ABRIL** del año **DOS MIL DIECIOCHO(2018)** inclusive. En contra prestación de lo cual recibirá el salario estipulado en el presente contrato. No obstante, lo anterior, **CLINICA VERSALLES S.A.** podrá promoverlo, trasladarlo o asignarle funciones diversas relacionadas con su objeto social, siempre y cuando no se desmejore en su categoría y remuneración laboral y de acuerdo con lo establecido al respecto en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A.** y en la legislación laboral.

SEGUNDA. REMUNERACIÓN: Por los servicios que preste **EL TRABAJADOR** a **CLINICA VERSALLES S. A**, en desarrollo del presente contrato, ésta última le reconocerá y pagará un salario de **TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CIEN PESOS M/CTE. ($3.676.100),** pagaderos mes vencido. Dicho monto podrá ser modificado por **CLINICA VERSALLES S.A.** sin necesidad de nuevo contrato, siempre que conste por escrito, de tal manera que tales modificaciones(es) se entenderán incorporada (s) al presente acuerdo de voluntades. En el evento en que **CLINICA VERSALLES S.A.** reconozca y pague por cualquier motivo bonificaciones, comisiones o incentivos extralegales, ocasionales o no, se dará cumplimiento a lo previsto en los artículos 15 y 16 de la Ley 50 de 1990. Por lo tanto, las partes acuerdan que dichas bonificaciones, comisiones e incentivos no se tendrán en cuenta dentro de la base de liquidación

para prestaciones, indemnizaciones, vacaciones o cualquier erogación laboral a cargo de **CLINICA VERSALLES S.A,** y en favor de **EL TRABAJADOR**, que de conformidad con la ley deban pagarse con base en el salario. El pago de las bonificaciones, comisiones e incentivos y de la liquidación prestacional final se realizará en las fechas de corte determinadas por **CLINICA VERSALLES S.A.**

TERCERA. JORNADA: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada de trabajo señalada por **CLINICA VERSALLES S.A,** la cual queda establecida en **CUARENTA Y OCHO (48) HORAS SEMANALES. CLINICA VERSALLES S.A.,** se reserva, la facultad de modificar dicha jornada según sus conveniencias y necesidades técnicas y administrativas, siempre que esté de acuerdo con las disposiciones legales. La circunstancia de que **CLINICA VERSALLES S.A,** y **EL TRABAJADOR** voluntariamente disponga que la jornada semanal de trabajo sea en algunos eventos inferior a las horas semanales para la cuales fue contratado, no significa la reducción definitiva de la jornada máxima legal o convencional. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del C.S.T., modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem. De igual manera, las partes podrán acordar que se preste el servicio en los turnos de jornada flexible contemplados en el Art. 51 de la ley 789/02.

PARÁGRAFO PRIMERO: EL TRABAJADOR ejecutará las labores en tiempo extra o suplementario, lo mismo que en días de descanso legalmente obligatorios, cuando las necesidades del trabajo así lo requieran, previa autorización escrita de **CLINICA VERSALLES S.A,** para cada caso; por tanto, **CLINICA VERSALLES S.A,** no reconocerá el valor de trabajos desarrollados en jornadas adicionales o en días de descanso legalmente obligatorios cuando no haya precedido autorización expresa y escrita para cada caso. De no mediar tal autorización por escrito, **CLINICA VERSALLES S.A.** no asumirá ningún pago, en el entendido de que tales labores, así reporten beneficio a **CLINICA VERSALLES S.A,** no han sido autorizadas por la misma.

CUARTA. PERIODO DE PRUEBA: A partir de la fecha de ingreso, **EL TRABAJADOR** tendrá un periodo de prueba, para el que se fija un término correspondiente a la quinta parte de la duración total del contrato, lapso dentro del cual cualquiera de las partes podrá dar por terminado el contrato de trabajo en cualquier momento, sin necesidad de aviso previo, justificación expresa y sin que haya lugar a indemnización alguna.

QUINTA. DURACION: Como duración del presente contrato, las partes han acordado proyectar la misma para un término de **CUATRO (04) MESES,** contados a partir de su formalización y firma, término al final del cual se dará por terminado o se procederá a su prórroga, según sea el caso. Si antes de la fecha del vencimiento del término estipulado, ninguna de las partes avisare por escrito a la otra su determinación de no prorrogar el contrato, con una antelación no inferior a treinta (30) días, este se entenderá renovado por un periodo igual al inicialmente pactado, y así sucesivamente.

SEXTA. OBLIGACIONES: CLINICA VERSALLES S.A. contrata los servicios personales del **TRABAJADOR** y este se obliga a: **a)** Identificarse como FUNCIONARIO de **CLINICA VERSALLES S.A,** en toda la documentación y labores realizadas en el desarrollo de su actividad; **b)** Brindar información veraz y completa a los posibles beneficiarios y a los beneficiarios efectivos de los planes y programas que ofrece **CLINICA VERSALLES S.A**; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación; **c)** Ser responsable de la racionalización en el uso y la legal y correcta utilización de la papelería, elementos y dinero a su cargo; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación **d)** Efectuar, con la periodicidad que demande **CLINICA VERSALLES S.A**, un informe de su gestión realizada, que será presentado a su inmediato superior o a la persona que para todo efecto asigne **CLINICA VERSALLES S.A** de acuerdo con el sistema de control que se adopte; **e)** Las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES ESPECIALES: Como consecuencia de las funciones que asume, **EL TRABAJADOR** se obliga especialmente: **a)** A emplear toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de las tareas propias de su cargo conforme se determina en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**, así como todas las demás que se le asignen, de acuerdo con las instrucciones de **CLINICA VERSALLES S.A** Por lo demás deberá, igualmente, cooperar y colaborar con otras personas naturales o jurídicas designadas por **CLINICA VERSALLES S.A**, en labores que sean compatibles con las de su cargo, caso en el cual las posibles cargas económico laborales que pudieren derivarse, serán de cargo exclusivo de **CLINICA VERSALLES S.A.**; **b)** Guardar un comportamiento intachable, obrando con espíritu de colaboración en las actividades encomendadas por **CLINICA VERSALLES S.A**, preocupándose especialmente por el buen funcionamiento de las mismas; **c)** Cumplir estrictamente todas las órdenes o instrucciones dadas por los representantes autorizados de **CLINICA VERSALLES S.A**; **d)** Guardar en secreto todos los hechos o informes conocidos en el desempeño de sus funciones y cuya divulgación pudiere causar perjuicios a **CLINICA VERSALLES S.A** o colocarla en posición desventajosa frente a otras personas naturales o jurídicas que operen en negocios similares; **e)** Dedicar al servicio de **CLINICA VERSALLES S.A.**, con carácter exclusivo, toda su capacidad de trabajo, de tal forma que, no podrá desempeñarse en labores que impliquen agenciamiento o venta de planes de salud a favor de otras entidades; Igualmente, se obliga a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales o de prestación de servicios de carácter civil o comercial, a otros empleadores o contratantes respectivamente, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio; **f)** Informar a sus superiores cualquier problema o anomalía que encuentre en el desempeño de sus labores o en cualquier frente de trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**; **g)** Presentarse en su trabajo con traje adecuado y compatible con sus funciones y categoría; **h)** Guardar ante sus compañeros superiores y subalternos un comportamiento correcto; **i)** Llevar un estricto control sobre todos los elementos que se encuentran a su cargo; **j)** Restituir a la terminación del contrato, por cualquier motivo, todos los documentos y equipos entregados por **CLINICA VERSALLES S.A.** para el desempeño de sus funciones. De no hacerlo deberá restituir, el valor en dinero de dichos elementos, para lo cual autoriza desde ya a descontar el mismo del valor de la liquidación final de prestaciones, bonificaciones, comisiones e incentivos y demás pagos laborales y no laborales que le correspondan; **k)** Pagar el valor comercial o el valor del arreglo de aquellos elementos relacionados con su trabajo, cuando en ellos ocurrieren daños o pérdidas no imputables al desgaste o uso natural o corriente, caso fortuito o fuerza mayor. De no efectuar el pago correspondiente, el trabajador autoriza desde ya a que la suma adeudada le sea descontada de su salario y/o de su liquidación final de prestaciones, comisiones, incentivos y bonificaciones y demás pagos laborales y no laborales; en caso de que la causa de daño o pérdida sea imputable a cualquiera de sus subalternos, si es del caso, tendrá derecho a solicitar por escrito que las consecuencias anteriormente enunciadas se trasladen al responsable, siempre y cuando se pueda a juicio de **CLINICA VERSALLES S.A**, acreditar dicha situación y ello fuere posible (que el subalterno siga vinculado a **CLINICA VERSALLES S.A** y que del monto laboral adeudado alcance a descontarse el valor total, entre otras circunstancias). No obstante esto, su responsabilidad no acaba hasta que no se restituya o arreglen los instrumentos correspondientes; **l)** Someterse a los exámenes médicos y/o sanitarios que **CLINICA VERSALLES S.A** ordene en cualquier tiempo; **m)** Reportar al Departamento de Talento Humano de **CLINICA VERSALLES S.A**, por si o por indirecta persona, cualquier enfermedad o accidente profesional o común, a fin de tramitar la correspondiente incapacidad; **n)** Asistir a los planes y programas de capacitación que **CLINICA VERSALLES S.A.** le indique y a aprobarlos con el fin de obtener el respectivo certificado. **ñ)** Efectuar las denuncias penales y/o querellas correspondientes ante la autoridad competente, en aquellos eventos en que le conste o tenga conocimiento de actuaciones ilícitas tanto de su personal a cargo como de cualquier empleado o contratista de **CLINICA VERSALLES S.A**; **o)** Efectuar informes y asistir a comités y demás reuniones cada vez que sea requerido para ello; **p)** Cumplir en forma puntual el horario establecido por **CLINICA VERSALLES S.A.** para el desempeño de sus funciones; **q)** las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES ESPECIALES ADICIONALES: Adicionalmente, se establecen como obligaciones de **EL TRABAJADOR: a)** No instalar software en los computadores entregados como herramienta de trabajo, sin autorización previa escrita otorgada por el área de tecnología de **CLINICA VERSALLES S.A; b)** No recibir o enviar correspondencia de tipo personal vía fax o mail.

c) No enviar archivos vía mail que sobrepasen 2 megabytes en tamaño. Si existe alguna duda al respecto se debe contactar el departamento respectivo de **CLINICA VERSALLES S.A.** antes de realizar el envío. El envío de archivos de un tamaño mayor se hará por correo tradicional usando los medios de almacenamiento disponibles, para lo cual deberá solicitar el apoyo del Departamento correspondiente de **CLINICA VERSALLES S.A.**; **d)** No utilizar los equipos para actividades de entretención tales como, juegos, consulta de páginas Web que no tengan relación directa con las funciones propias de la naturaleza de la labor encomendada, descargar archivos musicales de Internet, fotos, videos, música en formato mp3 u otro, software "gratuito y todas aquellas que puedan distraer a **EL TRABAJADOR** de su actividad laboral y que no hayan sido objeto de instalación o autorización por parte de **CLINICA VERSALLES S.A**; **e)** No utilizar los computadores para fines personales, realizar labores de tipo académico o guardar archivos tales como fotos y en general, información que ocupen innecesariamente los recursos del equipo. **f)** Dar a conocer al superior inmediato la clave de acceso al equipo para que tenga acceso a la información que reposa en el computador en aquellas situaciones en que **EL TRABAJADOR** no concurra al trabajo o cuando el empleador expresamente así lo disponga o en cualquier caso con fines de auditoría; **g)** No utilizar indebidamente la red de datos interna, esto es, introducirse sin autorización previa en los archivos de los otros trabajadores de **CLINICA VERSALLES S.A**, sin importar que cause o no daños; **h)** No hacer llamadas personales que sobrepasen los tres (3) minutos a menos de que se trate de un motivo que configure fuerza mayor o caso fortuito o estado de necesidad, así como tampoco realizar llamadas personales de larga distancia nacional o internacional, ni llamadas a celulares. En cualquiera de estos casos **CLINICA VERSALLES S.A.** quedará facultada para descontar de cualquier suma que adeude a **EL TRABAJADOR**, el costo de las llamadas que contravengan lo acá establecido; **i)** Colaborar con la labor de auditoria que periódicamente realizará CLINICA **VERSALLES S.A.** a los computadores y equipos de hardware de la compañía con el fin de constatar si están siendo utilizados por **EL TRABAJADOR** únicamente con fines laborales. Para el efecto será necesario que **EL TRABAJADOR** de a conocer al auditor la clave de acceso al equipo; **j)** Con el fin de identificar a cada trabajador en la red de datos interna de la compañía, se asigna a cada trabajador un nombre de usuario y una contraseña. Es responsabilidad del usuario mantener en secreto - excepto las excepciones del presente contrato - y cambiar periódicamente la contraseña. Todos los sistemas de información de la compañía están diseñados para guardar los registros de todas las acciones realizadas identificando al autor de dichas acciones por el nombre de usuario. **EL TRABAJADOR** es responsable por todas las acciones que se realicen en los sistemas de información de la empresa con el nombre del usuario asignado **k)** las demás que le sean asignadas verbalmente o por escrito.

OBLIGACIONES DE SEGURIDAD: Son obligaciones de **EL TRABAJADOR**, el acatamiento de las medidas de seguridad establecidas por la compañía, especialmente las siguientes: **a)** Portar visible y permanentemente desde el ingreso a su lugar de trabajo el carné que lo identifique como funcionario de la misma. En caso en que **EL TRABAJADOR** olvide o este en la imposibilidad de portar el carné deberá registrarse en la portería; **b)** Reportar y registrar en los libros de vigilancia de las instalaciones de su sitio de trabajo el ingreso y salida de equipos, paquetes u otro tipo de elementos o activos propios o del empleador; **c)**. El ingreso o salida de **EL TRABAJADOR** de las instalaciones de su sitio de trabajo en horas y/o días no laborables debe registrarse en el libro de vigilancia con la fecha, hora de entrada, hora de salida y firma, preferiblemente sin acompañantes; **d) EL TRABAJADOR** deberá permitir la revisión de los bolsos y paquetes al ingreso y salida de las instalaciones de su sitio de trabajo por el personal de seguridad designado para ello; **e) EL TRABAJADOR** deberá hacerse responsable del buen manejo, uso y cuidado de los elementos entregados por **CLINICA VERSALLES S.A.** para realizar su labor, haciéndose extensible esta obligación al cuidado manejo adecuado y control de las oficinas, consultorios y activos en general de la compañía; **f) EL TRABAJADOR** no deberá permitir el ingreso y atención de vendedores o personas diferentes a las autorizadas y las que tengan que ver con el desarrollo del encargo laboral para la cual fue contratado; **g)** No permitir el ingreso de personas que no hayan sido previamente autorizadas por el funcionario que recibe la visita; **h)** No se permiten las visitas de carácter personal y en el evento en que se presenten deben ser atendidas sin interferir con la ejecución de las labores diarias.

PARAGRAFO: EL TRABAJADOR autoriza y consiente desde ya, en forma expresa e irrevocable con la firma del presente contrato y sin necesidad de requisito adicional alguno, para que en el marco de un eventual proceso disciplinario en el cual se encuentre incurso, se le practique la prueba del polígrafo, cuando quiera que **CLINICA VERSALLES S.A.** lo considere necesario.

OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD: Son obligaciones de EL TRABAJADOR, garantizar la política de integridad y protección de datos establecida por la compañía, especialmente las siguientes: a) Que con ocasión de la expedición de la Ley 1581 de 2012 "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales", en concordancia con lo dispuesto por el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, **CLINICA VERSALLES S.A.**, es responsable del tratamiento de la información, entendido éste como la recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión de datos personales y datos sensibles, los cuales serán incluidos en las distintas bases de datos de manejo institucional. b) Que en mi calidad de TRABAJADOR y en consideración al compromiso contractual que mantengo con **CLINICA VERSALLES S.A.**, así como del acceso que se me permite a sus Bases de Información, constato que soy consciente de la importancia de mis responsabilidades en cuanto a no poner en peligro la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información que maneja **CLINICA VERSALLES S.A** y las UNIDADES ESTRATEGICAS DE NEGOCIOS con las que la sociedad mantiene sus relaciones comerciales. c) Que, como Trabajador, entiendo y me comprometo a cumplir los Procedimientos de Seguridad de los Sistemas de Información que corresponden a mis funciones en la Institución. d) Que como trabajador Asociado, me comprometo a cumplir, asimismo, todas las disposiciones relativas a la política de **CLINICA VERSALLES S.A.** en materia de uso y protección de datos sensibles, y a no divulgar la información que reciba a lo largo de mi relación con la Institución, subsistiendo este deber de secreto, aun después de que finalice dicha relación y tanto si esta información es de su propiedad, como si pertenece a un cliente de la misma, o a alguna otra Sociedad que proporcione a **CLINICA VERSALLES S.A.** el acceso a dicha información, cualquiera que sea la forma de acceso a tales datos o información y el soporte en el que consten, quedando absolutamente prohibido obtener copias sin previa autorización. e) Que, como trabajador, entiendo que el incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones que constan en el presente documento, intencionalmente o por negligencia, podrían implicar en su caso, las sanciones disciplinarias correspondientes por parte de **CLINICA VERSALLES S.A.** y la posible reclamación por parte de la misma de los daños económicos causados. f) Que como trabajador entiendo la importancia de la protección de los datos personales para los titulares de los mismos, y en ese sentido, mis acciones en el desarrollo de mis labores se deben orientar por la búsqueda de la efectividad de los derechos de los titulares

SEPTIMA. PERJUICIOS: Cualquier infracción, error u omisión, en especial aquellos que impliquen perjuicios a los intereses de los afiliados, que cometa **EL TRABAJADOR** en el desarrollo de sus actividades y que conlleve responsabilidad por parte de **CLINICA VERSALLES S.A.**, hará a **EL TRABAJADOR** solidariamente responsable por el monto de los perjuicios, multas o sanciones en los cuales pueda incurrir **CLINICA VERSALLES S.A.**, con ocasión de este hecho, de conformidad con el artículo 19 del Decreto 1485 de 1.994 y demás normas que lo modifiquen, sustituyan, aclaren o adicionen, por lo cual **CLINICA VERSALLES S.A.** podrá descontar de su liquidación de prestaciones sociales, bonificaciones, incentivos, comisiones y demás pagos laborales y no laborales, el valor que la persona afectada declare como perjuicio; para el efecto, para demostrar el incumplimiento de este deber, bastará con la comunicación del perjudicado en que afirme el incumplimiento de esta obligación.

OCTAVA. SUSPENSION: Se constituyen como causales de suspensión del Contrato de trabajo, las enumeradas en el artículo 4 de la Ley 50 de 1.990 y en las disposiciones que lo modifiquen, adicionen, aclaren o sustituyan, así como las contempladas en el Reglamento Interno de Trabajo.

NOVENA. TERMINACIÓN: Son justas causas para dar por terminado el presente contrato las señaladas en la Legislación Laboral, las indicadas como causales de despido en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A**, y además los hechos que a continuación se enumeran, que las partes convienen considerar como constitutivos de faltas con gravedad suficiente para dar por terminado el contrato de Trabajo unilateralmente y sin necesidad de preaviso alguno por parte de **CLINICA VERSALLES S.A**: **a)** Presentarse al trabajo en estado de

embriaguez o enervamiento por cualquier clase de bebida o droga; **b)** Faltar al trabajo sin licencia o permiso previo por tres (3) o más días durante un mismo período mensual (no necesariamente calendario) sean o no sean consecutivos, sin justificación aceptable; **c)** Las faltas de respeto o el maltrato de obra para con otros empleados de **CLINICA VERSALLES S.A.**, contra sus clientes o visitantes, dentro o fuera de los lugares y horas de trabajo. **d)** El abandono sin permiso previo del puesto de trabajo cuando deba permanecer en éste; **e)** Las sustracciones o el uso en provecho propio o ajeno de cualquiera de los dineros, instrumentos y/o equipos de trabajo de la oficina; **f)** El hecho de penetrar directamente o permitir o facilitar el acceso de terceros a las dependencias de **CLINICA VERSALLES S.A.**, sin autorización, fuera de las horas de trabajo y por razones ajenas a éste; **g)** El hecho de demorar el trámite de cualquier documento u operación, sin la debida justificación; **h)** Trabajar en labores distintas o asesorar a otras personas naturales o jurídicas sobre sistemas, procedimientos o técnicas de trabajo sin la debida autorización; **i)** La recepción de sumas de dinero en efectivo provenientes de terceros por cualquier concepto en ejercicio de su actividad, o contraviniendo las instrucciones que al respecto emita **CLINICA VERSALLES S.A**; **j)** La realización de cualquier infracción, error u omisión que comprometa la responsabilidad de **CLINICA VERSALLES S.A** así ésta no haya sido declarada en instancia judicial o administrativa, para lo cual bastará el reconocimiento que **CLINICA VERSALLES S.A** haga de la misma; **k)** La divulgación de hechos o informes conocidos en el desarrollo de su trabajo que puedan causar perjuicios o colocar en posición desventajosa frente a otras personas, naturales o jurídicas, a **CLINICA VERSALLES S.A.**. **l)** La adquisición de cualquier enfermedad infectocontagiosa que implique riesgo grave en el desarrollo de sus labores y/o relacionadas con el trato con los posibles beneficiarios o beneficiarios efectivos de los programas ofrecidos por **CLINICA VERSALLES S.A** **m)** La negativa injustificada a practicarse exámenes médicos o sanitarios ordenados por **CLINICA VERSALLES S.A**; **n)** La inasistencia injustificada a los planes y programas de capacitación que determine **CLINICA VERSALLES S.A.**, o la no aprobación de los mismos; **ñ)** El no reportar al Departamento de Gestión Humana de **CLINICA VERSALLES S.A**, por si o por indirecta persona, cualquier enfermedad o accidente profesional o común, a fin de tramitar la correspondiente incapacidad; **o)** No efectuar las denuncias penales y querellas correspondientes ante las autoridades competentes en aquellos eventos en que tenga conocimiento de actuaciones ilícitas. **p)** El extravío o pérdida dolosos o culposos de la papelería a él asignada o el uso fraudulento o irracional que a ella se le dé, sin perjuicio de las acciones civiles y penales a que hubiere lugar. **q)** El hecho de ser demandado en algún proceso judicial o disciplinario o el hecho de haber sido denunciado penalmente por cualquier hecho delictivo o infracción policiva o hecho del que se pudiere derivar responsabilidad penal; **r)** La no asistencia puntual al trabajo, sin excusa suficiente a juicio del empleador, por tres (3) veces dentro de un mismo mes del calendario o diferente mes pero dentro de un mismo período mensual; **s)** El incumplimiento así sea leve de las obligaciones contenidas en la cláusula quinta y/o de obligaciones y/o funciones de **EL TRABAJADOR**, conforme al objeto del presente contrato; **t)** Cuando por cualquier motivo no pueda continuarse con el desarrollo del objeto contractual y/o en criterio de **CLINICA VERSALLES S.A** ya no sea necesario.

DÉCIMA. CONOCIMIENTO DE NORMAS: EL TRABAJADOR manifiesta conocer y aceptar todas las normas contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo de **CLINICA VERSALLES S.A.**, en el Reglamento de Seguridad y salud en el trabajo o en el Programa de seguridad y salud en el trabajo.

DÉCIMA PRIMERA. CLÁUSULA COMPROMISORIA: Toda controversia que entre las partes se suscite con ocasión de la existencia, validez, eficacia, vigencia, interpretación, modificación, responsabilidad, ejecución, cumplimiento, terminación y liquidación del presente contrato, de no ser resuelta directamente por las partes, se someterá a la decisión de un tribunal de arbitramento de la Ciudad de Manizales, el cual deberá estar integrado por un Tres (3) árbitros, abogados, designados por mutuo acuerdo de las partes. El laudo arbitral se proferirá en derecho y el tribunal arbitral tendrá su sede en el Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de la Ciudad de Manizales.

DÉCIMA SEGUNDA. CUSTODIA DE IMPLEMENTOS O INSTRUMENTOS: EL TRABAJADOR se obliga a cuidar los implementos e instrumentos recibidos en razón de su cargo, tales como, aparatos médicos, computadores, beepers, teléfonos celulares (etc.), y/o aquellos que se le asignen. En caso de daños o deterioros distintos a los derivados del uso normal o de la acción del

tiempo y que fueren imputables al mal uso de la instrumentación y/o a su propia culpa, deberá efectuar oportunamente y por su cuenta las reparaciones o sustituciones necesarias. En caso de pérdida de instrumentos imputable a él, es decir, por el incumplimiento injustificado de su obligación de custodiar, deberá restituir un instrumento de idéntica calidad o en su defecto deberá pagar el valor comercial actual del instrumento y/o aparato. En caso de que la causa de daño o pérdida sea imputable a cualquiera de sus subalternos, si es del caso, tendrá derecho a solicitar por escrito, que las consecuencias anteriormente enunciadas se trasladen al responsable, siempre y cuando se pueda acreditar dicha situación. No obstante, su responsabilidad no acaba hasta que no se restituya o arreglen los instrumentos correspondientes.

DÉCIMA TERCERA. DESCUENTO POR NÓMINA. EL TRABAJADOR autoriza mediante la suscripción del presente contrato, que le sea descontado por nómina, de su salario mensual y/o de la liquidación de prestaciones sociales o de cualquier especie de incentivo, bonificación o comisión o pagos laborales y no laborales que le correspondan, el valor comercial actual del instrumento o aparato o el valor de su arreglo, en caso de llegarse a configurar alguna de las situaciones anteriormente previstas. Así mismo, **EL TRABAJADOR** autoriza de manera expresa desde ya a **CLINICA VERSALLES S.A** a descontar de su salario y/o de su liquidación de prestaciones sociales y en general de cualquier acreencia que exista en su favor, toda suma de dinero que pueda deber a **CLINICA VERSALLES S.A.** como consecuencia del incumplimiento de sus obligaciones laborales.

DÉCIMA CUARTA. (1) El Numeral Octavo (8º) del Artículo Sesenta (60) del Código Sustantivo del Trabajo establece como una prohibición especial para los trabajadores, el uso de útiles o herramientas suministradas por el patrono en objeto distinto del trabajo contratado. La disposición propende porque todo material de trabajo que es entregado a **EL TRABAJADOR** para desarrollar la actividad para la cual fue contratado, no sea utilizado en actividades ajenas a su labor dentro y fuera de su jornada laboral. Facultad esta, que también se encuentra consagrada en la jurisprudencia que al respecto a emitido la H. Corte Constitucional en la Sentencia T- 261 DE JUNIO 20 DE 1995 M.P. José Gregorio Hernández.

"CLINICA VERSALLES S.A.", bajo la premisa de la norma en mención, en su calidad de empleador tiene la facultad de controlar las actividades que sus trabajadores realizan con los equipos de sistemas que tienen o no acceso al servicio de Internet, el uso de las líneas telefónicas y el fax, ya que se trata de herramientas de trabajo, de las cuales se valen los empleados para el desempeño de sus labores.

(2) Armonizando las disposiciones Quince (15) de la Carta Política y Sesenta (60) del Código Sustantivo del Trabajo, tenemos que, en las actividades ajenas al círculo reservado de las personas, siendo el caso del ámbito laboral, cuando resulta estrictamente necesario para el desempeño de dichas actividades, el tercero puede penetrar en el entorno privado.

En el caso concreto, **"CLINICA VERSALLES S.A"** podrá realizar auditorías de sistemas, grabar las llamadas que se efectúen a través de los teléfonos de la compañía, ejercer control a las líneas telefónicas y al fax, con el único propósito de comprobar y monitorear que los trabajadores utilicen dichas herramientas con fines estrictamente laborales, y no por el contrario, con fines personales o como mecanismos de entretenimiento.

DÉCIMA QUINTA. CAMBIO DE DOMICILIO: EL TRABAJADOR se compromete a informar por escrito y de manera inmediata a **CLINICA VERSALLES S.A**, cualquier cambio en su dirección de residencia teniéndose en todo caso como suya la última dirección registrada en su hoja de vida.

DÉCIMA SEXTA. CESIÓN DE DERECHOS: EL TRABAJADOR se obliga con la firma del presente contrato a ceder a favor de **CLINICA VERSALLES S.A.** los derechos de autor que sobre programas de computación o software y/o hardware implemente para ésta, para tal efecto **EL TRABAJADOR** se denominada **CEDENTE** y **CLINICA VERSALLES S.A.** se denominara **CESIONARIO**, lo anterior de acuerdo a lo contemplado a las cláusulas siguientes:

DÉCIMA SEPTIMA. TRANSFERENCIA DE DERECHOS: La presente tiene como objeto transferir los derechos patrimoniales que no hayan sido cedidos por la naturaleza misma de la relación laboral existente entre el **CEDENTE** y el **CESIONARIO**, durante el desarrollo de la obra o (software y/ hardware) contratada.

DÉCIMA OCTAVA. CESIÓN DE DERECHOS SOBRE EL OBJETO CONTRACTUAL: El **CEDENTE**, por medio del presente acto, cede al **CESIONARIO** todos y cada uno de los derechos patrimoniales que tenga o pueda llegar a tener sobre la OBRA objeto del presente contrato, tanto en Colombia como en el exterior. El **CEDENTE** no conservará, ni se reservará derecho patrimonial alguno sobre la OBRA del presente acuerdo, salvo los derechos morales de autor en los términos que en el presente contrato se establecen.

DÉCIMA NOVENA. DERECHOS TRANSFERIDOS: El **CESIONARIO** podrá, comercializar, distribuir, reproducir, editar, adaptar, fijar, comunicar, ejecutar, utilizar, licenciar, difundir, publicar, copiar o de cualquier otra manera podrá obtener provecho económico de la OBRA objeto del presente acuerdo, libremente y sin ningún tipo de limitación territorial y por cualquier medio existente o por existir.

PARÁGRAFO PRIMERO: El **CESIONARIO** podrá libremente transferir, total o parcialmente, los derechos patrimoniales sobre la OBRA.

PARÁGRAFO SEGUNDO: A partir de la formalización y firma del presente contrato el **CEDENTE** autoriza al **CESIONARIO** a modificar la obra, total o parcialmente en cualquier momento y por cualquier persona designada por la misma o por quien sea titular de los derechos patrimoniales en el debido momento.

VIGÉSIMA. RENUNCIA EXPRESA DEL CEDENTE A LOS DERECHOS PATRIMONIALES SOBRE LA OBRA: El **CEDENTE** es consciente de que, al carecer de derechos patrimoniales sobre la OBRA, no podrá ejercer ninguno de estos y particularmente no podrá reproducir, difundir, modificar, derivar otra OBRA, licenciar, enajenar u obtener provecho a nivel personal directa o indirectamente de la OBRA, sin que medie autorización previa, expresa y escrita del **CESIONARIO**.

VIGÉSIMA PRIMERA. ENTREGA DE DOCUMENTOS: Al momento de la formalización y firma del presente contrato, de ser el caso, el **CEDENTE** deberá entregar todos los originales y las copias de la OBRA y los códigos fuentes. Esta obligación cubre todas las versiones anteriores y actuales (hasta la fecha de suscripción del presente contrato), que hayan o no sido puestas en el mercado. El **CEDENTE** no podrá en ningún caso, salvo autorización expresa y escrita del **CESIONARIO** conservar, hacer una copia o de cualquier manera sustraer, así sea para uso personal, los códigos fuente u objeto, manuales, o instrucciones de la obra.

VIGÉSIMA SEGUNDA. SOLICITUD DE MANTENERSE ANÓNIMO POR PARTE DEL CEDENTE: En uso del derecho de autor, el **CEDENTE** solicita irrevocablemente mantenerse anónimo y por lo tanto no ser mencionado como autor de la OBRA. Sin embargo, dentro de su experiencia profesional el **CEDENTE** podrá hacer mención de haber participado en la creación de la OBRA.

VIGÉSIMA TERCERA. GRAVÁMENES: La OBRA debe encontrarse libre de cualquier medida tecnológica efectiva que impida su correcta explotación económica o su modificación, por ejemplo, por encriptación o bombas lógicas.

VIGÉSIMA CUARTA. DERECHOS DEL CESIONARIO FRENTE A MEJORAS O MODIFICACIONES O INVENTOS DERIVADOS DE LA OBRA ORIGINAL: El **CESIONARIO** tendrá derecho de patentar a su nombre o a nombre de terceros, inventos o mejoras contenidos en la OBRA, respetando el derecho del **CEDENTE** a ser mencionado como inventor en la correspondiente patente, si así lo desea el mismo. El **CEDENTE** carecerá del derecho de patentar a su nombre el contenido de la OBRA.

VIGÉSIMA QUINTA. OBLIGACIONES ESPECIALES DEL CEDENTE: De ser necesario requerírsele, el **CEDENTE**, accederá a facilitar el cumplimiento oportuno de todas las formalidades referentes al registro, cesión de derechos y/o trámite de patentes y otorgará su firma o extenderá los poderes y documentos necesarios para tal fin. En caso de que el **CESIONARIO** no pueda obtener la firma del **CEDENTE** en los documentos mencionados, como consecuencia de impedimentos físicos, mentales o por cualquier otra causa, el **CEDENTE** concede poder de manera irrevocable al representante legal del **CESIONARIO** para que, en su nombre y representación, firme dichos documentos y realice todas las diligencias necesarias para el cumplimiento de las formalidades señaladas en el presente contrato.

VIGÉSIMA SEXTA. DERECHO DE SIGNOS DISTINTIVOS: El **CEDENTE** manifiesta que no ha iniciado la solicitud de registro de ningún signo distintivo en Colombia o en el exterior, en donde se identifique la Obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** acepta ceder al **CESIONARIO**, por medio del presente contrato, cualquier derecho o expectativa de derecho que pudiera tener sobre las marcas o signos distintivos relativos a la obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** se compromete a no registrar directa o indirectamente signos distintivos, idénticos, similares, parecidos o que conlleven a confusión, frente a los que posee el **CESIONARIO** o a los derivados de la obra objeto del presente contrato. El **CEDENTE** acepta que el **CESIONARIO** o quien sea designado por el mismo, podrá registrar a su nombre cualquiera de los signos distintivos relativos a la obra objeto del presente contrato.

El presente contrato deja sin valor ni efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las mismas partes, si los hubiere. Para constancia se firma el presente contrato ante dos testigos hábiles que dan fe de lo acordado, en dos (2) ejemplares de un mismo tenor y valor con destino a cada una de ellàs, el **ONCE (11)** del mes de **DICIEMBRE** del año **DOS MIL DIECISIETE (2017).**

CLINICA VERSALLES S.A.

MARIA HELENA ZULUAGA GARCIA
N° 30.308.289 de Manizales

EL TRABAJADOR,

DANIELA GONZALEZ GIRALDO
N° 1.060.651.057 de Villamaría

Manizales, 19 de Noviembre de 2020

Señor:
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES – CALDAS
E. S. D.
La ciudad.

REFERENCIA: CONTESTACION DEMANDA
RADICADO: 17001-3-03-002-2020-00014-00
PROCESO: RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
DEMANDANTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Y LUZ DARY MURILLO CASTAÑO
DEMANDADO: EPS SALUD TOTAL Y CLINICA VERSALLES
Litis consorcio necesario: Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO cc 1130633503 especialista en Urología y LLAMAMIENTO EN GARANTIA al CENTRO DE DIAGNÓSTICO UROLÓGICO

OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ , mayor de edad, residente y domiciliada en la ciudad de Cali (Valle del Cauca), abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como apoderada de la CLÍNICA VERSALLES S.A. con Nit. 810003245-1, correo electrónico lidercontable@clinicaversallessa.com.co tal y como consta en el poder especial a mí debidamente conferido para actuar por su representante legal MARIANA QUINTERO POLANIA, identificada con cedula de ciudadanía No. 30.287.116, respetuosamente procedo a llamar **COMO** LITIS CONSORCIO NECESARIO a La Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO medica especialista en Urología y al CENTRO DE DIAGNÓSTICO UROLÓGICO representado por JORGE PARDO TRUJILLO identificado con cédula de ciudadanía N° 10,282,343 o quien haga sus veces, para que sean VINCULADOS al proceso en los siguientes términos**:**

HECHOS

PRIMERO: La CLINICA VERSALLES fue demandada en ocasión a la atención médica recibida por parte de la Especialista en Urología Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO el 28 de abril de 2018 tal como consta en la historia clínica del demandante Sr Giancarlos Estevez Murillo.

SEGUNDO: Que la demanda fue instaurada en contra de CLINICA VERSALLES Y SALUD TOTAL por el señor GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO, en ocasión a su pérdida de uno de sus testículos.

TERCERO: Dentro de la demanda manifestó que la pérdida de su testículo fue presuntamente en ocasión a la no oportuna valoración de urología y realización del procedimiento quirúrgico por la espera del resultado de una ayuda diagnostica**.**

CUARTO: Que siendo esta especialista trabajadora directa del CENTRO DE DIAGNÓSTICO UROLÓGICO y entre este y mi representada existe una alianza estratégica donde esta entidad se compromete a brindar los servicios de Urología de los pacientes hospitalizados en la Clínica Versalles, debe igualmente comparecer a este proceso en esta calidad o en la de llamado en garantía

Grupo Operador Clínico Hospitalario por Outsourcing S.A.S
Sede principal: Cra. 66 # 9 - 20 Cali, Valle del Cauca | Conmutador: 2-3865310
Dpto. Juridico: Correo Electrónico: estadosjudiciales@ospedale.com.co | Teléfono móvil: 3182528656

para que responda por el actuar de sus profesional y salga al cumplimiento de su garantía de proteger a mi representada ante una eventual condena por el actuar de su trabajador directo.

FUNDAMENTOS DE DERECHO
Se solicita el llamamiento como Litis consorcio necesario a la Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO medica especialista en Urología con fundamento en lo dispuesto en el Art 64 y siguientes de la ley 1564 de 2012

Al LLAMADO EN GRANTIA CENTRO DE DIAGNÓSTICO UROLÓGICO
El artículo 64 del C.G.P., establece:

"Artículo 64. Llamamiento en garantía.
Quien afirme tener derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación."

CLINICA VERSALLES S.A.S. firmó oferta allianza estratégica con y al CENTRO DE DIAGNÓSTICO UROLÓGICO, por prestación de servicios para colaborar con CLINICA VERSALLES en la prestación de los servicios de UROLOGIA

Es claro que todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud tienen unas obligaciones propias según su naturaleza jurídica; así las cosas en el caso de las IPS su principal función es la de brindar servicios de salud con calidad y por ello realizó la allianza estratégica con el CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLÓGICO.

FUNDAMENTO JURÍDICO
Solicito el llamamiento como LITIS CONSORCIO NECESARIO a Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO medica especialista en Urología y EL llamado en garantía del CENTRO DE DIAGNÓSTICO UROLÓGICO teniendo en cuenta lo Narrado en la demanda y la ALLIANZA ESTRATEGIA que existe entre el CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO, la relación contractual directa al este CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO de la Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO.

PRETENSIONES

Se vincule a Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO medica especialista en Urología la cual tiene su relación contractual directa CENTRO DE DIAGNÓSTICO UROLÓGICO con NIT 810002335-1 representado legalmente por JORGE PARDO TRUJILLO identificado con cc 10,282,343 o quien haga sus veces en calidad de llamada como Litis consorcio necesario.

Llamar en garantía a CENTRO DE DIAGNÓSTICO UROLÓGICO quien realizaba a través de sus especialistas la atención de los pacientes de UROLOGIA de mi representada, y para la cual la Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO galeno que brindo la atención medica el 28 de abril de 208 al señor GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO, siendo trabajadora de dicha empresa

2. Se resuelva sobre la relación contractual que existe entre la **CLINICA VERSALLES S.A.S** y consecuencialmente se condene a la SPARTA LTDA a pagar a favor de mi mandante, todas las sumas de dinero que por concepto de las atenciones prestadas en la mencionada IPS de la atención realizada por el profesional de la SALUD DR. **CARLOS ALBERTO ANIBAL GUERRA**, para

atender el proceso a que alude la referencia y las que ante una hipotética declaración de responsabilidad en cabeza de mi representado, ésta tuviera que asumir en caso de sentencia desfavorable así:

a) El valor de las costas y gastos en que se hubiere incurrido en éste proceso como consecuencia de la demanda, incluidos los gastos de honorarios profesionales pagados a los abogados y médicos contratados para el efecto, sin importar si la sentencia es favorable o desfavorable a la demandante.

b) El valor total de la condena si llegare a existir.

c) El valor de los perjuicios de todo orden que se llegaren a demostrar en el curso del proceso.

d) Se condene al pago de las costas incluyendo las agencias en derecho.

En el eventual caso de fallo en contra de mi representada y por ser la Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO trabajadora directa se ORDENE al CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO para que realice de manera directa el pago de la posible condena o en su defecto le realice el reintegro de la totalidad de la condena, en un tiempo no inferior a 30 días calendario y asuma el pago de las costas procesales que se llegaren a generar. O en su defecto se le ordene a la Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO a realizar el pago directo de la condena o en su defecto reintegrar a mi representada dichas cantidades y asumir las costas procesales.

ANEXOS

1. Original del Certificado de Existencia y Representación legal de CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO

2. Copia simple de la Historia Clinica donde se evidencia la atención de la Dra YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO

NOTIFICACIONES

Mi poderdante: lidercontable@clinicaversalles.com.co
La llamada en LITIS CONSORCIO NECESARIO en lagerenciacdu@hotmail.com
La llamada en Garantía en gerenciacdu@hotmail.com

Del Señor Juez, respetuosamente;

OLGA ORDÓÑEZ LÓPEZ
C.C. No. 34.543.168 de Popayán (c)
T.P. No. 115.245 del C.S de la J.
Móvil: 310 4567071
Correo E: estadosjudiciales@ospedale.com.co

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A. C.D.U.S.A.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD ANóNIMA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 810002335-1
ADMINISTRACIÓN DIAN : MANIZALES
DOMICILIO : MANIZALES

MATRICULA – INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 80118
FECHA DE MATRÍCULA : SEPTIEMBRE 24 DE 1998
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 31 DE 2020
ACTIVO TOTAL : 5,128,830,762.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CRA 27 66-30
BARRIO : PALERMO (ALTO)
MUNICIPIO / DOMICILIO: 17001 - MANIZALES
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 8876505
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : gerenciacdu@hotmail.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CRA 27 66-30
MUNICIPIO : 17001 - MANIZALES
BARRIO : PALERMO (ALTO)
TELÉFONO 1 : 8876505
CORREO ELECTRÓNICO : gerenciacdu@hotmail.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : gerenciacdu@hotmail.com

CERTIFICA – ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION

CERTIFICA – AFILIACIÓN

EL COMERCIANTE ES UN AFILIADO DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS EN EL ARTÍCULO 12 DE LA LEY 1727 DE 2014.

CERTIFICA – CONSTITUCIÓN

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1702 DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 1998 DE LA NOTARIA PRIMERA DE MANIZALES, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 38437 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 24 DE SEPTIEMBRE DE 1998, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A..

CERTIFICA – RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A.
Actual.) CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A. C.D.U.S.A.

CERTIFICA – CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 2035 DEL 18 DE DICIEMBRE DE 2000 SUSCRITO POR NOTARIA PRIMERA DE MANIZALES, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 41672 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 20 DE DICIEMBRE DE 2000, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A. POR CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A. C.D.U.S.A.

CERTIFICA – REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
EP-2035	20001218	NOTARIA PRIMERA	MANIZALES	RM09-41672	20001220
EP-4995	20070717	NOTARIA SEGUNDA	MANIZALES	RM09-51972	20070813
EP-2930	20080418	NOTARIA SEGUNDA	MANIZALES	RM09-53323	20080423
OF-92	20080421	REVISOR FISCAL	MANIZALES	RM09-53330	20080424
DOC.PRIV.	20100702	REVISOR FISCAL	MANIZALES	RM09-57705	20100707
EP-2098	20131122	NOTARIA PRIMERA	MANIZALES	RM09-66166	20131212
EP-1382	20150722	NOTARIA PRIMERA	MANIZALES	RM09-70913	20150724

CERTIFICA – VIGENCIA

QUE LA DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA (VIGENCIA) ES HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2050

CERTIFICA – OBJETO SOCIAL

OBJETO: EL CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A., SE PROPONE COMO OBJETO SOCIAL PRINCIPAL EL DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES: A) LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS Y DE DIAGNÓSTICO MEDIANTE LA ORGANIZACIÓN DE UNA UNIDAD UROLOGÍA B) LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES Y PROCESOS DE UROLOGÍA INTERVENCIONISTA Y DE CONSULTA EXTERNA UROLÓGICA Y LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS UROLÓGICOS Y AFINES Y EN GENERAL, LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ATENCIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICA EN EL ÁREA INDICADA C) LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, CLÍNICOS, QUIRÚRGICOS, DE DIAGNÓSTICO Y DE SERVICIOS EN LAS ÁREAS DE GINECOLOGÍA, MEDICINA INTERNA O DE OTRAS ESPECIALIDADES MÉDIDAS Y CLÍNICAS; D) LA ACCESORIA GERENCIAL PARA EL DIAGNOSTICO, PLANIFICACIÓN, GESTION Y CONTROL ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD E) LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DOCENTES ASISTENCIALES Y DE INVESTIGACIÓN EN EL AREA MEDICA Y DE SERVICIOS DE SALUD F) LA IMPORTACIÓN, COMPRA Y VENTA DE EQUIPOS, ACCESORIOS O MATERIALES NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS INDICADOS; G) LA ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACION DE ESTABLECIMIENTOS CLÍNICOS DESTINADOS A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE LA SOCIEDAD SE PROPONE COMO OBJETO PRINCIPAL; H) LA INVERSIÓN DE SUS FONDOS Y DISPONIBILIDAD DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES PUDIENDO, EN CONSECUENCIA, ADQUIRIR TODA CLASE BIENES INMUEBLES Y DE ACCIONES, BONOS, PAPELES DE INVERSIÓN, CÉDULAS Y CUALQUIER OTRO VALOR SEA O NO BURSÁTIL. PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO LA SOCIEDAD PODRÁ, ESPECIALMENTE, CELEBRAR TODA CLASE DE ACTOS Y CONTRATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE

INMUEBLES, ADQUIRIR BIENES MUEBLES O INMUEBLES A CUALQUIER TÍTULO, ENAJENARLOS O DE CUALQUIER OTRA FORMA DISPONER DE ELLOS, GRAVARLOS CON PRENDA O HIPOTECA, LIMITAR SU DOMINIO, DARLOS EN GARANTÍA A TERCEROS POR OBLIGACIONES PROPIAS; DAR O TOMAR EN ARRENDAMIENTO O COMODATO BIENES MUEBLES O INMUEBLES; CELEBRAR OPERACIONES SOBRE ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, PARTICIPAR COMO SOCIO O ACCIONISTA EN LA CONSTITUCIÓN DE TODA CLASE DE SOCIEDAD COMERCIALES O CIVILES Y ADQUIRIR A CUALQUIER TÍTULO CUOTAS, PARTES O ACCIONES EN ÉSTA MISMA CLASE DE SOCIEDADES; DAR, ACEPTAR, NEGOCIAR, PAGAR, ENDOSAR, CANCELAR, VENDER, REVENDER TÍTULOS VALORES DE TODA CLASE, CELEBRAR EL CONTRATO DE MUTUO A INTERÉS O SIN ÉL, CON GARANTÍA O SIN ELLA, CELEBRAR CONTRATOS BANCARIOS, EN GENERAL REALIZAR TODA CLASE DE ACTOS Y OPERACIONES CIVILES Y MERCANTILES, EXPLOTAR ACTIVIDADES EMPRESARIALES, SIEMPRE EN RELACIÓN CON EL OBJETO INDICADO, SIN QUE PUEDA DECIRSE QUE LA SOCIEDAD CARECE DE CAPACIDAD PARA DESARROLLAR CUALQUIER ACTIVIDAD DE TAL NATURALEZA. PARAGRAFO PRIMERO: DE ACUERDO A LA LEY, SE ENTIENDEN INCLUÍDOS EN EL OBJETO SOCIAL LOS ACTOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS EN EL MISMO Y LOS QUE TENGAN COMO FINALIDAD EJERCER LOS DERECHOS O CUMPLIR LAS OBLIGACIONES LEGALES O CONVENCIONALMENTE DERIVADOS DE LA EXISTENCIA DE LA SOCIEDAD. PARAGRAFO SEGUNDO: LA SOCIEDAD PODRÁ FUSIONARSE CON OTRA U OTRAS SOCIEDADES QUE TENGAN UN OBJETO SOCIAL IGUAL O PARECIDO AL QUE LA SOCIEDAD SE PROPONE; PODRÁ, IGUALMENTE, ABSORBER O FUSIONAR OTRA U OTRAS SOCIEDADES, O ESCINDIRSE. PARAGRAFO TERCERO: PODRÁ LA SOCIEDAD, ADEMÁS, Y PARA EL CUMPLIMIENTO DE SU OBJETO A) COMERCIALIZAR EQUIPOS, ELEMENTOS Y ACCESORIOS MÉDICOS, CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS B) PARTICIPAR EN TODO GÉNERO DE LICITACIONES Y/O CONVOCATORIAS PÚBLICAS O PRIVADAS PARA EL SUMINISTRO O COMERCIALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR LA SOCIEDAD O DE LOS PRODUCTOS COMERCIALIZADOS POR LA SOCIEDAD C) PRESTAR LOS SERVICIOS INDICADOS COMO INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS QUE RIGEN ÉSTA ACTIVIDAD. PARAGRAFO CUARTO: QUEDA PROHIBIDO QUE EL CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A. PRESTAR FIANZAS O AVALES DE CUALQUIER CLASE O GARANTIZAR CON SU FIRMA O CON SUS BIENES, OBLIGACIONES DE TERCEROS EN LAS QUE NO TENGA INTERÉS DIRECTO LA COMPAÑIA.

CERTIFICA - CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	800.000.000,00	800.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	600.000.000,00	600.000,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	600.000.000,00	600.000,00	1.000,00

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 28 DEL 07 DE MARZO DE 2020 DE Asamblea Ordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85405 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JUNIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	**NOMBRE**	**IDENTIFICACION**
PRIMER RENGLON	GIRALDO ALVAREZ ROBERTO IVAN	CC 10,256,529

POR ACTA NÚMERO 28 DEL 07 DE MARZO DE 2020 DE Asamblea Ordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85405 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JUNIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	**NOMBRE**	**IDENTIFICACION**
SEGUNDO RENGLON	RESTREPO PRADO LUIS FERNANDO	CC 3,181,349

POR ACTA NÚMERO 28 DEL 07 DE MARZO DE 2020 DE Asamblea Ordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85405 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JUNIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
TERCER RENGLON	MADARIAGA MARIN JOSE MAURICIO	CC 79,556,791

CERTIFICA

JUNTA DIRECTIVA – SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 28 DEL 07 DE MARZO DE 2020 DE Asamblea Ordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85405 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JUNIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER RENGLON	RENDON VALENCIA JOSE FERNANDO	CC 10,247,984

POR ACTA NÚMERO 28 DEL 07 DE MARZO DE 2020 DE Asamblea Ordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85405 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JUNIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO RENGLON	PARDO TRUJILLO JORGE	CC 10,282,343

POR ACTA NÚMERO 28 DEL 07 DE MARZO DE 2020 DE Asamblea Ordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85405 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JUNIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
TERCER RENGLON	CAICEDO GUZMAN CARLOS ANDRES	CC 80,505,502

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES – PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 147 DEL 02 DE OCTUBRE DE 2019 DE LA JUNTA DIRECTIVA, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 83866 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 28 DE NOVIEMBRE DE 2019, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
GERENTE	GUTIERREZ JIMENEZ PAULA VICTORIA	CC 30,328,176

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ESCRITURA PUBLICA NÚMERO 1702 DEL 08 DE SEPTIEMBRE DE 1998 DE NOTARIA PRIMERA DE MANIZALES, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 38437 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 24 DE SEPTIEMBRE DE 1998, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SUPLENTE DEL GERENTE	PARDO TRUJILLO JORGE	CC 10,282,343

CERTIFICA – FACULTADES Y LIMITACIONES

ADMINISTRACION: LA DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A. SERÁN EJERCIDAS POR LOS SIGUIENTES ÓRGANOS PRINCIPALES: A) LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS. B) LA JUNTA DIRECTIVA. C) EL GERENTE. D) EL SUPLENTE DEL GERENTE. CADA UNO DE ESTOS ÓRGANOS DESEMPEÑARÁ SUS FUNCIONES DENTRO DE LAS FACULTADES Y ATRIBUCIONES QUE LES

CONFIERAN LOS ESTATUTOS Y LAS LEYES VIGENTES. PARAGRAFO: TENDRÁN LA CALIDAD DE ADMINISTRADORES DE CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A ., EN SU CONDICIÓN DE FACTORES DE COMERCIO, LOS ADMINISTRADORES DE SUS SUCURSALES Y AGENCIAS. LAS FACULTADES DE REPRESENTACIÓN DE LOS ADMINISTRADORES DE LAS SUCURSALES SERÁN FIJADAS PRECISAMENTE EN PODER OTORGADO POR EL GERENTE DE CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S. A. POR ESCRITURA PÚBLICA O POR DOCUMENTO LEGALMENTE RECONOCIDO, QUE SE INSCRIBIRÁ EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE CORRESPONDA A LA JURISDICCIÓN DE LA SUCURSAL.

LA COMPAÑIA TENDRÁ UN GERENTE, QUIEN SERÁ SU REPRESENTANTE LEGAL, EL CUAL SERÁ REEMPLAZADO, EN SUS FALTAS ACCIDENTALES, TEMPORALES O ABSOLUTAS PORUN SUPLENTE QUIEN, AL ACTUAR, DEBERÁ INDICAR QUE LO HACE POR AUSENCIA DEL REPRESENTANTE LEGAL.

EL GERENTE SERÁ EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑIA Y TENDRÁ A SU CARGO LA INMEDIATA DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS NEGOCIOS SOCIALES, CON SUJECIÓN A LA LEY, LOS ESTATUTOS, LAS RESOLUCIONES Y ACUERDOS DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y LA JUNTA DIRECTIVA.

SON ATRIBUCIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL, ADEMÁS DE LAS SEÑALADAS EN LA LEY, LAS SIGUIENTES ENTRE OTRAS: - REPRESENTAR JUDICIAL O EXTRAJUDICIALMENTE A LA SOCIEDAD COMO PERSONA JURÍDICA; - DESIGNAR A LOS ADMINISTRADORES DE LAS SUCURSALES Y AGENCIAS DE LA SOCIEDAD. PARAGRAFO: EL GERENTE HA SIDO DOTADO DE LAS FACULTADES NECESARIAS PARA CELEBRAR EN NOMBRE DE LA SOCIEDAD TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS INCLUIDOS EN EL OBJETO SOCIAL, FACULTADES QUE LE HAN SIDO LIMITADAS EN RELACIÓN CON LA NATURALEZA, Y EN RELACIÓN CON LA CUANTÍA DE LAS OPERACIONES QUE CELEBRE, CONFORME SE HA DEJADO ESTIPULADO AL SEÑALAR LAS ATRIBUCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA.

SON FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LA JUNTA DIRECTIVA, ENTRE OTRAS, LAS SIGUIENTES: - APROBAR LAS POLÍTICAS, PLANES, PROGRAMAS Y REGLAMENTOS DE LA COMPAÑÍA, LOS CUALES DEBEN SER PROPUESTOS, CONFORME A LOS ESTATUTOS, POR EL GERENTE DE LA SOCIEDAD. - DISPONER LA APERTURA, EN EL PAÍS O EN EL EXTERIOR, DE SUCURSALES O AGENCIAS DE LA SOCIEDAD. - AUTORIZAR AL GERENTE DE LA SOCIEDAD, O A SU SUPLENTE, EN SU CASO, PARA CELEBRAR LAS SIGUIENTES OPERACIONES: 1) PARA CELEBRAR CONTRATOS DE CUALQUIER NATURALEZA, CUANDO SU VALOR EXCEDA DE LA CANTIDAD DE QUINIENTOS SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES EN EL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO RESPECTIVO, SALVO EN LOS EVENTOS DE ADQUISICIÓN DE BIENES O SERVICIOS PROPIOS PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL, O DE PRODUCTOS ADQUIRIDOS PARA SU COMERCIALIZACIÓN Y DE CONTRATACIÓN DE FINANCIACIONES PARA ÉSTAS ADQUISICIONES O VENTAS, EVENTOS EN LOS CUALES PODRÁ CONTRATAR SIN LIMITACIÓN ALGUNA; 2) PARA EFECTUAR OPERACIONES FINANCIERAS DE MERCADO PRIMARIO Y SECUNDARIO, EN EL MERCADO FINANCIERO INSTITUCIONAL Y EL MERCADO BURSÁTIL, EN CUMPLIMIENTO DE LO PREVISTO EN EL OBJETO SOCIAL Y PARA OPTIMIZAR EL MANEJO DE LAS DISPONIBILIDADES DE EFECTIVO DE LA SOCIEDAD, SIEMPRE Y CUANDO QUE LA CUANTÍA GLOBAL DE LAS OPERACIONES MENSUALES QUE REALICE, NO EXCEDA DE LA CANTIDAD DE CIEN SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES Y QUE EL VALOR ESPECÍFICO DE CADA OPERACIÓN, NO EXCEDA DE LA CANTIDAD DE CIEN SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. 3) PARA CONSTITUÍR A LA SOCIEDAD EN GARANTE O FIADORA DE OBLIGACIONES AJENAS O PARA GARANTIZAR CON LOS BIENES DE LA SOCIEDAD OBLIGACIONES EN LAS QUE LA SOCIEDAD TENGA INTERÉS DIRECTO; 4) PARA CEDER, TRASPASAR O GRAVAR, A CUALQUIER TÍTULO, MARCAS, PATENTES O PRIVILEGIOS DE LOS CUALES LA SOCIEDAD SEA TITULAR; 5) PARA REALIZAR CUALQUIER TIPO DE CONVENIOS SOBRE CONTRATOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL REGISTRADA; 6) PARA SOLICITAR LA ADMISIÓN DE LA SOCIEDAD AL TRÁMITE CONCURSAL. 7) PARA HACER DONACIONES CUANDO LA CUANTÍA DE LAS MISMAS, GLOBAL O INDIVIDUALMENTE CONSIDEREDAS, EXCEDA DE CIEN MIL PESOS M. CTE ($100.000.OO) PARAGRAFO: LA JUNTA DIRECTIVA FIJARÁ EL PRESUPUESTO ANUAL DE DONACIONES, PARA REGULAR EL EJERCICIO DE ÉSTA FACULTAD; 8) PARA DISPONER DE LOS ACTIVOS SOCIALES O DE LA EMPRESA COMO UNIDAD ECONÓMICA Y PARA GRAVAR CON HIPOTECA O PRENDA LOS BIENES SOCIALES. EN EL CASO DE LOS GRAVÁMENES, EL GERENTE REQUERIRÁ AUTORIZACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA CUANDO LA OPERACIÓN EXCEDA DE LA SUMA DE CIEN SALARIOS MINIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES. - AUTORIZAR LOS CONTRATOS ENTRE EL CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A. C.D.U.S.A. Y SUS ACCIONISTAS CUALQUIERA QUE SEA SU MONTO. - LAS DEMÁS QUE, CONFORME A LOS ESTATUTOS Y LA LEY, LE CORRESPONDAN PARAGRAFO: LA JUNTA DIRECTIVA PODRÁ

CONCEDER AL GERENTE O A SU SUPLENTE, EN SU CASO, AUTORIZACIONES GLOBALES ESPECIALES EN EL TIEMPO Y EN SU MONTO, PARA CELEBRAR CONTRATOS CUYA CUANTÍA SOBREPASE LOS MONTOS SEÑALADOS EN ÉSTE ARTÍCULO, CON MIRAS A LOGRAR UNA MAYOR EFICIENCIA OPERATIVA. EN TALES CASOS EL GERENTE DEBERÁ INFORMAR PERIÓDICAMENTE A LA JUNTA DIRECTIVA EN LO RELATIVO A LA UTILIZACIÓN DE TALES FACULTADES.

SON FUNCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL ENTRE OTRAS: - REFORMAR LOS ESTATUTOS; - APROBAR LA INCORPORACIÓN DE LA SOCIEDAD EN UNA U OTRAS, LA FUSIÓN DE LA MISMA, SU ESCISIÓN O SU TRANSFORMACIÓN; -ENAJENAR, ARRENDAR O TRASPASAR LA TOTALIDAD DE LOS HABERES DE LA SOCIEDAD; - EJERCER LAS DEMÁS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LOS ESTATUTOS SOCIALES Y LAS QUE LEGALMENTE LE CORRESPONDAN COMO ÓRGANO SUPREMO DE LA SOCIEDAD Y TODAS AQUELLAS QUE NO LE HAYAN SIDO ASIGNADAS POR LA LEY O LOS ESTATUTOS A OTRO ORGANO DE LA COMPAÑÍA. PARAGRAFO: LA ASAMBLEA DE ACCIONISTAS PODRÁ DELEGAR EN LA JUNTA DIRECTIVA ALGUNA O ALGUNAS DE SUS FUNCIONES QUE PUEDAN SER DELEGADAS.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 28 DEL 07 DE MARZO DE 2020 DE Asamblea Ordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85406 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JUNIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL PRINCIPAL	GONZALEZ VALENCIA JOSE FERNANDO	CC 10,242,593	15523-T

CERTIFICA

REVISOR FISCAL - PRIMEROS SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 28 DEL 07 DE MARZO DE 2020 DE Asamblea Ordinaria de Accionistas, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 85406 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 23 DE JUNIO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISORA FISCAL SUPLENTE	SANCHEZ QUINTERO DIANA MARIA	CC 30,233,714	265364-T

CERTIFICA - ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** SEDE LA PRESENTACIÓN
MATRICULA : 206205
FECHA DE MATRICULA : 20200417
FECHA DE RENOVACION : 20200417
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
DIRECCION : CR 23 CL 46 ESQ PISO 2
BARRIO : SAN JORGE
MUNICIPIO : 17001 - MANIZALES
TELEFONO 1 : 8876505
CORREO ELECTRONICO : gerenciacdu@hotmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 10,000,000

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO S.A. C.D.U. S.A.
MATRICULA : 80119
FECHA DE MATRICULA : 19980924
FECHA DE RENOVACION : 20200331
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2020
DIRECCION : CRA 27 66-30
BARRIO : PALERMO (ALTO)
MUNICIPIO : 17001 - MANIZALES
TELEFONO 1 : 8876505
CORREO ELECTRONICO : gerenciacdu@hotmail.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8610 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 5,128,830,762

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

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 MEDIANA EMPRESA

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

Ingresos por actividad ordinaria : $5,561,811,173
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8621

CERTIFICA

LAS DIFERENCIAS QUE OCURRIEREN ENTRE LOS ACCIONISTAS COMO TALES Y LA SOCIEDAD, O ENTRE AQUELLOS, POR RAZON DEL CONTRATO SOCIAL, DURANTE EL TERMINO DE SU DURACION O CON MOTIVO DE SU DISOLUCION, O EN EL PERIODO DE LIQUIDACION, SERAN SOMETIDAS A LA DECISION DE UN TRIBUNAL DE ARBITRAMENTO, COMPUESTO POR TRES (3) ARBITROS, DESIGNADOS POR LA CAMARA DE COMERCIO DE MANIZALES, A SOLICITUD DE CUALQUIERA DE LAS PARTES. LA INSTALACION Y FUNCIONAMIENTO DEL TRIBUNAL, QUE SESIONARA EN MANIZALES Y DECIDIRA EN DERECHO, SE AJUSTARA A LAS NORMAS DEL DECRETO 2279 DE 1989, O A LAS QUE RIGIEREN EN SU MOMENTO. LOS GASTOS DE FUNCIONAMIENTO DEL TRIBUNAL SERAN DE CARGO DE LAS PARTES PERO EL TRIBUNAL PODRA, A SU JUICIO Y CUANDO EXISTIERE MANIFIESTA TEMERIDAD DE ALGUNA DE LAS PARTES, DETERMINAR QUE TODOS LOS GASTOS SEAN DE CARGO EXLUSIVO DE ESTA. SE ENTIENDE POR PARTE, PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE CLAUSULA, LA PERSONA O GRUPO DE PERSONAS QUE SOSTENGAN UNA MISMA PRETENSION. PARAGRAFO: LAS DECISIONES DE LOS ARBITROS ESTARAN SUJETAS A CONTROL JUDICIAL POR MEDIO DEL RECURSO DE ANULACION DEL LAUDO O DEL RECURSO EXTRAORDINARIO DE REVISION, EN LOS CASOS Y POR LOS PROCEDIMIENTOS PREVISTOS EN LAS LEYES.

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,100

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

CODIGO DE VERIFICACIÓN nN5sxE7kAV

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE MANIZALES POR CALDAS contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siimanizales.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación nN5sxE7kAV

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

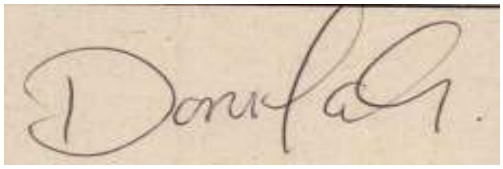
La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

ORDEN DE INGRESO O EGRESO
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS
Nit. 810003245
Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Registro de Calidad:
Fecha Historia: 28/04/2018 01:54:29a.m.
Lugar y Fecha: MANIZALES, CALDAS 28/04/2018 01:54:29a.m.
Documento y Nombre del Paciente: Paciente: 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL **Tipo de Usuario:**COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889
Tipo Orden: Ingreso
Via Ingreso: Urgencias
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Comentario: X



DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO
CC 1060651057
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1060651057

HISTORIA CLINICA
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS
Nit. 810003245
Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Código Plantilla:CMGURG01
Fecha Historia:28/04/2018 01:54 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 01:54 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: PGPCXGENERAL Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078386
Atención: Urgencias

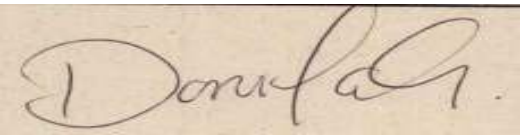
NOMBRE DE LA PLANTILLA
CONSULTA MEDICA GENERAL - URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 28/04/2018
Hora: 01:49
Historia: 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Edad: 20 Años
Sexo: Masculino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Convenio: PGPCXGENERAL

CONSULTA DE URGENCIAS
EN CASO DE VIOLENCIA-ACCIDENTE O INTOXICACION
Describir Evento.: ENFERMEDAD GENERAL
NOTIFICACION.
Notificación a Autoridades.: NINGUNO
Notificación a los Familiares: NO APLICA
ESTADO AL INGRESO
ESTADO AL INGRESO: Conciente
DESCRIPCION DE LA CONSULTA DE URGENCIAS
Motivo de Consulta.: REMITIDO DE SALUD TOTAL POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINA
Enfermedad Actual: - PACIENTE DE 20 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN INGRESA POR CUADRO DE 40 MIN DE EVOLCUION A SU EPS PRIAMRIA POR CUADRO DE DOLOR QUE INICIA EN INGLE DERECHA SE IRRADIA AL TESTICULO Y A REGION LUMBAR INGRESAN TOMAN PARACLINICOS LOS CUALES REPORTAN LEU: 15.58 GR: 5.12 HB: 16.2 VCM: 90.00 PLT: 248.000 NEUT: 70.0 BUN: 11.6 CREATININA: 0.9 PARCILA DE ORINA NO PATOLOGICO, LO REMITEN COMO APENDITIS, AL INGRESO AL SERVICO DE OBSERVACION NO PRSENTA SIGNOS APENDICULARES PRESNETA DOLRO RENGION INGUINALD ERECHAS Y EN TESTICULO DERECHO HAY DOLRO EN LA PLPACION, NO HAY EDEMA O ERITEMA, POR LO AGUDO DEL CUADRO ESTARIA CURSANDO CON POSIBLE ORQUIEPIDIMITIS. RAXZON POR LO QUE INDICO NUEVO HEM,OGRTAM Y PCR Y EROCGRAFIA TESTICULAR CON DOPPLER.
Revisión por Sistemas: NIEGA
ANTECEDENTES.
Antecedentes Generales.: PATOLOGICOS: QUIRURGICOS: TOXICOS: FARMACOS: GINECO-OBSTETRICOS: OTROS:
Alérgicos.: NIEGA
SINGOS VITALES.
Tension Arterial.: 110/81
Frecuencia Cardíaca.: 90
Frecuencia Respiratoría: 22
Temperatura.: 36.5
SatO2: 96
Peso (kg).: 70

EXAMEN FISICO.
Cabeza y Cuello
Cabeza y Cuello: Normal.
Cabeza y cuello: NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL SIN ADENPATIAS
Organos de los Sentidos
Organos de los Sentidos: Normal.
Organos de los Sentidos: MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS
Cardiopulmonar
Cardiopulmonar: Normal.
Cardiopulmonar.: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MRUMULLO VESICULAR LIMPIO

Abdomen
Abdomen: Normal.
Abdomen: BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL DOLOR EN REGION INGUIONAL DERECHA
Genitourinario
Genitourinario: Normal.
Genitourinario: DOLOR A LA PLAPCION DEL EPIDIDIMO DERECHO, NO SECRECION ACTIVA POR PENE
Extremidades
Extremidades: Normal.
Extremidades: MOVILES SIN EDEMAS
Neurológico
Neurológico: Normal.
Neurologico: SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO
Piel y Anexos
Piel y Anexos: Normal.
Piel y Anexos: SIN LESIONES
ANALISIS.
Describir Analisis.: - - PACIENTE DE 20 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN INGRESA POR CUADRO DE 40 MIN DE EVOLCUION A SU EPS PRIAMRIA POR CUADRO DE DOLOR QUE INICIA EN INGLE DERECHA SE IRRADIA AL TESTICULO Y A REGION LUMBAR INGRESAN TOMAN PARACLINICOS LOS CUALES REPORTAN LEU: 15.58 GR: 5.12 HB: 16.2 VCM: 90.00 PLT: 248.000 NEUT: 70.0 BUN: 11.6 CREATININA: 0.9 PARCILA DE ORINA NO PATOLOGICO, LO REMITEN COMO APENDITIS, AL INGRESO AL SERVICO DE OBSERVACION NO PRSENTA SIGNOS APENDICULARES PRESNETA DOLRO RENGION INGUINALD ERECHAS Y EN TESTICULO DERECHO HAY DOLRO EN LA PLPACION, NO HAY EDEMA O ERITEMA, POR LO AGUDO DEL CUADRO ESTARIA CURSANDO CON POSIBLE ORQUIEPIDIMITIS. RAXZON POR LO QUE INDICO NUEVO HEM,OGRTAM Y PCR Y EROCGRAFIA TESTICULAR CON DOPPLER.
DIAGNOSTICOS CLINICOS.
Diagnosticos Clinicos Relacionados: - ORQUIEPIDIDIMITIS
PLAN DE MANEJO
Describir Plan de Manejo: - OBSERVACION.- NADA VIA ORAL.- HARTMAN A 80 CC/ HORA.- RANITIDINA AMP 50 MG 1 AMP CADA 8 HORAS.- HIOSCINA COMPUESTA AMP 1 AMP DOSIS UNICA.- SS HEMOGRAMA Y PCR CONTROL.- SS ECOGRAFIOA TESTICULAR CON DOPPLER.- SIGNOS VITALES
DIAGNOSTICOS CIE-10
Dx. Principal: N459-ORQUITIS, EPIDIDIMITIS Y ORQUIEPIDIDIMITIS SIN ABSCESO
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA **Causa Externa:** ENFERMEDAD GENERAL
Finalidad de la Consulta: NO APLICA
ESTADO DE SALIDA.
ESTADO DE SALIDA.: Vivo



DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO
CC 1060651057
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1060651057

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:CMGURG02
Fecha Historia:28/04/2018 02:04 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 02:04 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078388
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
INGRESO A OBSERVACION:

NOMBRE DE LA PLANTILLA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

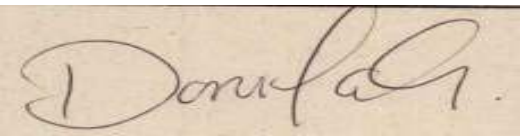
Fecha: 28/04/2018 **Hora:** 02:03
Historia: 1060655889 **Nombre:** GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Edad: 20 Años **Sexo:** Masculino
Ocupacion: Otros oficinistas **E.A.P.B.:** SALUD TOTAL EPS-S S.A
Convenio: PGPCXGENERAL

JUSTIFICACION DE LA OBSERVACION

Justifique: - - PACIENTE DE 20 ANOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN INGRESA POR CUADRO DE 40 MIN DE EVOLCUION A SU EPS PRIAMRIA POR CUADRO DE DOLOR QUE INICIA EN INGLE DERECHA SE IRRADIA AL TESTICULO Y A REGION LUMBAR INGRESAN TOMAN PARACLINICOS LOS CUALES REPORTAN LEU: 15.58 GR: 5.12 HB: 16.2 VCM: 90.00 PLT: 248.000 NEUT: 70.0 BUN: 11.6 CREATININA: 0.9 PARCILA DE ORINA NO PATOLOGICO, LO REMITEN COMO APENDITIS, AL INGRESO AL SERVICO DE OBSERVACION NO PRSENTA SIGNOS APENDICULARES PRESNETA DOLRO RENGION INGUINALD ERECHAS Y EN TESTICULO DERECHO HAY DOLRO EN LA PLPACION, NO HAY EDEMA O ERITEMA, POR LO AGUDO DEL CUADRO ESTARIA CURSANDO CON POSIBLE ORQUIEPIDIMITIS. RAXZON POR LO QUE INDICO NUEVO HEM,OGRTAM Y PCR Y EROCGRAFIA TESTICULAR CON DOPPLER Y REVALORACION CON RESULTADOS.

PLAN DE MANEJO

Describir Plan de Manejo: - OBSERVACION.- NADA VIA ORAL.- HARTMAN A 80 CC/ HORA.- RANITIDINA AMP 50 MG 1 AMP CADA 8 HORAS.- HIOSCINA COMPUESTA AMP 1 AMP DOSIS UNICA.- SS HEMOGRAMA Y PCR CONTROL.- SS ECOGRAFIOA TESTICULAR CON DOPPLER.- SIGNOS VITALES



DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO
CC 1060651057
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1060651057

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 07:07 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 07:07 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078571
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA

NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA

DATOS DEL PACIENTE.

Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.

HORA DE ATENCION.

Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 07+00

Subjetivo

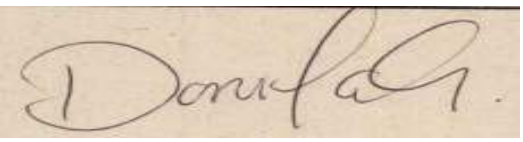
Describir: FORMULACION

Plan de Estudio y Manejo

EGRESO

Descripcion Casa: NA **Recomendaciones y Explicacion Enfermedad:** NA

Signos de Alarma.: NA **Formula:** NA



DR. DANIELA GONZALEZ GIRALDO
CC 1060651057
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1060651057

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 07:41 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 07:41 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078600
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar: **Hora de Atencion:** 7+41
Subjetivo
Describir: PARACLINICOS

Plan de Estudio y Manejo
EGRESO
Descripcion Casa: NA **Recomendaciones y Explicacion Enfermedad:** NA
Signos de Alarma.: NA **Formula:** NA



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 11:04 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 11:04 a.m.

Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078903
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 28/04/2018
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Historia: 1060655889
Edad: 20 Años
Ocupacion: Otros oficinistas
Convenio: PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 11+01
Subjetivo
Describir: PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DEL DOLOR A NIVEL DE REGION INGUINAL DERECHA IRRADIADA A TESTICULO DERECHO ASOCIADO A NAUSEAS.
Objetivo
Describir: TA 110/70 FC 77 T°36,5 FR 20 PACIENTE CONCIENTE AFEBRIL E HIDRATADA, SIN SIRS, ORL SIN ALTERACIONES CUELLO MOVIL SIMETRICO NO PALPO MASAS, A LA AUSCULTACION CARDIOPULMONAR MURMULLO VESICULAR CONSERVADO RUIDOS CARDIACOS DE BUEN TONO E INTENSIDAD, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SIGNOS APENDICULARES NEGATIVOS, PUNTOS PIELURETERALES NEGATIVOS, GENITOURINARIO, NO SE OBSERVAN CAMBIOS EN LA COLORACION DE LA PIEL, NO SE OBSERVA EDEMA NI ERITEMA, SIGNO DE PRENH NEGATIVO, REFLEJO CREMASTERICO ADECUADO. EXTREMIDADES MOVILES SIMETRICAS SIN PRESENCIA DE EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT GLASGOW 15/15
Análisis
Describir: PACIENTE DE 20 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS QUIEN INGRESO HOY EN HORAS DE LA MADRUGADA POR CUADRO QUE INICIO A LAS 10 PM CONSISTENTE EN DOLOR EN INGLE DERECHA, IRRADIADO AL TESTICULO Y A REGION LUMBAR INGRESAN TOMAN PARACLINICOS LOS CUALES REPORTAN LEU: 15.58 GR: 5.12 HB: 16.2 VCM: 90.00 PLT: 248.000 NEUT: 70.0 BUN: 11.6 CREATININA: 0.9 PARCIAL DE ORINA NO PATOLOGICO, LO REMITEN COMO APENDICITIS, AL INGRESO AL SERVICO DE OBSERVACION NO PRSENTA SIGNOS APENDICULARES PRESENTA DOLOR EN REGION INGUINAL DERECHA Y EN TESTICULO DERECHO HAY DOLOR EN LA PALPACION, NO HAY EDEMA O ERITEMA. SE REALIZO ECOGRAFIA TESTICULAR LA CUAL REPORTO TESTICULO DERECHO CON ENGROSAMIENTO DEL ESCROTO, EPIDIDDIMO AUMENTADO DE TAMAÑO, NO HAY VARICOCELE NO HAY HIDROCELE, TESTICULO IZQUIERDO ECOGENICIDAD Y TAMAÑO NORMAL EPIDIDIMO SIN ALTERACION, NO HAY VARICOCELE, NO HAY HIDROCELE, CONCUSIUON: AUMENTO DE VOLUMEN DE TESTICULOS, EPIDIDIMOS DERECHOS, ALTERACION EN LA ECOGENICIDAD. PUEDE RELACIONRSE CO ORQUIEPIDIDIIMITIS. PARACLINICOS DEL DIA DE HOY QUE REPORTARON: LEUCOCITOS 11.55 HB 15.6 HTO 43.4 PLAQUETAS 256.000 LINFOCITOS 8.8 % NEUTROFILOS 88.3 % PROTEINA C REACTIVA 0.06. HAY DISMINUCION EN LA LEUCOCITOSIS. EN EL MOMENTO PACIENTE CONTINUA CON DOLOR AL EXAMEN FISICO NO SE OBSERVAN CAMBIOS EN LA COLORACION DE LA PIEL, NO SE OBSERVA EDEMA NI ERITEMA, SIGNO DE PRENH NEGATIVO, REFLEJO CREMASTERICO ADECUADO.AL INTERROGATORIO PACIENTE NIEGA TRAUMAS, NO HA TENIADO RELACIONES SEXUALES RECIENTES. SE COMENTA PACIENTE CON UROLOGIA DRA. JANET ANGEL QUE CONCEPTUA CUADRO DE ORQUIOEPIDIDIMITIS POR LO QUE SUGIERE INICIO DE MANEJO ANTIBIOTICO, UROCULTIVO Y DOPPLER TESTICULAR PARA DESCARTAR POSIBLE TORSION TESTICULAR.
Plan de Estudio y Manejo
Describir: - OBSERVACION.- NADA VIA ORAL.- HARTMAN A 80 CC/ HORA.- RANITIDINA AMP 50 MG 1 AMP CADA 8 HORAS.- TRAMADOL 1 AMP DU- CIPROFOXACINA 200 MG IV CADA 12H- SS UROCULTIVO- SS DOPPLER TESTICULAR- GLUCOMETRIAS CADA 8 HORAS - SIGNOS VITALES- AVISAR CAMBIOSGRACIAS
EGRESO
Descripcion Casa: NA
Signos de Alarma.: NA
Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA
Formula: NA



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861

Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 12:33 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 12:33 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079037
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 28/04/2018
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Historia: 1060655889
Edad: 20 Años
Ocupacion: Otros oficinistas
Convenio: PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 12+37

Objetivo
Análisis
Describir: ECO DUPPLEX TESTICULAR: TORSION TESTICULAR DERECHA. SE COMENTA PACIENTE CON UROLOGA DE TURNO DRA, JANETH ANGEL Y DR ORLANDO CON QUIENES SE REALIZAN TRAMITES ADMINSITRATIVOS PARA LA RELIZACION DE PROCEDIMENTO QUIRURUGICO, QUE PENDIENTE REALIZACION DE CIRUGIA EL DIA DE HOY A LAS 16+00. DADO EL TIEMPO DE EVOCLUION DEL DOLRO SE LE EXPLCIA AL PACIENTE Y MADRE, LUZ DARY MURILLO, QUE LA VIABILIDAD DEL PACEINTE ES CASI NULA LO QUE LA MADRE COMPRENDE Y ACEPTA.
Plan de Estudio y Manejo
Describir: PROGRAMAR PARA REALIZACION DE REPARACION DE TORSION TESTICUAL NADA VIA ORALLEV HARMAN. PASAR A 70 CC/HORARANITIDINA AMP 50 MG. APLICAR 1 AMP IV CADA 8 HORASTOMAR SIGNSO VITALES AVISAR CAMBIOSGRACIAS
EGRESO
Descripcion Casa: NA
Signos de Alarma.: NA
Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA
Formula: NA



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NMEH-0004
Fecha Historia:28/04/2018 03:56 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 03:56 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A

No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079221
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA MEDICA CORTA DE EVOLUCION OBSRV-URGENCIAS:

NOMBRE DE LA PLANTILLA
DATOS DEL PACIENTE.
Fecha: 28/04/2018
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Historia: 1060655889
Edad: 20 Años
Ocupacion: Otros oficinistas
Convenio: PGPCXGENERAL

DATOS DE LA CONSULTA.
HORA DE ATENCION.
Hora en Formato Militar:
Hora de Atencion: 15+56
Subjetivo
Describir: SE ABRE FOLIO PARA INTERCONSULTAR.

Plan de Estudio y Manejo
EGRESO
Descripcion Casa: NA
Signos de Alarma.: NA
Recomendaciones y Explicacion Enfermedad: NA
Formula: NA



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

HISTORIA CLINICA
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS
Nit. 810003245
Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Código Plantilla:NEURG-001
Fecha Historia:28/04/2018 02:19 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 02:19 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078392
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA DE INGRESO A URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Direccion:** CR 13 7 33
Telefono: 3218117409 3116118487 **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL
Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 02:14
Procedencia del Paciente
Procedencia del Paciente: Casa
Medio de Ingreso del Paciente
Medio de Ingreso del Paciente: Silla de Ruedas
Datos de la Consulta
Descripcion del Ingreso: INGRESA PACIENTE CON DX DE ORQUIEPIDIDIMITIS
Oxigeno
Oxigeno: No
Sonda
Sonda: No
Acceso Venoso.
Acceso Venoso.: Si **Cual:** PERIFERICO
Drenes
Drenes: No
Tubos
Tubos: No
Otros.
Otros.: No
Alergia a Medicamentos
Alergia a Medicamentos: No **SI EL PACIENTE ES ALERGICO:**
! !NO OLVIDE INSTALAR MANILLA !!:
Comentarios de Enfermeria
Describir: INGRESA PACIENE REMITIDO DE SALUD TOTAL TRAIDO EN SILLA DE RUEDAS , REFIERE CUADRO CLINICO DIFUSO QUE INICIA COMO DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN REGION DE HIPOCONDRIO Y LUEGO MIGRA A REGION EPIGASTRICA, DE 5 HORAS DE EVOLUCION, Y DESDE HACE 1 HORA DOLOR TESTICULAR DERECHO , , USUARIO ALERTA, ORIENTADO, , AFEBRIL, MUCOSA ORAL SEMISECA, CUELLO MOVIL SINADENOPATIAS , TORAX SIMETRICO, CON ACCESO VENOSO PERMEABLE CATETER 18 EN DORSO DE MANO IZQUIERDA CONSSN SIN MEZCLA, SINSIGNOS DE INFECCION POR TAL MOTIVO NO SE CAMBIA CATETER ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SINDOLOR, REFIERE DOLOR EN TESTICULO DERECO EN ESCALA ANALOGA DE 1 A 10 EN 7, REFIERE ELIMINA BIEN, PIEL Y EXTREMIDADES SIN LESIONE S NI EDEMAS SE ADMINISTRA UAN AMPOLLA DE HIOSCINA COMPUESTA IV, SE HACE PRESENTACIONDEL PERSONAL SE DA EDUCAICON SOBRE RIESGO DE CAIDA SE COLOCA MANILLA DE IDENTIFICACION SE ENTREGA FOLLETO DE DEBERES Y DERECHOS GUIA DE CUIDADO PREVENCION DE CAIDA, PLAN CONTROL SIGNOS VITALES VIGILAR DOLOR EDEMA ERITEMA CALOR LOCAL EN SITIO DE PUNCION , BARANDAS ARRIBA POSICION SEMIFOWLER HIGIENE CAVIDAD ORAL, ACTIVDAD CAMA SILLA, VIGILAR DOLOR EN TESTICULO DERECHO, , PENDEINTE TOMA DE ECO TESTICULAR Y PCR Y CH ,
Reingreso

Reingreso: No
Diligenciar Formato::
Por la Misma Causa:
RC-004-V2 15-01-2009:

Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO:
RC-004-V2 15-01-2009:
Diligenciar Formato::

Custodia de Objetos Personales
Si su respuesta es positiva Favor:
RC-051 V2 06-03-2009:
Diligenciar Formato::

Diana Tangarife C.

ENF. ENFERMERA DIANA TANGARIFE CARDONA
CC 30395042
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 20596

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:28/04/2018 06:06 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 06:06 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078466
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA CORTA ENFERMERIA EN LA ATENCION DE URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 28/04/2018
Historia: 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Direccion: CR 13 7 33
Telefono: 3218117409 3116118487
Edad: 20 Años
Sexo: Masculino
Ocupacion: Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Convenio: PGPCXGENERAL

Hora de la Atención
Hora en Formato Militar:
Hora:: 06:06

Comentarios de Enfermeria
Describir: PACIENTE QUE PASA LA NOCHE EN APARENTE BUENAS CONDIONES GENERALES . ENTREGO PACIENTE EN CAMILLA, BARANDAS ARRIBA, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO , AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTED E OXIGENO , TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, CON DOLOR INGUINAL DERECHO QUE SE IRRADIA A TESTTICULO Y DEGION LUMBAR , EXTREMIDADES SIN EDEMA, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SOLUSION HARTMAN A 80 CC HORA , ACCESO VENOSO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS ELIMINANDO ESPONTANEO EN BAÑO PIEL INTEGRA . PENDIENTE:REPORTEDE CUADRO HEMATICO Y PCR EOCGRAFIA DESTICULAR CON DOPPLER CUIDADOS DE ENFERMERIAOBSERVACIONCUIDADOS CON ACCESO VENOSO (DOLOR,E DEMA, ERITEMA)CUIDADOS ANTINEUMONICOS (ACTIVIDAD CAMA SILLA, POSICION SEMIFOWLER, ASEO DE CAVIDAD ORAL)BARANDAS ARRIBAGLUCOMETRIA CADA OCHO HORASASISTIR ACTIVIDADESCONTROL DE SIGNOS VITALESAVISAR CAMBIOS .

Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO:
RC-004-V2 15-01-2009:
Diligenciar Formato::

ENF. SEBASTIAN ARIAS SALAZAR

CC 75103831
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 36293

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-002
Fecha Historia:28/04/2018 08:23 a.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 08:23 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5078653
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA CORTA ENFERMERIA EN LA ATENCION DE URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Direccion:** CR 13 7 33
Telefono: 3218117409 3116118487 **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL

Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 08:20

Comentarios de Enfermeria
Describir: RECIBO PACIENTE EN CAMILLA, BARANDAS ARRIBA, CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADO , AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTED E OXIGENO , TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, CON DOLOR INGUINAL DERECHO QUE SE IRRADIA A TESTTICULO Y DEGION LUMBAR , EXTREMIDADES SIN EDEMA, CON ACCESO VENOSO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SOLUSION HARTMAN A 80 CC HORA , ACCESO VENOSO PERMEABLE SIN SIGNOS DE FLEBITIS ELIMINANDO ESPONTANEO EN BAÑO PIEL INTEGRA . PENDIENTE: EOCGRAFIA DESTICULAR CON DOPPLER CUIDADOS DE ENFERMERIACUIDADOS CON ACCESO VENOSO (DOLOR,E DEMA, ERITEMA)CUIDADOS ANTINEUMONICOS (ACTIVIDAD CAMA SILLA, POSICION SEMIFOWLER, ASEO DE CAVIDAD ORAL)BARANDAS ARRIBAGLUCOMETRIA CADA OCHO HORASASISTIR ACTIVIDADESCONTROL DE SIGNOS VITALESVIGILAR DOLOR

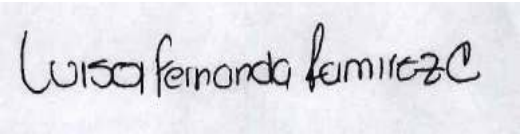
Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO: **Diligenciar Formato::**
RC-004-V2 15-01-2009:

_____
ENF. MARIA FERNANDA OCAMPO LONDOÑO
CC 1053838420
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 36782

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NEURG-003
Fecha Historia:28/04/2018 04:02 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 04:02 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: CIRUGIA Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079224
Registro de Admision No: 301474

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA EGRESO DE URGENCIAS:
IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Fecha: 28/04/2018 **Historia:** 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **Direccion:** CR 13 7 33
Telefono: 3218117409 3116118487 **Edad:** 20 Años
Sexo: Masculino **Ocupacion:** Otros oficinistas
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A **Convenio:** PGPCXGENERAL
Hora de la Atención
Hora en Formato Militar: **Hora::** 15:57
Destino.
Destino.: Otro Servicio
Fallece
Fallece: No **SI LA MUERTE ES NATURAL: REGISTRE Nro DE DEFUNCION:**
Nro de Certificado de Defuncion: //
Muerte Violenta
Muerte Violenta: No **Entidad que realiza el Levantamiento o Defuncion:** ///
Oxigeno
Oxigeno: No
Sonda
Sonda: No
Acceso Venoso.
Acceso Venoso.: No
Drenes
Drenes: No
Tubos
Tubos: No
Otros.
Otros.: No
Comentarios de Enfermeria
Describir: PACIENTE CON UN DIAGNOSTICO MEDICO TORSION TESTICULAR SIN AP DE IMPORTANCIA SE TRASLADA A SALAD E CXX EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE PERSONAL DE ENFERMERIA CON ACCESO VENOSO EN BUEN ESTADO SIN SIGNOS DE FLEBTIS REFIERE SENTIRSE BIEN SE TRASLADA CONCIENTE ALERTA ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS CON UN GLASGOW DE 15/15 NO PRESENTA DETERIORO NEUROLOGICO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN SOPORTE DE OXIGENO RESPIRATORIO NORMOCEFALO CON BUENA IMPLANTACION DEL CUERO CABELLUDO MUCOSA ORAL HÚMEDA Y LIMPIA, CUELLO CON BUENA MOVILIDAD SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO NORMOEXPANDIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE NO DOLOR A LA PALPACION, CON PERISTALTISMO POSITIVO NO EDEMA BUENA PERFUSION DISTAL GENITOURINARIO DE ELIMINACIÓN ESPONTANEO DE CARACTERISTICAS NORMALES EGRESA CON ACOMPAÑANTE AFEBRIL, HIDRATADO, SIN VIA ORAL SIN COMPLICACIONES Y SIN DOLOR, CON FRECUENCIA CARDIACA NORMAL, BUEN PATRÓN RESPIRATORIO SE TRASLADA CON PERTENENCIAS CONTINUA MANEJO MEDICO POR UROLOGIA HC COMPLETA
Medicamentos - Insumos - Equipos de Terapia - Otros
Diligenciar lista de Chequeo:: **RC-268 V1 15-07-2009:**
Responsable de Diligenciamiento:: /////
Documentos al Egreso
Epicrisis: NO **Signos de Alarma:** NO
Formulacion de Alta: NO **Consulta de Seguimiento:** NO
Incapacidad..: NO **Plan de Alta..:** NO
Comprabante de Atención: NO
Programa de Seguridad del Paciente
SI SE PRESENTO EVENTO ADVERSO: **Diligenciar Formato::**
RC-004-V2 15-01-2009:



ENF. LUISA FERNANDA RAMIREZ CARDENAS
CC 24336863
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 22077

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NENFRECUQX
Fecha Historia:28/04/2018 05:39 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 05:39 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: HOSPITALIZACION Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079327
Registro de Admision No: 301503

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA DE CIRUGIA:
DATOS DEL PACIENTE.
Convenio: HOSPITALIZACION
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Edad: 20 Años
Fecha: 28/04/2018
Historia: 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
DATOS DEL INGRESO.
Hora: 17:34
Observaciòn: - INGRESA PACIENTE A SALA DE CIRUGIA NUMERO 1 EN CAMILLA ACOMPAÑADO POR LA AUXILIAR DE ENFERMERIA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSO PERMABLES SIN SIGNOS DE FLEBITIS EN MIMEBRO SUPERIOR IZQUIERDO, CON PROFILAXIS ANTIBIOTICA 2G DE CEFAZOLINA, SE ACUESTA EN MESA DE CIRUGIA, SE MONITORIZA MOSTRANDO SIGNOS VITALES ESTABLES, SE INDUCE ANESTESIA GENERAL POR EL DR ARTEAGA CON REMIFENTANIL PASANDO POR BOMBA A 50 CC/H,12CC DE PROPOFOL,2 CC DE LIDOCAINA SE INTUBA CON MASCARA LARINGEA N 4.0 SE INFLA BALON Y SE FIJA SIN COMPLICACIONES SE CONECTA ALOGENADO DE SEVORANE,SE PROCEDE A REALIZAR LAVADO DEL AREA QUIRURGICA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON ISODINE ESPUMA, VERIFICANDO CAMBIO DE COLOR Y SE PINTA CON ISODINE SOLUCION PARA COLOCAR CAMPOS ESTERILES POR GRUPO QUIRURGICO COMIENZA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO POR LA DOC YANETH INSTRUMENTADOR LEONARDO, POR ORDEN VERBAL DEL DR ARTEAGA SE ADMNISTRA ANALGESIA CON 2 AMPOLLAS DE DEXAMETASONA X 4 MG + 1 AMPOLLA DE DICLOFENACO X 75 MG EN 500 CC DE SOLUCION SALINA NORMAL RASNCURRE PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION SE EXTRE MUESTRA PARA PATOLOGIA SE ROTULA Y SE APLICA FORMOL TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION BAJO EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PASANDO SSN SIN MEZCLA EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO,QUEDA CON HERIDA QUIRURGICA SUTURADA,QUEDA CUBIERTA CON APOSITO + MICROPORE LIMPIO SE ENTREGA HISTORIA CLINICA COMPLETA MAS MUESTRA PARA PATOLOGIA.
SIGNOS VITALES .
Peso (kg).: 70
Presión Arterial: 110/50
F. Cardiaca: 66
Frecuencia Respiratoría: 19
Temperatura: 36.00
SatO2: 96
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR: ORQUIDOPECXIA

_____
ENF. AAUX -YULY KATHERINE ROJAS MONTOYA
CC 1053793799
Especialidad. ENFERMERIA
Registro. 1053793799

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:NENFRECUQX

Fecha Historia:28/04/2018 06:36 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 06:36 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: HOSPITALIZACION Tipo de Usuario: COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Cons. Historia: 5079436
Registro de Admision No: 301503

NOMBRE DE LA PLANTILLA
NOTA DE ENFERMERIA DE RECUPERACION DE CIRUGIA:
DATOS DEL PACIENTE.
E.A.P.B.: SALUD TOTAL EPS-S S.A
Edad: 20 Años
Historia: 1060655889
Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Sexo: Masculino
DATOS DEL INGRESO.
Tension Arterial.: 120/65
Temperatura: 36.00
Frecuencia Cardiaca.: 79
Frecuencia Respiratoría: 22
SatO2: 100
Procedimientos Realizados: ORQUIDOPEXIA
HALLASGOS QX: 0
NUMERO AUTORIZACION O NAP: 6
NOMBRE DEL AUTORIZADOR: ST
Observación.: INGRESA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION EN CAMILLA BAJO EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLES PASANDO SOLUCION SALINA NORMAL SIN MEZCLA, SE MONITORIZA MOSTRANDO SIGNOS VITALES ESTABLES SE ADMINISTRA OXIGENO BAJO MASCARA A 5LTX MINUTO,PACIENTE QUE SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE, CON SIGNOS VITALES ESTABLES, SIN PRESENTAR NINGUNA COMPLICACION.PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN SE INICIA VIA ORAL CON AROMATICA BIEN TOLERADO POR EL PACIENTE .PACIENTE EGRESA PARA EL SERVICIO DE ADMISIONES EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA, CONCIENTE, ORIENTADO, TRANQUILO, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO PERMEABLES PASANDO SOLUCION SALINA NORMAL SIN MEZCLA, LLEVA HERIDA QUIRUGICA CUBIERTA CON COMPRESA LIMPIA Y SECA SE LE ENTREGA INFORME QUIRURGICO,ORDEN DE MEDICAMENTOS, ORDEN DE SALIDA INCAPACIDAD, CITA DE CONTROL POSQUIRUGICO,



ENF. AAUX. NEIDER LOPEZ MEJIA
CC 1053857456
Especialidad. ENFERMERIA
Registro.

INFORME QUIRÚRGICO
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

Nº Historia 1060655889 **Paciente** ESTEVEZ MURILLO GIANCARLO
Sexo: MASCULINO **Edad:** 20 años
Fecha Inicio: 28/04/18 17:00 **Fecha Fin:** 28/04/18 18:00

Anestesiólogo: OLIVER JUNIOR ARTEAGA RUBIANO **Ayudante 1:** NO APLICA
Ayudante 2: NO APLICA **Instrumentador:** LEONARDO ANTONIO FERNANDEZ MATEUS
Enfermera: A A

Tipo de Anestesia: GENERAL

Diagnósticos:

Pre-Operatorio:

Tipo	Código	Diagnóstico
PR	Y838	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Post-Operatorio:

Tipo	Código	Diagnóstico
PR	N44X	TORSION DEL TESTICULO

Procedimientos Realizados:

I623000 ORQUIDECTOMIA (TESTICULO) SOD (85)
I625104 FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA

Descripción Quirúrgica:

HALLAZGOS: TESTICULO DERECHO ASCENDIDO. TESTICULO Y PIDIDIMO DERECHO DE COLOR VIOLACEO* HIDROCELE REACTIVO* CORDON ESPERMATICO CON 3 VUELTAS. TESTICULO IZQUIERDO SIN ALTERACION.

PROCEDIMIENTO: VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO* ANTIBIOTICO PROFILACTICO* PARADA DE SEGURIDAD* ACTO ANESTESICO* ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN AREA GENITAL* COLICACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES* SE REALIZA INCISION TRANSVERSAL EN HEMIESCROTO DERECHO* VISUALIZACION DE HALLAZGOS DESCRITOS. SE PINZA CORDON ESPERMATICO* SE CORTA* SE LIGA MUÑON CON SUTURA TRANSFIXIANTE CON VICRYL 2/0. SE REALIZA HEMOSTASIA EXHAUSTIVA. CIERRE EN DOS PLANOS CON CROMADO 3-0. SE REALIZA INCISION EN HEMIESCROTO IZQUIERDO* DISECCION POR PLANOS* EXTERIORIZACION DE TESTICULO A TRAVES DE INCISION* DISECCION DE BOLSILLO SUBDARTICO* SE FIJA TESTE DESDE POLO INFERIOR A CARA INTYERNA DE HEMIESCROTO. SE REVISA HEMOSTASIA* CIERRE EN 2 PLANOS CON CROMADO 3-0. SE CUBREN HERIDAS QUIRURGICAS Y SE DEJA VENDAJE COMPRESIVO. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

Drenajes:

NO

Instrucciones:

SALIDA
RETIRO DE VENDAJE COMPRESIVO MAÑANA
CURACION DE HERIDA CON AGUA Y JABON
FORMULA MEDICA
SIGNOS DE ALARMA
CITA DE CONTROL 04/05/18 16+00 HORAS (CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO - SANCANCIO)
INCAPACIDAD MEDICA

Recuento de Compresas y Gasas

COMPLETO

Compresas Iniciales:	0	**Compresas Finales:**	0
Gasas Iniciales:	0	**Gasas Finales:**	0
Rollos Inicales:	0	**Rollos Finales:**	0

Tejido a Patología: SI

TESTICULO Y EPIDIDIMO DERECHO

MEDICO CIRUJANO:

Yaneth P. Angel T.

YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO
Registro Medico 1130633503
Documento 1130633503

INCAPACIDADES
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS
Nit. 810003245
Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Registro de Calidad:RCREM001
Fecha Historia:28/04/2018 04:15 p.m.
Lugar y Fecha:MANIZALES,CALDAS 28/04/2018 04:15 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
No Historia: 1060655889 Incapacidad Nº: 16704

Registro de Admision No: 301503

Causa Externa: OTRA CAUSA
Descripcion: ORQUIDECTOMIA DERECHA + FIJACION TESTICULAR IZQUIERDA
Fecha de Inicio: 28/04/2018 **Fecha de Terminación:** 07/05/2018
Dias: 10 (DIEZ DIAS) **Prorroga:** No

DX Principal: I498 OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS

Tipo de DX Principal: CONFIRMADO REPETIDO

Yaneth P. Angel T.

DR. YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO
CC 1130633503
Especialidad. UROLOGIA
Registro. 1130633503

584402

clínica versalles por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1060655889

UNIDAD FUNCIONAL: QUIROFANO EPS: SALUD TOTAL

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA		NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA
Identificación del paciente		Maternas	Control trabajo de parto	
Comprobante de atención			Valoración del recién nacido	
Epicrisis			Egreso del recién nacido	
Remisión		Neonatos	Criterios de admisión	
Plan de Cuidados de enfermería			Historia clínica perinatal de ingreso	
Tramites administrativos			Record de laboratorio	
Hoja de tratamientos			Terapia respiratoria	
Hoja de oxígeno			Hoja de cuidado de enfermería	
Hoja de glucometrías				
Hoja de signos vitales		Quirófano	Informe quirúrgico	
Hoja de control de líquidos			Informe de anestesia	
Hoja de control de antibióticos			Cargo de insumos quirófano	
Hoja de Glasgow			Hoja de tratamiento quirófano	
Peso diario			Conteo de elementos utilizados	
Escala de riesgo de caídas			Lista de chequeo acciones seguras	
Monitoreo gasimétrico y ventilatorio				
Reporte de gases arteriales		Ayudas diagnósticas internas:		
Reportes de Laboratorio		•		
Reporte de cultivos		• 623002 - Resección tejido - uretra		
Registro de exámenes de laboratorio		• 414 - 1431029341		
Hojas de control hemodinamico		•		
Paquete de transfusiones		• 625104 - 414 - 1431029339		
Copias de CTC		•		
Valoración escala de sedación		Ayudas diagnósticas externas:		
Formato de nutrición parental		•		
Formato para realización de cambios de posición		•		
Manejo de pertenencias		•		
Informe anatomía patológica		•		
Fotocopia de documentos		Otras		
Autorización acompañante permanente		•		
Formulas de control		•		
Devoluciones		• 8787300		
Tarjeta de medicamentos		•		
Ordenes de ambulancia		•		
Consentimientos informados		•		
Listas de chequeo		Paquetes		
Reg. de control de educación a la familia		Paquete de urgencias	OURG	
Reg. de escala de medición ucis		Paquete de hospitalización	HOSP	
Comprobante de información estado pcte		Paquete de ginecología	GIOB	
Escala visual de ingesta		Paquete UCIN	UCIN	
Autorizaciones o verificador		Paquete de UCI	OUCI	
Triage		Paquete de quirúrgico	OOQX	
		1 513466		

Entrega folio:	Fecha:
Recibe admisionador:	Fecha:
Recibe en piso: Folio 13	Fecha:
Recibe en unidades:	Fecha:
Recibe en facturación:	Fecha:
Recibe en radicación:	Fecha:
Recibe en archivo médico: Monica 35	Fecha: Ana 35 04/09/18

TODAS LAS HISTORIA CLÍNICAS DEBEN SER FOLIADAS Y ENTREGADAS AL ÁREA DE FACTURACIÓN INMEDIATAMENTE EGRESE EL USUARIO, EL FACTURADOR DEBE REVISAR POR COMPLETO LOS FOLIOS ENTREGADOS Y NO RECIBIR LA HISTORIA SI PRESENTA ALGÚN FALTANTE. CUANDO SE ADICIONE ALGÚN FOLIO, ÉSTE SE DEBE ENUMERAR Y ADICIONAR AL REGISTRO

1 of 1

SaludTotal

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTERNA

No. Autorización 04114-1830870943 Fecha y Hora 28 Abr 2018 12:47 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

SaludTotal EPS Código EPS032

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania
Documento : 1060653689
Nombre : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Fecha Nacimiento :25 Mar 1996
Dirección : CR 13 7 33
Telefono : 0
Departamento : CALDAS
Municipio : Villamaria
Telefono Celular : 3218117409
E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CLINICA VERSALLES SA
Nit :810003345
Código : 4114
Dirección : CL 51 24-60
Telefono : 8334356
Municipio : Manizales
Departamento : CALDAS

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización
Regimen : Contributivo - DERIV, URGENCIAS - Evento
Motivo : Ninguno
Fecha Vencimiento : 28 May 2018
Diagnostico :R52.0
Nap Anterior : 04114-1830870943
Ubicación paciente :Hospitalario
No. Solicitud :0428201805154
Origen Servicio : Enfermedad General
No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Codigo	Cant	Nombre
0731019000	1	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO Todos los Conceptos

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Sin Cobro
Valor : 0
Semanas Cotizadas : 365
Porcentaje
Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ITTransaccional
Cargo o Actividad : Arquitecto de Desarrollo de Aplicaciones
Telefono :
Telefono :
Telefono Celular :
Dirección :
Ips que prescribe :

4114-1830870943

INFORME QUIRÚRGICO
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

Nº Historia 1060655889 **Paciente** ESTEVEZ MURILLO GIANCARLO
Sexo: MASCULINO **Edad:** 20 años
Fecha Inicio: 28/04/18 17:00 **Fecha Fin:** 28/04/18 18:00

Anestesiólogo: OLIVER JUNIOR ARTEAGA RUBIANO **Ayudante 1:** NO APLICA
Ayudante 2: NO APLICA **Instrumentador:** LEONARDO ANTONIO FERNANDEZ MATEUS
Enfermera: A A

Tipo de Anestesia: GENERAL

Diagnósticos:

Pre-Operatorio:

Tipo	Código	Diagnóstico
PR	Y838	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Post-Operatorio:

Tipo	Código	Diagnóstico
PR	N44X	TORSION DEL TESTICULO

Procedimientos Realizados:

I623000	ORQUIDECTOMIA (TESTICULO) SOD	(85)
I625104	FIJACION TESTICULAR PROFILACTICA	

Descripción Quirúrgica:

HALLAZGOS: TESTICULO DERECHO ASCENDIDO. TESTICULO Y PIDIDIMO DERECHO DE COLOR VIOLACEO* HIDROCELE REACTIVO* CORDON ESPERMATICO CON 3 VUELTAS. TESTICULO IZQUIERDO SIN ALTERACION.

PROCEDIMIENTO: VERIFICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO* ANTIBIOTICO PROFILACTICO* PARADA DE SEGURIDAD* ACTO ANESTESICO* ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN AREA GENITAL* COLICACION DE CAMPOS QUIRURGICOS ESTERILES* SE REALIZA INCISION TRANSVERSAL EN HEMIESCROTO DERECHO* VISUALIZACION DE HALLAZGOS DESCRITOS. SE PINZA CORDON ESPERMATICO* SE CORTA* SE LIGA MUÑON CON SUTURA TRANSFIXIANTE CON VICRYL 2/0. SE REALIZA HEMOSTASIA EXHAUSTIVA. CIERRE EN DOS PLANOS CON CROMADO 3-0. SE REALIZA INCISION EN HEMIESCROTO IZQUIERDO* DISECCION POR PLANOS* EXTERIORIZACION DE TESTICULO A TRAVES DE INCISION* DISECCION DE BOLSILLO SUBDARTICO* SE FIJA TESTE DESDE POLO INFERIOR A CARA INTYERNA DE HEMIESCROTO. SE REVISA HEMOSTASIA* CIERRE EN 2 PLANOS CON CROMADO 3-0. SE CUBREN HERIDAS QUIRURGICAS Y SE DEJA VENDAJE COMPRESIVO. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES.

Drenajes:

NO

Instrucciones:

SALIDA
RETIRO DE VENDAJE COMPRESIVO MAÑANA
CURACION DE HERIDA CON AGUA Y JABON
FORMULA MEDICA
SIGNOS DE ALARMA
CITA DE CONTROL 04/05/18 16+00 HORAS (CENTRO DE DIAGNOSTICO UROLOGICO - SANCANCIO)
INCAPACIDAD MEDICA

Recuento de Compresas y Gasas

COMPLETO

Compresas Iniciales:	0	**Compresas Finales:**	0
Gasas Iniciales:	0	**Gasas Finales:**	0
Rollos Inicales:	0	**Rollos Finales:**	0

Tejido a Patología: SI

TESTICULO Y EPIDIDIMO DERECHO

619151 · 49149
619201 · 37152

1ª Hora Gaseosa 30/04/18 – * Reduccion de modelo.

04114-183092600

Conciliación en Sorwsal.

O verificar con el Auditor por Solicitud Tardia.

MEDICO CIRUJANO:

Yaneth P. Angel T.

YANETH PATRICIA ANGEL TURIZO
Registro Medico 1130633503
Documento 1130633503

clínica versalles
por tu bien

INFORME DE ANESTESIA

Sistema Nacional de Salud
Subsitema de información
Registros Médicos
sis - 419

1er Apellido	2do. Apellido	Nombres	Historia clínica Nº.
Esteves	Murillo	Giancarlo	1060655989

Fecha	Servicio	Sala o Cuarto	Nº Cama	Riesgo ASA 1 2 3 4 5 U	Sexo F M
28/8/18					

Anestesias previas: _____

Talla (cm)	Peso (kg)	Edad D M A
	50	/ 20

B: EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

TEM.	F.R.	F.C.	T.A.	H.B.	HTO.	GLIC.	BIL TOT.	BIL DRT.	PRO TOT.	ALBUM					TYA PROT.	T. COG.	FUMA	BEBE	GRUPO	R. H.

DIAGNÓSTICO

OPERACIÓN PROPUESTA Orquiectomia + Orquidopexia

HISTORIA Y ANTECEDENTES — ENFERMEDAD ACTUAL - ALÉRGICOS - ICTÉRICOS - DISCRÁSICOS - TBC - LUES - ASMA - ESTEROIDES - HIPETENSORES - INSULINA - B/BLOQUEADORES - OTROS

- Patolog: (-)
- Alg (-)
- Toxs (-)

ESPECÍFICO — Qx: (-).

FACILIDAD: OK VIA AÉREA OK DIENTES OK CUELLO OK

HALLAZGOS RELEVANTES

LABORATORIO ATORIO

RESUMEN Y PLAN — Asma Glc

TIPO
BLOQUEO
PERIDUAL
ESPINAL
GENERAL

→ Buen Consent y altas vs

ESTADO PSICOLÓGICO

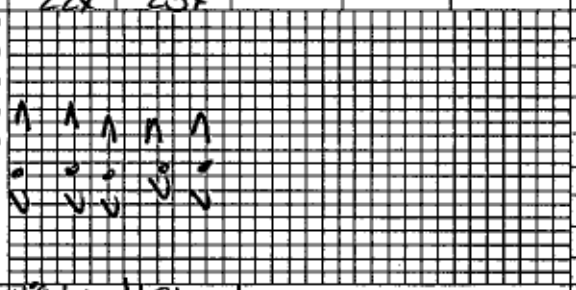
PREFIERE	ACEPTA	RECHAZA	NECESITA SANGRE	PREMEDICACIÓN	C.C.	FIRMA

B: POST-OPERATORIO SALA DE RECUPERACIÓN

FECHA _____ DÍA MES AÑO

POSICIÓN

RESPIRACIÓN E A C — 94v. 96v. 22x 23x



HORA 18+40 | 19+00 |

NAUSEAS	VOMITO	HIPO	CIANOSIS	ARRITMIA	CEFALEA	EXCITACIÓN	OTRAS
							RECUPERACIÓN
							CONCIENCIA

HEMORRAGIA:	DIURESIS:
REFLEJOS:	SENSIBILIDAD:
MOTILIDAD:	PIEL:

1	COMENTARIOS:
2	paciente en aparentes
3	buenas condiciones
4	generales Aldrete
5	10/10 laura Hejia.
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

TOTALES

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12

HORA SALIDA Y MOTIVO Alta 10/10 — FIRMA

EFECTOS PREMEDICACIÓN

OP ☐ B ☐ R ☐ M ☐

C - REGISTRO DE ANESTESIA

DIAG.PREOPERATORIO:

DIAG. POST-OPERATORIO: Orquitis + Orquidopexia

OPERACIÓN:

ANESTESIÓLOGOS: Arlega | CIRUJANOS Angel

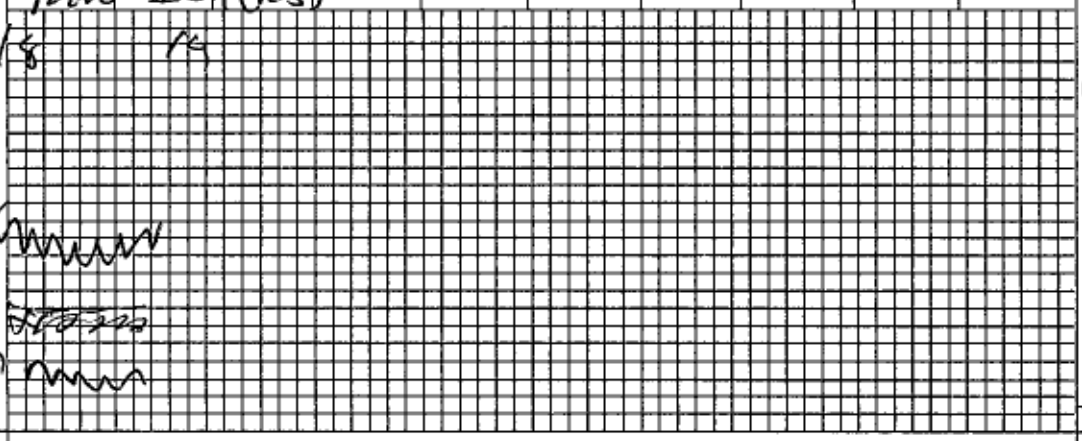
TIEMPO DE AYUNO — LIQUIDO: 6h — SÓLIDO:

TECNICA — LOCAL ___ — DISOCIIATIVA: ___ — BOLQUEO: EPIDURAL: ___ — GENERAL X — ESPINAL ___ — CAUDA L: ESPACIO: ___ — NIVEL: ___ — OTRA: ___ — AGUJA: ___

POSICIÓN

RESPIRACIÓN 02 35 35

CCSC. C.S.A. C.C.C. — E A C — Spur 98 98 — Nihil Scil (res)



I.o T No
I.o T No
ED T. No
EN.. T. No
PULSO
RESPIRACIÓN
T.A.
INDUCCIÓN
INICIACIÓN Y FINALIZACIÓN
NEONATO MASC. FEM.
PV: C
T
TORNIQUETE
E.C.G.

1 AL 5 LÍQUIDOS

6 AL 16 DROGAS

AGENTES		
	Seroplex CMN 0.7	6 Propofol
	Remifentanil 0.1ug/kg/h	7 Lidocaina
	Pca 30-30-5	8 Dexametasona
		9 Diclofenaco
		10
		11
1	SSN 0.9 500	12
2		13
3		14
4		15
5		16
HEMORRAGIAS		TOTAL C.C.
DIURESIS		TOTAL C.C.

TOTALES				
1	2	3	4
5	6 120ml	7 40ml	8 8ml
9 375ml	10	11	12
13	14	15	16

ESTADO AL LLEGAR AL QUIRÓFANO: Ben Cons Cyes

ESTADO AL SALIR DEL QUIRÓFANO: Ben Cons Cyes

OBSERVACIONES — Lista de Chequeo OK

Oliver Arlega
1837

Firma y código

CAF: HOSP FOLDERAMA CIRUGIA VERSA Paquete: 35.474

ROCELECTOMIA-ESPERMATOCELECTOMIA.ORQUIDOPEXIA(CX UROLC

PACIENTE	
Nombres	Identificación
Giancarlo estevez murillo	1060655089

Fecha	Procedimiento	Sala
04/28/201	HIDROCELECTOMIA-ESPERMATOCELECTOMIA.	

AUX. FAR. ENTRADA	AUX. ENF. RECIBE
AUX. ENF. DEVUELVE	AUX. FAR. DEVUELVE

Jaque

Cod. comercial	Descripción	ENT	DEV	FAC
13528694	AC POLIGLICOLICO 30 AG 1/2 CIRCULAR RED (22MM) X 70CM UNI -	1	1	
13528693	AC POLIGLICOLICO PLUS 20 AG 1/2 CIRCULAR RED (26MM) X 70CM UNI	1	D	1
116610055	AGUJA HIPODERMICA 18G X 1 1/2" DESECHABLE UNI -	1	1	D
161090	ATROPINA SULFATO - SOLUCION INYECTABLE 1 MG/ML /1 ML	1	1	
7954210	CATETER IV PERIFERICO VIALON DE SEGURIDAD 18G X 1 1/4" (116) UNI -	1	1	
7954211	CATETER IV PERIFERICO VIALON DE SEGURIDAD 20G X 1 1/4" (116) UNI	1		1
16210459	CATETER NELATON 16FR X 40CM UNI -	1	1	
13511203	CATGUT CROMADO 20 AG X 1/2 REDONDA (26MM) X 70CM UNI -	2	2	
60611205	CATGUT CROMADO 30 AG X 1/2 REDONDA (26MM) X 75CM UNI -	2	1	1
323870	CEFAZOLINA - POLVO PARA RECONSTITUIR A SOL. INY. 1 G	2		2
11767760	CLORHEXIDINA (FRASCO REENVASE) - ESPUMA 2 % /25 ML	1	1	
11767761	CLORHEXIDINA (FRASCO REENVASE) - SOLUCION 2 % /25 ML	1	1	
5591971	CLORURO DE SODIO - SOLUCION INYECTABLE 0.9 % /100 ML	1		1
559218	CLORURO DE SODIO - SOLUCION INYECTABLE 0.9 %/500 ML			1
294039	DEXAMETASONA - SOLUCION INYECTABLE 4 MG /1 ML	2		2
17323157	DICLOFENACO SODICO IV IM - SOLUCION INYECTABLE 75 MG /3 ML	1		1
910216	DIPIRONA SODICA - SOLUCION INYECTABLE 1 G /2 ML	2	2	
14610559	ELECTRODO MONITOREO ADULTO X UNI -	3	3	
8010593	EQUIPO MACROGOTEO 10 GOT/CC SIN AGUJA UNI -	1	1	
411959	ETILEFRINA CLOHIDRATO - SOLUCION INYECTABLE 10 MG/ML/1 ML	1	1	
16210584	EXTENSION ANESTESIA ADULTO UNI -	1		1
522110662	GUANTE ESTERIL DE LATEX 65 PAR -	2	2	
522110663	GUANTE ESTERIL DE LATEX 70 PAR -	3	3	
522110664	GUANTE ESTERIL DE LATEX 75 PAR -	2	1	1
522110665	GUANTE ESTERIL DE LATEX 80 PAR -		1	
522110736	JERINGA 3P X 10ML CON AGUJA 21G X 1 1/2" (LUEK LOCK) UNI -	3		3
93211552	JERINGA 3P X 20ML CON AGUJA 21G X 1 1/2" (LUEK LOCK) UNI -	2		2
522110732	JERINGA 3P X 5ML CON AGUJA 21G X 1 1/2" (LUER LOCK) UNI -	3		3
78410766	LLAVE 3VIAS DE 1 RAMPA 2LL1LS UNI -	2		2
250380	METOCLOPRAMIDA - SOLUCION INYECTABLE 10 MG/2 ML	1	1	
294479	RANITIDINA - SOLUCION INYECTABLE 50 MG/2 ML	1	1	

	Aposito transparente			1
	Iodocaino Simple			1

INFORMACIÒN PARA DILIGENCIAR POR AUDIFARMA S.A			
Quien elabora el paquete	Quien verifica	Quien digita	Consecutivos

clínica versalles

CARGO INSUMOS QUIROFANO

NOMBRE: GIANCARLO ESTEVEZ HUALLO

CEDULA: 1060655889

ENTIDAD: SALUD TOTAL

PROCEDIMIENTO: OROFARINGEXIA

SALA No.: #2

FECHA: 28/04/18

NOMBRE DE QUIEN DILIGENCIA: Viviana

INSTRUMENTADORA: Granado

INSUMOS	GASTO	INSUMOS	GASTO
AGUJA EPIDURAL		LIGACLIPS	
ASA PARA RTU		TROCAR DE LAPAROSCOPIA	
BUPIVACAINA CON		MANITOL	
BUPIVACAINA SIN		SSN 100 CC	
CONDONES		SSN 250 CC	✓
CUCHILLA DE ARTROSCOPIA		SSN 500 CC	
DEXTROSA AL 5% SSN		MASCARA LARINGEA N:	
EQUIPO DE BOMBA	1	OXIMETASOLINA ADULTO-NIÑO	
FENTANYL		POLIGELINA	
GENTAMICINA OFTALMICA		SEDA 2/0	
GENTAMICINA UNGUENTO		SNG N:	
GUANTES ESTERILES N:		TUBO ENTORCHADO N:	
GUANTES ESTERILES N:		TUBO ENDOTRAQUEAL N:	
GUANTES ESTERILES N:		VENDAJE ALGODÓN	
GUANTES ESTERILES N:		VENDAJE TELA	
HARTMAN		VENDAJE YESO	
HEMOVACK N:		VENDAJE ELÁSTICO	
HIDROCORTISONA AMP		MAQUINA AFEITAR	
HIDROCORTISONA CREMA		JERINGA DE 1 CC	
HOJA DE BISTURY N: 15	1	MORFINA AMP	
HOJA DE BISTURY N:		MIDAZOLAM AMP	
JERINGA DE 50CC PICO DE		PROPOFOL AMP	140cc
LAPIZ DE ELECTROBISTURY	1	OTROS:	
LIDOCAINA EL 2% SIN	2cc	Oxigeno a 6Lt/	
LIDOCAINA EL 2% CON		saturacion 2+.	
LIDOCAINA EL 1% SIN		placa electrodos=1	

RC-310V1 30-11-2009

Ringer lactato = 500cc/h

clínica versalles
por tu bien

TRATAMIENTOS

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMAS DE INFORMACIÓN
REGISTROS MÉDICOS
SIS - 415

Hoja Nº ______

			Nº HISTORIA CLÍNICA
ESTEVEZ 1er Apellido	MURILLO 2do Apellido	GIANCARLO Nombre(s)	1060 655 889
QUIROFANO Servicio	 Sala o cuarto	 Nº de cama	

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N
Cefazolina x 1g IV	[illegible]																													
20p [illegible]																														
Dexametasona x	[illegible]																													
4mg 2ampolla																														
Diclofenaco x 75mg	[illegible]																													
1ampolla																														

FIRMAS																
	1er TURNO	[firma]														
	2do TURNO															
	3er TURNO															

GRAFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

clínica versalles por tu bien

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

1. Fecha 28/04/18 ENTIDAD _____

Nombre del paciente	Giovanni Estevez Murillo			D.I:	
Edad (en años) 20	Sexo (marque con una x)	Masculino	X	Femenino	

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO AUTORIZADO.

Yaneth Patricia Angel Ruiz

3. NOMBRE DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

Exploracion escrotal - Orquidectomia - Fijacion testicular

4. DIAGNÓSTICOS

Torsion Testicular

5. TRATAMIENTOS

6. ALTERNATIVAS

7. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS

Riesgos Típicos del Procedimiento. Se entiende por aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluyen aquellos que siendo infrecuentes, pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves

1	2
3	4
5	6

Riesgos Personalizados: Relacionados con las circunstancias personales, estado previo de salud, edad, profesión, creencias

1	2
3	4

8. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo: Giovanni Estevez Murillo identificado con documento de identidad 1060655891 declaro que he sido informado(a) acerca del nombre del procedimiento que se va a realizar.

a. Se me han dado explicaciones sencillas sobre su objetivo, en que consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo. Además de los *riesgos típicos* del procedimiento, es decir. aquellos esperados en condiciones normales conforme a la consideración experiencia y al estado actual de la ciencia, incluidos aquellos que siendo frecuentes, mas no excepcionales tienen consideración clínica de muy graves; ademas sobre los riegos personalizados, los cuales entiendo como aquellos relacionados con mis circunstancias personales, hacen referencia a mi estado previo de salud, mi edad, mi profesión, mis creencias, valores y actitudes personales. Se incluyó información que hace referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.

b. El medico me ha explicado con suficiencia alternativas diferentes al procedimiento con sus pro y contras, me ha permitido participar en la toma de la mas adecuada decisión diagnóstica o terapéutica para resolver mi problema de salud. Así mismo que todos los espacios en blanco en el siguiente documento han sido completados antes de la firma.

c. Reconozco que no se me ha garantizado resultados que se espera de la intervención quirúrgica o procedimiento diagnostico o terapéutico en el sentido de que la practica de la intervención o procedimiento que requiere compromete una actividad medica de medio, pero no es de resultados.

d. La Clínica Versalles queda autorizada para ordenar la disposición final de los componentes anatómico que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatologicos.

e. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención manifestada ilegalmente por escrito.

f. Autorizo para que la historia clínica, los exámenes de laboratorio, de patología, radiografía, fotografías y demás anexos de la historia clínica, puedan ser revisados con fines de auditoria medica interna y externa, por quien autorice y sea responsable del pago, y por el personal en formación.

g. Me obligo con la clínica Versalles y el personal médico con la terapia o tratamiento de mi enfermedad a cumplir con las citas médicas, prescripciones, dietas, instrucciones y controles periódicos.

h. Manifiesto estar satisfecho (a) con la información recibida y de haber obtenido respuesta satisfactoria a todas las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa como la expresión de mi consentimiento para someterme al procedimiento.

Doy mi consentimiento: **(marque con una x)** X

No doy mi consentimiento: **(marque con una x)** _____

Se deja registro que no cambia la disposición del equipo asistencial a proporcionar las alternativas de tratamiento, con las limitaciones, que su decisión genera.

FIRMA DEL PACIENTE: Giovanni Estevez Murillo **C.C:** 1060655891

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE / TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL (*En caso que no sea posible obtener autorización del paciente dadas condiciones propias del mismo)* _____ **C.C.** _____

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Yaneth Angel R.

clínica versalles por tu bien

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

FECHA 28/04/18 ENTIDAD. _____

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: Giancarlo Edeiz Muñoz				D.I: 1060655885	
Edad (en años): 20	Sexo(marque con una x)	Masculino		Femenino	

2. NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO QUE INFORMA: No necesariamente es quien realiza el procedimiento

Olver

3. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR

Orquidopexia

4. TIPO DE ANESTESIA

☒ **ANESTESIA GENERAL:** Se le aplicara un anestésico por la vena o por medio de inhalación de gases anestésicos, hasta que se encuentre dormido, en ese momento se le pondrá un tubo por la boca para llevar el oxígeno hasta sus pulmones y se le ayudará a respirar por medio de la máquina de anestesia. Usted quedará inconsciente durante todo el procedimiento y será vigilado por el anestesiólogo, al terminar el procedimiento se suspenderá la medicación y se le retirará el tubo. Será llevado a la sala de recuperación y vigilado hasta que se encuentre en condiciones de ser hospitalizado o de marcharse de la clínica en compañía de su acudiente

☐ **ANESTESIA CONDUCTIVA:** El anestesiólogo realizará un pinchazo en su espalda con una aguja delgada, posteriormente inyectará un anestésico en el canal medular, el cual anulará la sensibilidad en la parte baja del cuerpo. En algunas y especificas oportunidades colocará un catéter en la espalda para continuar administrando anestésicos y/o analgésicos durante la cirugía o posterior a ella.

☐ **OTRO TIPO DE ANESTESIA O PROCEDIMIENTO:** _____

_____

5. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS.

Riesgos del Procedimiento: *Se entiende por aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia. Se incluyen aquellos que siendo infrecuentes, pero no excepcionales, tienen la consideración clínica de muy graves.*

Los riesgos se relacionan con los medicamentos de anestesia, posiciones y acciones requeridas en la anestesia o acto quirúrgico, estos riesgos pueden producir eventualmente LESION, ENFERMEDAD O MUERTE por ejemplo:

- Reacciones alérgicas leves como urticaria (ronchа) hasta severas como shock anafiláctico
- Insuficiencia renal por medicamentos o deshidratación
- Trauma dental con pérdida parcial o total de dientes
- Laringoespasmo, Broncoespasmo
- Broncoaspiración, edema pulmonar intra o postoperatorio por obstrucción de la vía aérea, por reacciones alérgicas o problemas cardiacos
- Arritmias cardiacas
- Falla cardiaca, infarto.
- Trombosis, flebitis (inflamación de las venas)
- Embolismos de trombos de aire, de grasa
- Debilidad o relajación muscular
- Accidentes cerebro vasculares(derrame, trombosis, hipoxia)
- Dolor de cabeza
- Nauseas, vomito, dolor, mareos
- Retención urinaria.

Riesgos Personalizados: *relacionados con las circunstancias personales, estado previo de salud, edad, profesión, creencias*

_____

_____

_____

clínica versalles

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

6. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Yo: Gerardo Esteves Murillo,

Identificado con documento de identidad: 1060655809 declaro que he sido informado (a) acerca del nombre del procedimiento que se va a realizar.

a. Se me han dado explicaciones sencillas sobre su objetivo, en qué consiste el mismo y la forma en que se va a llevar a cabo. Además de los riesgos típicos del procedimiento, es decir, aquellos esperados en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia, incluidos aquellos que siendo infrecuentes, más no excepcionales tienen consideración clínica de muy graves; además sobre los riesgos personalizados, los cuales entiendo como aquellos relacionados con mis circunstancias personales, hacen referencia a mi estado previo de salud, mi edad, mi profesión, mis creencias, valores y actitudes personales. Se incluyó información que hace referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.

b. El médico me ha explicado con suficiencia alternativas diferentes al procedimiento con sus pros y contras, me ha permitido participar en la toma de la más adecuada decisión diagnóstica o terapéutica para resolver mi problema de salud. Así mismo que todos los espacios en blanco en el siguiente documento han sido completados antes de mi firma

c. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revisado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención y manifestada igualmente por escrito.

d. Manifiesto estar satisfecho (a) con la información recibida y de haber obtenido respuesta satisfactoria a todas las dudas planteadas y sobre la posibilidad de revocar en cualquier momento el consentimiento informado, sin expresión de causa, así como la expresión de mi consentimiento para someterme al procedimiento.

Doy mi consentimiento: (marque con una x) _____

Se deja registro que no cambia la disposición del equipo asistencial a proporcionar las alternativas de tratamiento, con las limitaciones, que su decisión genera.

7. FIRMAS

FIRMA DEL PACIENTE: Gerardo Esteves Murillo **CC** 1060655809

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE/ TESTIGO/ REPRESENTANTE LEGAL: _____

(En caso que no sea posible obtener autorización del paciente dadas condiciones propias del mismo)

CC _____

NOMBRE DE MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

FIRMA DEL MEDICO QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: _____

clínica versalles

LISTA DE CHEQUEO ACCIONES SEGURAS PARA TRASLADO DE PACIENTES A CIRUGÍA

NOMBRE PACIENTE: Giancarlo Estevez Murillo **FECHA:** 28-Abril 2018

PROCEDIMIENTO: Orquidopexia.

ACCION A EVALUAR

ANTES (hospitalización / Urgencias) ENFERMERA DE URGENCIAS / HOSPITALIZACIÓN	SI	NO	N/A	INGRESO AL QUIROFANO AUXILIAR DE AMBULATORIO	SI	NO	N/A	DURANTE	SI	NO	N/A	DESPUES	SI	NO	N/A
El paciente conoce su cirugía?	✓			El personal se presento al paciente al momento del ingreso admisiones ?	✓			El personal de la sala se ha identificado en voz alta:	✓			Auxiliar repasa con el equipo nombre y rótulo de las muestras	✓		
Paciente en ayunas mínimo 6 horas?	✓			El paciente ingresa admisiones con un acompañante?	✓			1. Cirujano	✓			Alta en recuperación con visto bueno de anestesia.	✓		
Paciente NO presenta gripa, tos o fiebre?		✓		El paciente conoce la cirugía	✓			2. Anestesiólogo	✓			La auxiliar pregunta sobre cuidados especiales al cirujano y anestesiólogo	✓		
El paciente suspendió asa,wafarina,heparina?			✓	Tiene consentimiento informado de anestesia y de procedimiento diligenciado y firmado?	✓			3. Instrumentadora	✓			Se da retroalimentación de las indicaciones prequirúrgicas al paciente	✓		
Signos vitales estables?	✓			El paciente NO presenta gripa, ros, o fiebre ?	✓			4. Auxiliar de sala	✓			Se presentaron inconvenientes con los equipos y se reportaron para Tecnovigilancia ?			✓
Se verificó la ausencia de maquillaje, joyas, pierceing, esmalte, y lentes de contacto	✓			El paciente suspendio asa,wafarina,heparina?	✓			El personal verifica nuevamente en voz alta nombres del paciente y procedimientos a realizar?	✓			Se entregan ayudas diagnósticas a los acompañantes del paciente?	✓		
Fue retirada la prótesis dental?			✓	Verifica que los materiales de cirugía esten completos y esteriles	✓			Esta marcada el área quirúrgica antes de iniciar la anestesia?			✓	Se recuerda la asignación de la cita posquirúrgica	✓		
Verificación de historia clínica, exámenes e imágenes diagnosticas	✓			Se le explico profilaxis antibiótico máximo 1 hora antes de la cirugía? y se le explico al paciente para que es la profilaxis?	✓			Recuento de material médico - quirurgico antes de cerrar área quirúrgica ?	✓						
Paciente No es alérgico y si presenta alergias tiene la manilla e identificación con punto rojo?	✓			Paciente en ayunas mínimo 6 horas?	✓			Se verifica la administración de profilasis prequirúrgicas en el tiempo estipulado para ello	✓						
El paciente fué rotulado en la parte anterior del pecho con nombre del paciente y procedimiento?	✓			Se verifico la usencia de maquillaje, joyas, piercing, esmalte, lentes de contacto?	✓										
El paciente fue canalizado con intracath 18 en miembro superior derecho o izquierdo según el procedimiento?	✓			Paciente NO es alérgico y si presenta alergias,esta identificado con la manilla y punto rojo?	✓										
Confirmó la llegada de dispositivos y materiales especiales para la cirugía y que estos se encuentran estériles.			✓	Paciente identificado para cirugía con manilla?	✓										
				Fue retirada la protesis dental y se verificó que el paciente no tiene esmalte en las uñas?!			✓								
Tiene vendajes en miembros inferiores	✓			El paciente fué rotulado en la parte anterior del pecho con nombre del paciente y procedimiento?	✓										
				El paciente fué canalizado con intracath miembro superior dercho o izquierdo según procedimiento	✓										
				Se verifica que las pruebas diagnósticas y la historia del paciente estén completas											
				Se señalizó el área quirurgica que no seva intervenir?			✓								
				Estan los hemoderivados reservados y completos para iniciar la cirugía?			✓								
				Explica al paciente y a la fila el plan de alta? derechos y deberes, signos de alarma y cita posquirúrgica	✓										
				Se coloca vendaje en los miembros inferiores si corresponde	✓										
				Se verifica si el paciente debe hacer el respectivo copago o no ?	✓										

RESPONSABLES

FIRMAS:			
Marcela Gaet			Leonardo
ENFERMERA DE URGENCIAS/HOSPITALIZACION	AUXILIAR DE ADMISIONES	AUXILIAR DE SALA CIRUGIA	INSTRUMENTADOR
Yudith Angel		En caso de que encuentre un NO en el diligenciamiento, deberá verificar la acción y garantizar el cumplimiento de ésta para llevar a cabo un procedimiento seguro	
CIRUJANO (A)	ANESTESIÓLOGO (A)	* Material medico-quirúrgico: compresas, instrumental.	

RC- 186 V7 -17 /03 /2015

clínica versalles por tu bien

INFORME INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA

DATOS DEL PACIENTE		FECHA 28-4-19
Nombres y Apellidos: GIANCARLO ESTEVEZ MCALLO		HC: 1060655889
Edad:	Sexo: F ☐ M ☑	Entidad: SALUD TOTAL
Anestesiólogo: Dr. Arteaga		Auxiliar de Enfermería: Viviana
Cirujano: Dr		Ayudante: Dra Williams
Instrumentadora: Leonardo		Otro:
Procedimiento: Biquido.		Tiempo Quirúrgico. INICIO_____ FIN_____

INFORME PATOLOGIA

ESTUDIO	NOMBRE DE TEJIDO	CANTIDAD DE MUESTRAS	TOTAL DE MUESTRAS	AUXILIAR QUE RECIBE LA MUESTRA
Patología.				
Biopsia por congelación.				
Citología.				
Cultivo.				

CONTEO DE ELEMENTOS

INSUMO DE CONTEO	CONTEO INICIAL	ADICIONALES	CONTEO FINAL	COMPLETO	INCOMPLETO	OBSERVACIONES
Compresas	15		15			
Instrumental	10		10			
Torundas						
Cotonoides						
Gasas						
Agujas						
Hojas de bisturí	1		1			
Punta de electro	1		1			
Asa larga de electro						

Medicamentos Intraquirúrgicos:

Insumos Intraquirúrgicos:

Firma y sello del Cirujano	Instrumentador (a) Quirúrgico (a)	Auxiliar de Enfermería

REGISTRO DE CINTA E INTEGRADORES QUÍMICOS

RÓTULO PAQUETE DE ROPA

Nombre: Paquete de P. ROPA
Contenido:
Esterilizador: 1
Fecha de Esterilización: 28 04 18
Lote o Número de carga: 2
Fecha de Vencimiento: 12 5 18
Responsable de empacado:
Responsable de proceso:
Condiciones especiales de almacenamiento: T21 H64

Nombre del Paciente:
Fecha de uso:

Por favor NO utilice el paquete si la fecha de vencimiento no es clara o si siente el paquete húmedo.

RÓTULO EQUIPO INSTRUMENTAL QUIRÚRGUICO

Nombre: Paquete de Contenido: CX5
Esterilizador: 1
Fecha de Esterilización: 27 04 18
Lote o Número de carga: 2
Fecha de Vencimiento: 11 05 18
Responsable de empacado: Marce
Responsable de proceso:
Condiciones especiales de almacenamiento: T21 H64

Nombre del Paciente:
Fecha de uso:
Por favor NO utilice el paquete si la fecha de vencimiento no es clara o si siente el paquete húmedo.

INTEGRADOR QUIMICO EQUIPO INSTRUMENTAL

RÓTULOS DE ROPA E INSTRUMENTAL ACCESORIO



ORDEN DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

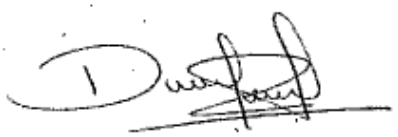
CLINICA VERSALLES MANIZALES-CALDAS

Nit. 810003245

Dir. CALLE 51 NRO 24 50 - Tel. 887 91 00

Registro de Calidad: AHCRC292
Fecha Historia: 28/04/2018 11:04:33a.m.
Lugar y Fecha: MANIZALES, CALDAS 28/04/2018 11:04:33a.m.
Documento y Nombre del Paciente: Paciente: 1060655889 GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Administradora: SALUD TOTAL EPS-S S.A Convenio: PGPCXGENERAL Tipo de Usuario:COTIZANTE RANGO A
No Historia: 1060655889 Orden N°: 2486582
Registro de Admision:301474

- Procedimiento: I901236 - UROCULTIVO [ANTIBIOGRAMA MIC AUTOMATICO] (112)
Cantidad: 1.00 **Indicaciones:**



DR. DIANA CRISTINA RESTREPO OSORIO
CC 1053798861
Especialidad. MEDICINA GENERAL
Registro. 1053798861

SaludTotal

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTÈRNA

No. Autorización: 04114-1830925685 Fecha y Hora: 28 Abr 2018 13:51 PM

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS — Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania — Documento : 1088655889
Nombre : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO — Fecha Nacimiento :28 Mar 1998
Dirección :CR 13 7 33 — Telefono :0
Departamento :CALDAS — Municipio : Villamaria
Telefono Celular : 3218117409 — E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CLINICA VERSALLES SA — Nit : 810003243 — Código : 4114
Dirección : CL 51 24-58 — Telefono :8834356
Municipio : Manizales — Departamento : CALDAS

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización — Regimen :Contributivo - POS - Evento
Motivo :Rechazo Automático — **Fecha Vencimiento : 28 May 2018**
Diagnostico :R52.0 — Nap Anterior : 04114-1830925686
Ubicación paciente :Hospitalario — No. Solicitud :04282018045445
Origen Servicio : Enfermedad General — No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Codigo	Cant	Nombre
S113000808	1	INTERNACION EN PISO HABITACION COMPARTIDA

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Copago — Valor : 0
Semanas Cotizadas : 366 — Porcentaje :100% — Valor Maximo : 0.0000

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ITTransaccional — Cargo o Actividad : Arquitecto de Desarrollo de Aplicaciones
Telefono : — Telefono :
Telefono Celular : — Dirección :
Ips que prescribe :

clínica versalles

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA INTRAHOSPITALARIOS

NOMBRE: GLANCARLO ESTEVEZ MURILLO	CEDULA: 1060655089	EDAD: 20	PESO:	CAMA: 9
FECHA INGRESO: 27 ABRIL-18	GRUPOS SANGUINEO: B+	ENTIDAD: SALUD TOTAL	C:	B:
ALERGICO SI: NO: X	MEDICAMENTO:	RIESGO DE CAIDAS:	ALTO: X	MEDIO: BAJO:
DIAGNOSTICO CLINICO: ORQUIEPIDIDIMITIS DERECHA	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: AP: NO			
ESPECIALIDAD:				
DIETA: NIVO				

FECHA	LIQUIDOS LEV Y MEZCLA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	PENDIENTES DE ENFERMERIA	RESPONSABLE
27 ABRIL-18	HARTMAN BOLUS IH	OBSERVACIÓN	CH- PCR (✓)	DIANA T.
		BARANDAS ARRIBA	UX CX GENERAL (✓)	
		POSICION SEMIFOWLER	ECO TESTICULAR DOPPLER (✓)	
		HIGIENE CAVIDAD ORAL	Urocultivo ( )	
		CONTROL SIGNOS VITALES		
		ACTIVIDAD CAMA SILLA		
		VIGILAR DOLOR EDEMA ENTEM		
		CALOR LOCAL SITIO DE		
		PUNCIÓN		
		GLUCOMETRIA C/8H MIENTRAS		
		ESTE SIN VIA ORAL.		
		VIGILAR DOLOR TESTICULAR.		



clínica versalles

CONTROL DE ANTIBIÓTICOS, SOPORTES NUTRICIONALES Y NO POS (CTC)

FECHA REALIZACION NO POS	FECHA INICIO	MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	SUSPENDIDO O CAMBIO CON FECHA	CONTEO DOSIS ADMINISTRADAS	RESPONSABLE
	28-Abril	Ciprofloxacina Kay	2 amp 4 12h	IV	12-00			

NUTRICIÓN ENTERAL	FECHA INICIO:	FORMULA:	CC/H	Kcal/DIA:	Glucometrías: SI (Ver hoja control) NO	FECHA SUSPENSIÓN:

CONTROL DE SONDAS, CATÉTERES Y CURACIONES

ELEMENTO	CALIBRE	FECHA INSERSIÓN	FECHA DE CAMBIO	CURACIONES, ASPIRACIONES Y ESTOMAS	PRÓXIMA CURACIÓN	OBSERVACIONES
SONDA VESICAL						
SONDA NASOGRASTICA/ORO GASTRICA						
TRAQUEOSTOMIA						
TUBO A TÓRAX						
DRENES						
CAVAFIX						
INTRACATH						



clínica versalles por tu bien

ESCALA DE RIESGO J.H DOWNTON MODIFICADA Y PLAN A SEGUIR

FECHA: 27 ABRIL-18 **UNIDAD FUNCIONAL:** UR6

NOMBRE DEL USUARIO: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO **DOCUMENTO:** 1060655899

Criterios de evaluación	Variables	Puntaje	Revaloración de escala según el riesgo			
			Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
			25 ABR-18			
			Ingreso	48 horas	72 horas	5 Días
Caídas previas	SI	1	1			
	No	0				
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1				
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1				
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, anticonvulsionantes, otros	1	1			
Déficit sensoriales	Ninguno	0	1			
	Alteraciones visuales, auditivas o de la marcha	1				
Estado mental	Orientado	0	1			
	Confuso	1				
	Agitación Psicomotora	1				
Deambulación	Normal	0	1			
	Asistida con elementos de apoyo	1				
	Reposo absoluto postrado	1				
Edad	< de 10 o > a 75	1				
	50 a 75	1				
	< A 50	0	1			
	PUNTAJE:		2			
	RESPONSABLE:		DIANA			

Puntaje	Escala de riesgo	Plan a seguir	
5 a 11 ☐	Vigilancia especial con acompañante permanente	RIESGO ALTO	. Establecer las medidas preventivas descritas a continuacion. . Entregar folleto prevencion de caidas. . Identificarlo con manilla . Valorar escala de riesgo en dos dias
1 a 4 ☐	Vigilancia especial sin acompañante permanente	RIESGO MEDIO	. Establecer las medidas preventivas descritas a continuacion. . Valorar escala en 3 dias
0 a 1 ☐	Vigilancia de rutina por personal de salud	RIESGO BAJO	. Establecer las medidas preventivas descritas a continuacion. . Valorar escala en 5 dias
PACIENTE CON ESTANCIA EN GINECO - OBSTETRICIA ☐			
PACIENTE CON ESTANCIA EN UNIDADES ☐		RIESGO ALTO	. Establecer las medidas preventivas descritas a continuacion. . Entregar folleto prevencion de caidas. . Identificarlo con manilla . Valorar escala de riesgo en dos dias
PACIENTE CON ESTANCIA EN QUIROFANO ☐			
PACIENTE CON ESTANCIA EN URGENCIAS ☐			

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Si el paciente es riesgo alto de caída debera tener las 2 barrandas arriba, riesgo medio o bajo una sola baranda.
- El timbre de llamado de enfermería debe estar a la mano del paciente.
- El baño del paciente siempre deberá tener acompañamiento por el personal de salud.
- Aplicar escala de riesgo de caídas e identificar al paciente con la manilla correspondiente.
- Brindar educación a la familia acerca de los riesgos de caída del paciente de manera que puedan ser integrados en el plan de cuidados del paciente (entrega de folleto de prevención de caídas).
- Verificar diariamente en recibo de turno, funcionamiento de la cama (barandas, frenos), iluminación adecuada, presencia de obstáculos en la habitación, permanencia de tapete antideslizante y soportes de los baños en buen estado.
- Ubicar a la mano calzado del paciente.
- En caso de estar indicado, verificar la adecuada inmovilización del paciente.
- Verificación de señalización de piso húmedo por parte de servicios generales.
- Deambulacion asistida y verificación de calzado firme y apropiado.
- Todos los pacientes ques se encuentren en los servicios de: *Gineo-obstetricia, UCI, UCIN, Quirofano y urgencias, por las comorbilidades propias de dichos servicios,* se clasifica **SIEMPRE** como paciente con alto riesgo de caidas, al ser trasladado a otro servicio se debera revalorar el riesgo segun la guia.

ESCALA DE RIESGO BRADEN - BERGSTROM

NOMBRE DEL USUARIO: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO DOCUMENTO: 1060655889

FECHA: 27 ABRIL-18 UNIDAD FUNCIONAL: _____ CAMA: _____

PUNTOS	1	2	3	4	TOTAL VALORACION INGRESO	REVALORACION FECHA	FECHA	FECHA
PERCEPCION SENSORIAL	Completamente limitada	Muy Limitada	Levemente Limitada	No Alterada	4			
HUMEDAD	Completamente Humeda	Muy Humeda	Ocasionalmente Humeda	Raramente Humeda	4			
ACTIVIDAD	En Cama	En Silla	Camina Ocasionalmente	Camina con Frecuencia	4			
MOVILIDAD	Completamente Inmovil	Muy Limitada	Ligeramente Limitada	Sin Limitaciones	4			
NUTRICION	Muy Pobre	Probablemente Inadecuada	Adecuada	Excelente	3			
FRICCION Y DESLIZAMIENTO	Es un Problema	Es un Problema Potencial	Sin Problema Aparente		3			
PUNTAJE TOTAL					22			
RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE LA ESCALA					DIANA			

VALORACION DE INGRESO		
PUNTAJE	RIESGO	TIEMPO DE REVALORACION
Menor o igual a 12	ALTO RIESGO ○	Revalorar en 72 horas
Entre 13 y 14	RIESGO MODERADO ○	Revalorar en 48 horas
Entre 15 y 18	RIESGO BAJO ○	Revalorar en 24 horas
Mayor a 19	SIN RIESGO ✓	Revalorar en 24 horas

CUIDADOS PARA EL PACIENTE CON RIESGO
Al ingreso del servicio clasificar el riesgo del paciente por medio de la escala de Braden
Valoracion de la piel en pacientes con alto riesgo de escaras durante el recibo y entrega de turno y los cambios de posición y hacer el registro en la NOTA DE ENFERMERIA
Mantener una adecuada higiene del paciente, secar muy bien despues del baño, evitando dejar humeda la piel, al igual que al momento de cambiar el pañal.
Al momento de tender la cama y realizar cambios de posicion verificar que los tendidos queden templados.
Realizar cambios de posicion cada 2 horas de acuerdo al reloj institucional y verificar su adecuado registro.
Mantener una adecuada lubricacion de la piel: en piel reseca lubricar con vaselina y en piel humeda aplicar con oxido de Zinc
No realizar masajes en prominencias óseas.
Proteger las prominencias óseas con almohadas en pacientes con alto riesgo.
Inmovilización de los pacientes sólo con los inmovilizadores proporcionados por la institución.
Verificar contacto permanente con sondas de drenaje, alimentación y otros, proteger la piel si es el caso.
Incentivar actividad cama - silla y/o deambulación si está indicado.

clínica versalles

REGISTRO DE CONTROL DE EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA

NOMBRE DEL PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO	**IDENTIFICACIÓN** 1060655889
SERVICIO URG	**FECHA DE INGRESO** 27 ABRIL-18.

N	ITEM EVALUADO	F	V	N/A	OBSERVACIONES
1	SE ENTREGA Y EXPLICA PROTOCOLO DE BIENVENIDA	✓	✓		
2	SE ENTREGAN Y EXPLICAN DERECHOS Y DEBERES	✓	✓		
3	SE ENTREGAN Y EXPLICAN TARJETAS DE CUIDADOS		✓		
4	SE ENTREGAN Y EXPLICAN PREVENCIÓN DE INFECCIONES	✓	✓		
5	SE DAN RECOMENDACIONES DURANTE LA VISITA		✓		
6	SE PIDE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DE ASEO DE LA CAVIDAD ORAL POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y TERAPIA RESPIRATORIA		✓		
7	SE PIDE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DE ESTUDIANTES ESTOS DEBEN ESTAR EN COMPAÑÍA DEL DOCENTE, PARA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:		✓		
	VALORACIÓN CEFALOCAUDAL				
	REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA MANUAL		✓		
	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS		✓		
	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA		✓		
	REALIZACIÓN DE TERAPIA RESPIRATORIA Y FISIOTERAPIA		✓	✓	
8	OTROS	✓			

QUIEN BRINDA LA EDUCACIÓN Diana Tangarife C	QUIEN RECIBE LA EDUCACIÓN

F: Folleto V: Verbal N/A: No Aplica

EL SIGUIENTE FORMATO DEBE DE CONSIGNARSE EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE COMO EVIDENCIA DE LA EDUCACIÓN

clínica versalles

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

Yo, GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO identificado (a) con 1060655889. en desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

1. Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante o par médico, otorgo mi consentimiento para que EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA CLINICA VERSALLES me practique LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA ordenados por el médico o asociados al cuidado.

2. Algunos de los procedimientos son: Toma de muestras de laboratorio, administración de medicamentos venosos y orales, paso de sondas naso/oro gástrica, sonda vesical, canalización venosa periférica o central, curaciones, retiro de invasivos y otros que el médico ordene.

3. Aunque son procedimientos seguros, pueden presentarse complicaciones como: Hematomas, infecciones, dolores locales o sangrados, reacciones adversas, traumatismos y otros impredecibles.

4. Declaro que he sido advertido(a) por el personal de enfermería sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos, y que la práctica de los mismos compromete una actividad de medio en el campo diagnóstico y/o terapéutico, pero no de resultado.

5. Certificó que el presente documento ha sido leído y entendido en su integridad por mí y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos o temas de mi interés. OTRAS CONSIDERACIONES

NA

CALIDAD EN LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO: Como paciente: SI X NO ___ Como responsable del paciente: (Padre o Madre si es menor; representante legal, familiar o representante u otras personas que figuren como tales en la H. C.) SI___ NO___

Fecha de Notificación: 27 ABRIL-18.

Firma del Paciente o Representante:

Nombre del Paciente o Representante:

Nombre de la Persona que Informa el Consentimiento: Diana Tangarife C.

Firma de la Persona que Realiza el Procedimiento: Acra Cristina

Servicio: URG

clínica versalles
por tu bien

TRATAMIENTOS

SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SUBSISTEMAS DE INFORMACIÓN
REGISTROS MÉDICOS
SIS - 415

Hoja Nº ______

1er Apellido	2do Apellido	Nombre(s)	Nº HISTORIA CLÍNICA
ESTEVEZ	MURILLO	GIANCARLO	1060653809

Servicio	Sala o cuarto	Nº de cama
URG		

B. ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTOS

DIA, MES, AÑO	27-NOV-18 [illegible]			
	D	N	D	N
HIOSCINA COMPUESTA 1 AMP D.V.		02		
Ciprofloxacina 100mg 2 amp IV q12h			12	
FIRMAS 1er TURNO			[signature]	
FIRMAS 2do TURNO				
FIRMAS 3er TURNO	[signature]			

GRÁFICAS DEL NORTE TEL: 683 0516 CALI

clínica versalles

CONTROL DE GLUCOMETRIAS

NOMBRE DEL PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO	NUMERO DE HABITACION:
IDENTIFICACION: 1060655889.	SERVICIO: UCE

FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE	FECHA	HORA	RESULTADO	ACCION	RESPONSABLE
27 ABRIL-08	06:00	82 mg/dl	—	Sebastian					
28 Abril	14:00	94 mg/dl	←	Angels					

RC- 059 V2 08 /03 /2012

clínica versalles
por tu bien

CLINICA VERSALLES

LABORATORIO CLINICO

Fecha de Impresion: 2018-04-28 00:12
Fecha de Ingreso: 2018-04-27 23:48

No Orden :	201804272097	Paciente:	ESTEVEZ MURILLO GIANCARLO
Documnto Id:	CC1060655889	Telefono:	
Empresa:	SALUD TOTAL	Servicio:	URGENCIAS ST

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
QUIMICA				
NITROGENO UREICO	11.6	mg/dL		28/04/2018 00:12
VALORES DE REFERENCIA :				
ADULTOS (18 - 60 AÑOS) :	6 - 20 mg/dl			
ADULTOS (60 - 90 AÑOS) :	8 - 23 mg/dl			
LACTANTES (MENOR DE 1 AÑO) :	4 - 19 mg/dl			
LACTANTES/NIÑOS :	5 - 18 mg/dl			
CREATININA EN SUERO	0.9	mg/dL	0.7 - 1.2	28/04/2018 00:12
VALORES DE REFERENCIA				
Adultos Hombres	: 0.7 - 1.2 Mg/dl			
Adultos Mujeres	: 0.5 - 0.9 Mg/dl			
Neonato prematuro	: 0.29 - 1.04 Mg/dl			
Neonato a Termino	: 0.24 - 0.85 Mg/dl			
Niño de 2 12 Meses	: 0.17 - 0.42 Mg/dl			
Niños de 1 a 3 años	: 0.24 - 0.41 Mg/dl			
Niños de 3 a 5 años	: 0.31 - 0.47 Mg/dl			
Niños de 5 a 7 años	: 0.32 - 0.59 Mg/dl			
Niños de 7 a 9 años	: 0.4 - 0.60 Mg/dl			
Niños de 9 a 11 años	: 0.39 - 0.73 Mg/dl			
Niños de 11 a 15 años	: 0.53 - 0.87 Mg/dl			

Responsable: ANA LUCIA ANGULO TORRES

Ana L. Angulo Torres
Bacteriólogo
Reg. 10472
U.C.M.

Dra. Ana L. Angulo
T.P. 10472

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS	15.58	10^3/uL	4.50 - 10.00	28/04/2018 00:12
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	5.12	0^6/uL	4.00 - 5.40	28/04/2018 00:12
HEMOGLOBINA	16.2	g/dL	12.0 - 17.0	28/04/2018 00:12
HEMATOCRITO	46.1	%	37.0 - 48.0	28/04/2018 00:12
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	90.00	L	80.00 - 96.00	28/04/2018 00:12
MCH	31.60	pg	27.00 - 33.00	28/04/2018 00:12
MCHC	35.10	g/dL	31.00 - 37.00	28/04/2018 00:12
RECUENTO DE PLAQUETAS	248.0	10^3/uL	120.0 - 360.0	28/04/2018 00:12
LINFOCITOS %	22.3	%	15.0 - 50.0	28/04/2018 00:12
MONOCITOS %	6.2	%	0.0 - 8.0	28/04/2018 00:12
NEUTROFILOS %	70.2	%	45.0 - 69.0	28/04/2018 00:12
EOSINOFILOS %	1.2	%	0.0 - 6.0	28/04/2018 00:12
% BASOFILOS	0.1	%		28/04/2018 00:12

clinica versalles
por tu bien

CLINICA VERSALLES

LABORATORIO CLINICO

Fecha de Impresion: 2018-04-28 00:12
Fecha de Ingreso: 2018-04-27 23:48

No Orden :	201804272097	Paciente:	ESTEVEZ MURILLO GIANCARLO
Documnto Id:	CC1060655889	Telefono:	
Empresa:	SALUD TOTAL	Servicio:	URGENCIAS ST

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	HEMATOLOGIA				
LINFOCITOS	3.47	10^3		1.00 - 3.50	28/04/2018 00:12
MONOCITOS	0.97	10^3	*	0.00 - 0.80	28/04/2018 00:12
NEUTROFILOS	10.93	10^3	*	2.00 - 7.50	28/04/2018 00:12
EOSINOFILOS	0.19	10^3		0.00 - 0.70	28/04/2018 00:12
BASOFILOS	0.02	10^3			28/04/2018 00:12
RDW-CV	13.8	%		11.0 - 16.0	28/04/2018 00:12
RDW - SD	45.2				28/04/2018 00:12
MPV	9.3	fL		9.0 - 13.0	28/04/2018 00:12

Responsable: ANA LUCIA ANGULO TORRES

Ana L. Angulo Torres
Bacteriólogo
Reg. 10472
U.C.M.

Dra. Ana L. Angulo
T.P. 10472

clínica versalles

COMPROBANTE DE RECIBIDO DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS EN LA CLINICA VERSALLES S.A.

Yo Giancarlo Estevez Murillo *identificado con* CC TI RC CE MS AS PA 1060655889 *de la (EPS)* SF *a través del presente confirmo la presentación efectiva del servicio de :* Cx *el día:* 28-04-18 *hasta el día* _____ *en Clinica Versalles S.A.*

Firma del usuario

Nota: Puede quedar cubierto este requerimiento con firma y/o huella digital (o de quien lo represente)

RC- 275 V3 01- / 07/ 2017

SaludTotal

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTERNA

No. Autorización 04114-1830870943 Fecha y Hora: 28 Abr 2018 01:36 AM

ENTIDAD REPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS Código : EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania **Documento : 1060655889**
Nombre : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO Fecha Nacimiento :28 Mar 1998
Dirección : CR 13 7 33 Telefono :0
Departamento : CALDAS Municipio : Villamaria
Telefono Celular : 3218117409 E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CLINICA VERSALLES SA Nit :810003245 Código :4114
Dirección : CL 51 24-50 Telefono :8934356
Municipio : Manizales Departamento : CALDAS

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización Regimen : Contributivo - POS - Evento
Motivo : Rechazo Automático **Fecha Vencimiento : 28 May 2018**
Diagnosticos :R10 Nap Anterior :
Ubicación paciente : Urgencia No. Solicitud :04282018000893
Origen Servicio : Enfermedad General No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Código	Cant	Nombre
8907010500	1	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL [XXX]

PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Sin Cobro Valor : 0
Semanas Cotizadas : 365 Porcentaje Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ITTransaccional Cargo o Actividad : Arquitecto de Desarrollo de Aplicaciones
Telefono : Telefono :
Telefono Celular : Dirección :
Ips que prescribe :

OBSERVACIONES

SaludTotal

AUTORIZACIÓN CONSULTA EXTERNA

No. Autorización 94953-1830870948 **Fecha y Hora** 28 Abr 2018 01:37 AM

ENTIDAD REPONSABLE DEL PAGO

Salud Total EPS — Código: EPS002

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tipo Documento : Cedula de Ciudadania — **Documento : 1060655889**
Nombre : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO — Fecha Nacimiento :28 Mar 1998
Dirección : CR 13 7 33 — Telefono :0
Departamento : CALDAS — Municipio : Villamaria
Telefono Celular : 3218117409 — E-Mail :

INFORMACIÓN PRESTADOR

Nombre : CLINICA VERSALLES SAMD — Nit :810003245 Código : 94953
Dirección : CL 51 24-50 — Telefono :8934356
Municipio : Manizales — Departamento : CALDAS

INFORMACIÓN DE LA TRANSACCIÓN

Tipo : Autorización — Regimen : Contributivo - CAPITADO - PGP
Motivo : Rechazo Automático — **Fecha Vencimiento : 26 Ago 2018**
Diagnosticos :R10 — Nap Anterior :
Ubicación paciente : Urgencia — No. Solicitud :04282018000903
Origen Servicio : Enfermedad General — No. Prescripción:

AUTORIZACIONES

Código	Cant	Nombre
890350200	1	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL-MODELOS (XXX)

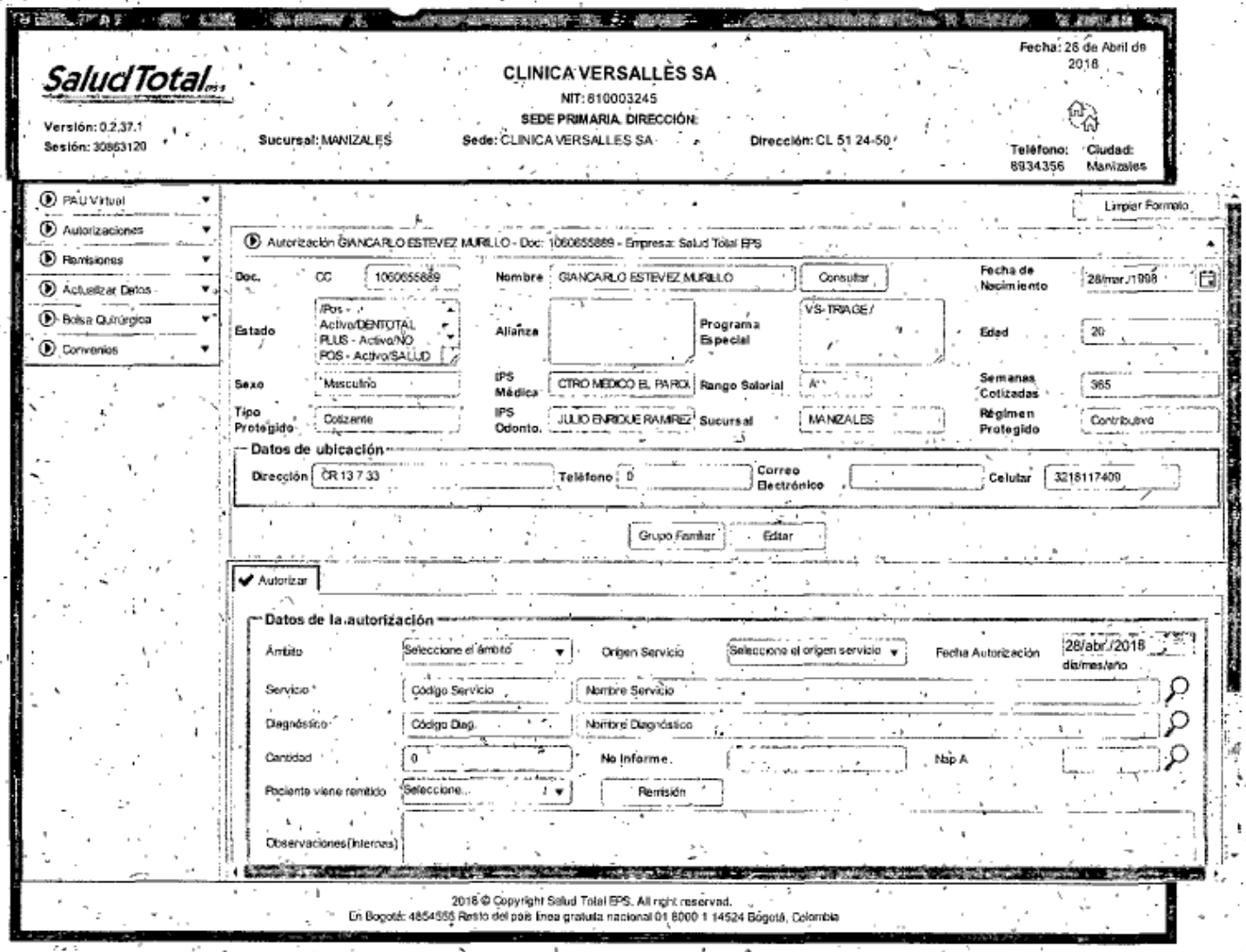
PAGOS COMPARTIDOS

Tipo Recaudo : Cuota Moderadora — Valor : 3000
Semanas Cotizadas : 365 — Porcentaje — Valor Maximo :

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA

Nombre : ITTransaccional — Cargo o Actividad : Arquitecto de Desarrollo de Aplicaciones
Telefono : — Telefono :
Telefono Celular : — Dirección :
Ips que prescribe :

OBSERVACIONES


SaludTotal EPS
CLINICA VERSALLES SA
NIT: 810003245
SEDE PRIMARIA. DIRECCIÓN:
Fecha: 26 de Abril de 2018
Versión: 0.2.37.1
Sesión: 30863120
Sucursal: MANIZALES
Sede: CLINICA VERSALLES SA
Dirección: CL 51 24-50
Teléfono: 8934356
Ciudad: Manizales
PAU Virtual
Autorizaciones
Remisiones
Actualizar Datos
Bolsa Quirúrgica
Convenios
Limpiar Formato
Autorización GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO - Doc: 1060655889 - Empresa: Salud Total EPS
Doc.
CC
1060655889
Nombre
GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Consultar
Fecha de Nacimiento
28/mar/1998
Estado
/Pos -
Activo/DENTOTAL
PLUS - Activo/NO
POS - Activo/SALUD
Alianza
Programa Especial
VS- TRIAGE /
Edad
20
Sexo
Masculino
IPS Médica
CTRO MEDICO EL PAROI
Rango Salarial
A
Semanas Cotizadas
365
Tipo Protegido
Cotizante
IPS Odonto.
JULIO ENRIQUE RAMIREZ
Sucursal
MANIZALES
Régimen Protegido
Contributivo
Datos de ubicación
Dirección
CR 13 7 33
Teléfono
0
Correo Electrónico
Celular
3218117409
Grupo Familiar
Editar
Autorizar
Datos de la autorización
Ámbito
Seleccione el ámbito
Origen Servicio
Seleccione el origen servicio
Fecha Autorización
28/abr/2018
dia/mes/año
Servicio
Código Servicio
Nombre Servicio
Diagnóstico
Código Diag.
Nombre Diagnóstico
Cantidad
0
No Informe.
Nap A
Paciente viene remitido
Seleccione...
Remisión
Observaciones(Internas)
2016 © Copyright Salud Total EPS. All right reservad.
En Bogotá: 4854555 Resto del país línea gratuita nacional 01 8000 1 14524 Bógotá, Colombia

clínica versalles

TARJETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO | CAMA Nº: 9.

SERVICIO: URG 1060655889 | **ALERGIAS:** NO

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	HORARIO						FIRMA
27 ABRIL	GLUCOMETRIAS C/8H			06 - 14 - 22						DIANA T
27 ABRIL	RANITIDINA AMP	1 AMP	I.V.		04 - 12 - 20					DIANA T.
	50MG C/8H.									
27 ABRIL	HARTMAN BOLUS		I.V.		02-08-14-20					DIANA T
28-Abril	Ciprofloxacina 400mg	2amp 9/8h	IV		12		00			Marcela G

ANTIBIOTICOS

							FECHA DE INICIO:
							FECHA FIN:
							FECHA DE INICIO:
							FECHA FIN:

RC-724 08/ 03/ 2013

clínica versalles

TARJETA INDIVIDUAL DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DE PACIENTE:	CAMA Nº:
SERVICIO :	**ALERGIAS:**

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	HORARIO						FIRMA

ANTIBIOTICOS							
							FECHA DE INICIO:
							FECHA FIN:
							FECHA DE INICIO:
							FECHA FIN:

RC-724 08/ 03/ 2013

clínica versalles por tu bien

FOLIO DE HISTORIAS CLÍNICA VERSALLES

NOMBRE : Giancarlo Estevez Murillo | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** 1060655889

UNIDAD FUNCIONAL: Org | **EPS:** Salud total

NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA		NOMBRE FOLIO	No. DE HOJA
Identificación del paciente	1	**Maternas**	Control trabajo de parto	
Comprobante de atención	1		Valoración del recién nacido	
Epicrisis			Egreso del recién nacido	
Remisión	6	**Neonatos**	Criterios de admisión	
Plan de Cuidados de enfermería	1		Historia clínica perinatal de ingreso	
Tramites administrativos			Record de laboratorio	
Hoja de tratamientos	1		Terapia respiratoria	
Hoja de oxígeno			Hoja de cuidado de enfermería	
Hoja de glucometrías	1			
Hoja de signos vitales		**Quirófano**	Informe quirúrgico	
Hoja de control de líquidos			Informe de anestesia	
Hoja de control de antibióticos			Cargo de insumos quirófano	
Hoja de Glasgow			Hoja de tratamiento quirófano	
Peso diario			Conteo de elementos utilizados	
Escala de riesgo de caídas	1		Lista de chequeo acciones seguras	
Monitoreo gasimétrico y ventilatorio				
Reporte de gases arteriales		**Ayudas diagnósticas internas:**		
Reportes de Laboratorio		•		
Reporte de cultivos		•		
Registro de exámenes de laboratorio		•		
Hojas de control hemodinamico		•		
Paquete de transfusiones		•		
Copias de CTC		•		
Valoración escala de sedación		**Ayudas diagnósticas externas:**		
Formato de nutrición parental		•		
Formato para realización de cambios de posición		•		
Manejo de pertenencias		•		
Informe anatomía patológica		•		
Fotocopia de documentos		**Otras**		
Autorización acompañante permanente		• Prader		1
Formulas de control		• Autorizacion.		2
Devoluciones		•		
Tarjeta de medicamentos		•		
Ordenes de ambulancia		•		
Consentimientos informados	1	•		
Listas de chequeo		**Paquetes**		
Reg. de control de educación a la familia	1	Paquete de urgencias	OURG	
Reg. de escala de medición ucis		Paquete de hospitalización	HOSP	
Comprobante de información estado pcte		Paquete de ginecología	GIOB	
Escala visual de ingesta		Paquete UCIN	UCIN	
Autorizaciones o verificador		Paquete de UCI	OUCI	
Triage		Paquete de quirófano	OOQX	

Entrega folio:	Fecha:
Recibe admisionador:	Fecha:
Recibe en piso:	Fecha:
Recibe en unidades:	Fecha:
Recibe en facturación:	Fecha:
Recibe en radicación:	Fecha:
Recibe en archivo médico:	Fecha:

TODAS LAS HISTORIA CLÍNICAS DEBEN SER FOLIADAS Y ENTREGADAS AL ÁREA DE FACTURACIÓN INMEDIATAMENTE EGRESE EL USUARIO, EL FACTURADOR DEBE REVISAR POR COMPLETO LOS FOLIOS ENTREGADOS Y NO RECIBIR LA HISTORIA SI PRESENTA ALGÚN FALTANTE. CUANDO SE ADICIONE ALGÚN FOLIO, ÉSTE SE DEBE ENUMERAR Y ADICIONAR AL REGISTRO

Salud Total

HISTORIA CLINICA

5083990

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Fecha de Nacimiento: 03/28/1998
Edad: 20 Años - **Sexo:** Masculino
Teléfono Residencia: 0
Aseguradora: SALUD TOTAL EPS
Contrato: 1802779 (Documento: 1060655889)
Dirección Residencia: CR 13 7 33
Ciudad Residencia: Villamaria
Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del sábado 28 de abril de 2018 01:01 AM en UUBC VERSALLES

Nombre del Profesional: Jayson Javier Torrenegra Torres - MEDICINA GENERAL (Registro No. 1129573850)
Número de Autorización: 08356-1830869955
Tipo de Consulta: EVOLUCION

Control

Fecha de la Consulta: 04/28/2018 01:01:00
Conducta Interna
Evolución Observación: Si Formulas Apoyo: No

Evoluciones

Evolución
Objetivo I:
PARACLINICOS:BUN:11.6, CREATININA:0.9, CH:L:15.58, HB16.2, HTO:46.1, PLT:248, L:22.3, N:70.2, REFIERE QUE EL DOLOR CONTINUA, AL EF:D OLRO A LA PLAPACION EN FID, CON BLUMBERG Y ADEMAS PSOAS Y PUÑO TALON POSITIVO EL CUAL DECIDO ORDENAR REMISION A CX, CERO ANALGESIA.
Ordenes Médicas I:
1-REMISION A CX GENERAL.

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo
Causa Externa: Enfermedad General Destino Usuario: Observación
Tipo de Conducta Interna: Apoyo Diagnóstico,Aplicación de Medicamentos
Dias de Incapacidad: 0
Formulación NO POS en Linea
¿Formulo tecnologia NO POS en linea?: No No. de Prescripción:
DIAGNOSTICO: (R10) DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO
Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INGRESO URGENCIAS

Jayson Javier Torrenegra Torres
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación:
Numero de Identificación: 1129573850
Registro Profesional: 1129573850
Código Institucional: 8356000201

SaludTotal

HISTORIA CLINICA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
Fecha de Nacimiento: 03/28/1998
Edad: 20 Años - **Sexo:** Masculino
Teléfono Residencia: 0
Aseguradora: SALUD TOTAL EPS
Contrato: 1802779 (Documento: 1060655889)
Dirección Residencia: CR 13 7 33
Ciudad Residencia: Villamaria
Tipo de Vinculación: REGIMEN CONTRIBUTIVO

Consulta del viernes 27 de abril de 2018 11:16 PM en UUBC VERSALLES
Nombre del Profesional: Daniel Fernando Rodriguez Franco - MEDICINA GENERAL (Registro No. 15906)
Número de Autorización: 08356-1830869955
Tipo de Consulta: URGENCIA ATENCION MEDICA PRIORITARIA ST TRIAGE 2

Identificación

Datos de la Consulta
Fecha de la Consulta: 04/27/2018 23:16:00
Entidad Responsable del Pago: Salud Total E.P.S.
Datos Complementarios
Datos del Paciente
Estado Civil : Soltero
Ocupación: ESTUDIANTES
Responsable del Usuario
Nombre: mario esteves
Parentesco: Padre
Teléfono: 3116118487
Acompañante
Nombre: mario esteves
Parentesco Acompañante: Padre
Teléfono: 3116118487
Víctima de Violencia : No Violencia

Anamnesis

Anamnesis
Motivo de Consulta: desde hace 40 minutos dolor en hipocondrio derecho irriadiado a espalda y testiculo ipsilateral asociado a emesis niega diarrea
Enfermedad Actual: Pacienete de 20 años quien refiere dolor abdomina de inicio subito en area de fosa iliaca derecha sin irradiacino en este momento cpon miccion normal asociaod a emesis no otro alergiaS: niega
Revisión Por Sistemas: No Refiere
Alergias
Causa de Alergia:
Ninguna
Sintomático de Piel: No Aplica
Tos Mayor de 15 dias: No Aplica

Antecedentes

Factores de Riesgo
Consumo de Alcohol: No
Consume sust psicoactivas: No
Antecedentes Personales
Patológicos: hiperreactividad bronquial hasta los 7 años manejo con inh .. Dr(a). Daniel Fernando Rodriguez Franco (04/27/2018 23:15:44)
Hospitalarios: neumonia a los 2 años. Dr(a). Daniel Fernando Rodriguez Franco (04/27/2018 23:15:44)
Tóxicos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Alérgicos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Hipersensib. MC: Sin establecer
Farmacológicos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)

SaludTotal

Antecedentes Personales
Ocupacionales: Niega
Venereos: Niega
Quirúrgicos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Transfusionales: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Traumáticos: no Dr(a). LUZ ELENA COLONIA OROZCO (11/19/2008 09:12:00)
Perinatales: Niega
Inmunológicos: Niega
Ant. farmacoterapéutico (SFT):
Tabaquismo
Tabaquismo: No
Exp Pasiva a Tabaco: No
Antecedentes Familiares
Madre: niega Dr(a). Andrey Mauricio Pulido Contreras (10/01/2012 07:46:00)
Padre: niega Dr(a). Andrey Mauricio Pulido Contreras (10/01/2012 07:46:00)
Hermanos: niega Dr(a). Andrey Mauricio Pulido Contreras (10/01/2012 07:46:00)

Examen Físico

Glasgow
Apertura Ocular:
Espontaneo
Respuesta Verbal:
Confuso(Llanto Consolable)
Respuesta Motora:
Obedece
Total Apertura Ocular:
4
Total Respuesta Verbal :
4
Total Respuesta Motora:
6
Glasgow:
14
Signos Vitales

Peso:	UMP:	TASUr:	TADUr:	TAM:	FCUr:	FP:	FRUr:	Temp:	Glucometría:	Oximetría:
52	Kg	110	70	83.2	88	88	18	36.6	0	95

Escala Dolor: 5
Examen Físico

Estado General:	fasces de dolor
EF Organos de los Sentidos:	Sin alteraciones
EF Cardiopulmonar:	Sin alteraciones
EF Gastrointestinal:	abdomen balndo depresibel dolrooso ena rea de flanco derecho y fosa iliaca derecha no blumberg
EF Genitourinario:	Sin alteraciones
EF Osteomuscular:	Sin alteraciones
EF Neurológico:	Sin alteraciones
EF Endocrino:	Sin alteraciones
EF Linfoinmunohematopoyético:	Sin alteraciones
EF Vascular Periférico:	Sin alteraciones
EF Piel y Faneras:	Sin alteraciones

Análisis y Manejo

Análisis y Manejo
Análisis y Plan de Manejo: se s/s paralnccos de apoyo

SaludTotal

Análisis y Manejo

Causa Externa: Enfermedad General Destino Usuario: Conducta Interna Tipo de Conducta Interna: Apoyo Diagnóstico,Aplicación de Medicamentos

Dias de Incapacidad: 0

La información brindada al paciente es entendida : Si Información brindada al paciente: se s/s paralnccos de apoyo

Ordenes Médicas

Ordenes Médicas : 1. nada via oral
2 lev SSN 2000 en bolo continuar 80 cc hora
3 se s/s po gram CH cr bun

Formulación NO POS en Linea

¿Formulo tecnologia NO POS en linea?: No No. de Prescripción:

Escala Riesgo de Caidas

Diligencia Escala de Caidas: Si

Riesgo General Caidas

Población Vulnerable:	NO	Puntaje Población Vulnerable:	0
Puntaje Deficit Visual:	0		
Deficit Sensorial:	Ninguna		
Puntaje Deficit Auditivo:	0		
Puntaje Deficit Sensorial:	0		
Caidas Previas:	NO	Puntaje Caidas Previas:	0
Orientado:	SI	Puntaje Orientación:	0
Deambulación:	Sin Asistencia	Puntaje Deambulación:	0
Total Riesgo General:	0	Caracterizacion Riesgo General:	Bajo

Riesgo Especifico Caidas

Medicamentos: No aplica Puntaje Analges-Sedantes: 0 Puntaje Antidepres y/o Antipsicoticos: 0

Puntaje Hipoglicemiantes: 0 Puntaje Antiparkin y/o Anticonvulsiv: 0

Puntaje Hipotensores: 0 Puntaje Total Medicamentos: 0

DIAGNOSTICO: (R10) DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO

Tipo de Dx:IMPRESION DIAGNOSTICA - DX Clase de Dx:INGRESO URGENCIAS

CONDUCTAS:

1. PRESCRIPCION MEDICAMENTOS
   1. CLORURO DE SODIO SOLUCION INYECTABLE 0.9 % 500 ML, No. 5
      Posologia: 70 Centímetro(s) cúbico(s) cada 1 Día(s) por 1 Día(s), vía Intravenosa -USO: pasar bolo 2000 cc continua a 70 cc hora
2. ORDEN DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
   1. Procedimiento: (9011070000) Laboratorio Clinico COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA
   2. Procedimiento: (9038950100) Laboratorio Clinico CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS
   3. Procedimiento: (9022090000) Laboratorio Clinico HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO
   4. Procedimiento: (9038560000) Laboratorio Clinico NITROGENO UREICO
   5. Procedimiento: (9071060000) Laboratorio Clinico UROANALISIS

Daniel Fernando Rodriguez Franco
MEDICINA GENERAL
Tipo de Identificación:
Numero de Identificación: 10022366
Registro Profesional: 15906
Código Institucional: 8356000198

IMAGENOLOGIA

clínica versalles

MANIZALES 28 DE ABRIL DE 2018
PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
CC:1060655889
SALUD TOTAL URGENCIAS (881510)

ESTUDIO: ECOGRAFIA TESTICULAR
DOLOR TESTICULAR CON INICIACIÓN SÚBITA DE 12 HORAS DE EVOLUCION

- *Testículo derecho: Con ecogenicidad no homogénea. Con pequeñas áreas de menos densidad; mide 3,83x2,39x2,37 cms. Hay engrosamiento del escroto*
- *Epidídimo Aumentado de tamaño en toda su extensión.*
- *No hay varicocele.*
- *No hay hidrocele*

- *Testículo izquierdo: Con ecogenicidad configuración y tamaño normal mide 3,78x1,72x2,18cms*
- *Epidídimo sin alteración.*
- *No hay varicocele.*
- *No hay hidrocele*

CONCLUSIÓN:

- *Aumento del volumen del testículos Epidídimo dèrechos alteración en la ecogenicidad*
- *Puede relacionarse con orquiepididimitis. No puede desacatarse definitivamente la posibilidad de torsión testicular.*
- *Se siguiere evalucion por urologia*

Atentamente,

Armando Franco Linares
Medico Radiólogo
RM 763

Manizales; Abril 28 de 2018

NOMBRE : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
IDENTIFICACIÒN: CC 1060655889
ESTUDIO : ECO- DUPPLEX COLOR CIRCULACION TESTICULAR
ENTIDAD : SALUD TOTAL

ECO-DUPPLEX TESTICULAR

Testiculo derecho de 25 X **23 X** 37 ml para 11.7 cc
Testiculo izquierdo 29 x16 x 34 ml para un volumen de 8.6 cc
Ausencia al flujo al doppler en el testiculo izquierdo, con eco estructura heterogenea por zonas hipoicoicas en su tercio inferior.
El cordón espermático engrosado ecogenico sin flujo al doppler con imagen en sacacorcho en el polo proximal del testiculo derecho.
Flujo en el testiculo izquierdo arterial y venoso normal.

CONCLUSION:

Torsión testicular derecha

Atentamente,

ALEJANDRO OROZCO GIRALDO
Médico Radiólogo

IMAGENOLOGIA

MANIZALES 28 DE ABRIL DE 2018
PACIENTE: GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
CC:1060655889
SALUD TOTAL URGENCIAS (881510)

ESTUDIO: ECOGRAFIA TESTICULAR
DOLOR TESTICULAR CON INICIACIÓN SÚBITA DE 12 HORAS DE EVOLUCION

- *Testículo derecho: Con ecogenicidad no homogénea. Con pequeñas áreas de menos densidad; mide 3,83x2,39x2,37 cms. Hay engrosamiento del escroto*
- *Epidídimo Aumentado de tamaño en toda su extensión.*
- *No hay varicocele.*
- *No hay hidrocele*

- *Testículo izquierdo: Con ecogenicidad configuración y tamaño normal mide 3,78x1,72x2,18cms*
- *Epidídimo sin alteración.*
- *No hay varicocele.*
- *No hay hidrocele*

CONCLUSIÓN:

- *Aumento del volumen del testículos Epidídimo derechos alteración en la ecogenicidad*
- *Puede relacionarse con orquiepididimitis. No puede desacatarse definitivamente la posibilidad de torsión testicular.*
- *Se siguiere evalucion por urologia*

Atentamente,

Armando Franco Linares
Medico Radiólogo
RM 763

Manizales, Abril 28 de 2018

NOMBRE : GIANCARLO ESTEVEZ MURILLO
IDENTIFICACIÒN: CC 1060655889
ESTUDIO : ECO- DUPPLEX COLOR CIRCULACION TESTICULAR
ENTIDAD : SALUD TOTAL

ECO-DUPPLEX TESTICULAR

Testiculo derecho de 25 X **23 X** 37 ml para 11.7 cc
Testiculo izquierdo 29 x16 x 34 ml para un volumen de 8.6 cc
Ausencia al flujo al doppler en el testiculo izquierdo, con eco estructura heterogenea por zonas hipoicoicas en su tercio inferior.
El cordón espermático engrosado ecogenico sin flujo al doppler con imagen en sacacorcho en el polo proximal del testiculo derecho.
Flujo en el testiculo izquierdo arterial y venoso normal.

CONCLUSION:

Torsión testicular derecha

Atentamente,

ALEJANDRO OROZCO GIRALDO
Médico Radiólogo